

N° 4151

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 19 octobre 2016.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE PROJET DE LOI
de financement de la sécurité sociale pour 2017,

TABLEAU COMPARATIF

PAR M. GÉRARD BAPT, MMES MICHÈLE DELAUNAY,
M. PHILIP CORDERY, MME ANNIE LE HOUEROU, M. ARNAUD VIALA
ET MME MARIE-FRANÇOISE CLERGEAU

Députés.

Voir le numéro :

Assemblée nationale : 4072.

TABLEAU COMPARATIF

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017

**PREMIÈRE PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À
L'EXERCICE 2015**

**PREMIÈRE PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À
L'EXERCICE 2015.**

Article 1^{er}

Article 1^{er}

Au titre de l'exercice 2015, sont approuvés :

(Sans modification)

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

Cf. Annexe 1

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

Cf. Annexe 1

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

Cf. Annexe 1

4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 181,8 milliards d'euros ;

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

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

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

7° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 13,5 milliards d'euros.

Article 2

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2015, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits, tels qu'ils sont constatés dans les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2015 figurant à l'article 1^{er}.

Cf. Annexe 2

**DEUXIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À
L'EXERCICE 2016**

Article 3

I. – Au I de l'article 85 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, le montant : « 307 » est remplacé par le montant : « 62 ».

Article 2

(Sans modification)

**DEUXIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À
L'EXERCICE 2016**

Article 3

(Sans modification)

**Loi n° 2015-1702 du
21 décembre 2015 de financement de
la sécurité sociale pour 2016**

Art. 85. – I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés, mentionnée à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000), est fixé à 307 millions d'euros pour l'année 2016.

II. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 87,5 millions d'euros pour l'année 2016.

III. – Le montant de la participation des régimes obligatoires

Textes en vigueur

d'assurance maladie au financement de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires, mentionné à l'article L. 3135-1 du code de la santé publique, est fixé à 257 000 € pour l'année 2016.

IV. – Le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 117,17 millions d'euros pour l'année 2016.

Art. 25. – En 2016, il est prélevé, au profit du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés créé par l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, une somme de 40 millions d'euros sur les réserves, constatées au 31 décembre 2014, 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.

Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles mentionnées à l'article L. 137-3 du code de la sécurité sociale.

Texte du projet de loi

II. – À l'article 25 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, les mots : « 40 millions » sont remplacés par les mots : « 90 millions ».

III. – Il est institué, au titre de l'année 2016, au bénéfice du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionnés à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, une contribution de 150 millions d'euros à la charge de l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier. Cette contribution est versée avant le 31 décembre 2016.

Le recouvrement, le contentieux

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

et les garanties relatifs à cette contribution sont régis par les règles mentionnées à l'article L. 137-3 du code de la sécurité sociale.

IV. – Le montant de la contribution mentionnée à l'article L. 241-3 du code de la sécurité couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 du même code est fixé à 44,7 millions d'euros pour l'année 2016.

Article 4

Au titre de l'année 2016, sont rectifiés :

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

Cf. Annexe 1

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

Cf. Annexe 1

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

Cf. Annexe 1

4° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale qui est fixé à 14,4 milliards d'euros.

5° Les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites qui demeurent fixées conformément au III de l'article 41 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale

Article 4

(Sans modification)

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

—

—

—

pour 2015.

6° Les prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse qui demeurent fixées conformément au IV de l'article 41 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2015.

Article 5

Au titre de l'année 2016, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs sont rectifiés ainsi qu'il suit :

Cf. Annexe 1

**TROISIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX
RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE
LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
L'EXERCICE 2017**

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

CHAPITRE I^{ER}

**Mesures de simplification et de
modernisation des prélèvements
sociaux**

Article 6

I. – Le premier alinéa du VII de l'article 130 de la loi n° 2006-1771 du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006 est ainsi modifié :

1° Les mots : « dans la limite du produit du nombre d'heures rémunérées par le montant du salaire minimum de croissance majoré de 40 % » sont supprimés ;

2° Il est complété par deux

Article 5

(Sans modification)

**TROISIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX
RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE
LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
L'EXERCICE 2017**

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

CHAPITRE I^{ER}

**Mesures de simplification et de
modernisation des prélèvements
sociaux**

Article 6

I. – *(Sans modification)*

**Loi n° 2006-1771 du
30 décembre 2006 de finances
rectificative pour 2006**

Art. 130. – I. – (...)

VII. – Les gains et rémunérations au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale ou de l'article L. 741-10 du code rural, versés au cours d'un mois civil aux salariés employés par un établissement d'une entreprise exerçant les activités visées au deuxième alinéa du I de l'article 44 *octies* du code général des

Textes en vigueur

impôts qui s'implante entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2017 dans un bassin d'emploi à redynamiser définis au 3 bis de l'article 42 de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 précitée, sont exonérés des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales, des allocations familiales ainsi que du versement transport et des contributions et cotisations au Fonds national d'aide au logement, dans la limite du produit du nombre d'heures rémunérées par le montant du salaire minimum de croissance majoré de 40 %.

L'exonération est ouverte au titre de l'emploi de salariés dont l'activité réelle, régulière et indispensable à l'exécution du contrat de travail s'exerce en tout ou partie dans un bassin d'emploi à redynamiser.

L'article L. 2242-5-1 du code du travail est applicable à cette exonération.

Dans des conditions fixées par décret, l'exonération s'applique également aux gains et rémunérations versés aux salariés recrutés à l'occasion d'une extension d'établissement ouvrant droit à l'exonération de taxe professionnelle prévue au I *quinquies* A de l'article 1466 A du code général des impôts.

L'exonération prévue au premier alinéa n'est pas applicable aux gains et rémunérations afférents aux emplois transférés par une entreprise dans une zone d'emploi à redynamiser pour lesquels l'employeur a bénéficié, au titre d'une ou plusieurs des cinq années précédant celle du transfert soit de

Texte du projet de loi

phrases ainsi rédigées :

« Lorsque la rémunération horaire est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations à la charge de l'employeur. À partir de ce seuil, le montant de l'exonération décroît linéairement et devient nul lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 100 %. »

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

l'exonération prévue à l'article L. 322-13 du code du travail, soit du versement de la prime d'aménagement du territoire.

L'exonération est applicable pendant une période de sept ans à compter de la date d'implantation ou de la création. Lorsque la date d'implantation ou de création est postérieure au 31 décembre 2013, l'exonération est applicable pendant une période de cinq ans à compter de cette date.

En cas d'embauche de salariés dans les sept années suivant la date de l'implantation ou de la création, l'exonération est applicable, pour ces salariés, dans les conditions prévues à l'alinéa précédent, à compter de la date d'effet du contrat de travail. Lorsque la date d'implantation ou de création est postérieure au 31 décembre 2013, la période de sept années mentionnée à la première phrase est ramenée à cinq années.

Le bénéfice de l'exonération mentionnée au premier alinéa du présent VII est subordonné au respect du règlement (CE) n° 1998/2006 de la Commission du 15 décembre 2006 concernant l'application des articles 87 et 88 du traité aux aides de minimis.

Toutefois, lorsque le bénéfice des exonérations fiscales figurant aux articles 44 *duodecies*, 1383 H et au I *quinquies* A de l'article 1466 A du code général des impôts est subordonné au respect du règlement (CE) n° 1628/2006 de la Commission du 24 octobre 2006 concernant l'application des articles 87 et 88 du traité CE aux aides nationales à l'investissement à finalité régionale, le bénéfice de l'exonération mentionnée au premier alinéa du présent VII est subordonné au respect du même règlement.

Le droit à l'exonération prévue au premier alinéa est subordonné à la condition que l'employeur soit à jour de ses obligations à l'égard de l'organisme de recouvrement des cotisations

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

patronales de sécurité sociale et d'allocations familiales ou ait souscrit un engagement d'apurement progressif de ses dettes.

Le bénéfice de l'exonération ne peut être cumulé, pour l'emploi d'un même salarié, avec celui d'une aide de l'État à l'emploi ou d'une exonération totale ou partielle de cotisations patronales de sécurité sociale ou l'application de taux spécifiques d'assiettes ou montants de cotisations, à l'exception de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18 du code de la sécurité sociale.

Les conditions de mise en œuvre du présent VII, notamment s'agissant des obligations déclaratives des employeurs, sont fixées par décret.

VIII. – Le VII s'applique à compter du 1^{er} janvier 2007.

Code de la sécurité sociale

Art. L. 161-1-1. – Par dérogation aux dispositions en vigueur, l'exercice de leur nouvelle activité par les personnes mentionnées aux articles L. 5141-1 et L. 5141-2 du code du travail qui bénéficient de l'aide à la création ou reprise d'entreprise instituée par ledit article ouvre droit, pour une période et dans la limite d'un plafond de revenus ou de rémunérations fixés par décret, à l'exonération des cotisations dues aux régimes d'assurance maladie, maternité, veuvage, vieillesse, invalidité et décès et d'allocations familiales auxquels elles sont affiliées en raison de l'exercice de cette activité et aux prestations servies par ces régimes. La durée de l'exonération, totale ou partielle, peut être prolongée dans des conditions et limites fixées par décret lorsque l'entreprise créée ou reprise entre dans le champ de l'article 50-0 du code général des impôts. Il en va de même lorsque les personnes

Texte du projet de loi

~~H. Le premier alinéa de l'article L. 161-1-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :~~

~~1° Les mots : « et dans la limite d'un plafond de revenus ou de rémunérations fixés » sont remplacés par le mot : « fixée » ;~~

~~2° Après la première phrase, sont insérées deux phrases ainsi rédigées : « Lorsque le revenu ou la rémunération est égal à la moitié du plafond mentionné à l'article L. 241-3, ces cotisations sont totalement exonérées. Au delà de ce seuil de revenu ou de rémunération, le montant de l'exonération décroît linéairement et devient nul lorsque le revenu ou la rémunération est égal au plafond annuel de la sécurité sociale. » ;~~

Propositions de la Commission

II. – Supprimé

**Amendements AS50, AS190,
AS328, AS405**

Textes en vigueur

mentionnées au premier alinéa ont opté pour le régime prévu à l'article 102 ter du même code.

L'exonération prévue à l'alinéa précédent porte :

1° Sur les cotisations à la charge de l'employeur et du salarié et afférentes à la fraction des rémunérations versées au cours de la période d'exonération, si ces personnes relèvent d'un régime de salariés ;

2° Sur les cotisations dues au titre de l'activité exercée au cours de la période d'exonération, si ces personnes relèvent d'un régime de non-salariés.

L'exonération doit être demandée par l'employeur dans le cas mentionné au 1° et par le non-salarié dans le cas mentionné au 2°.

L'exonération dont bénéficient les personnes mentionnées à l'article L. 5141-2 du code du travail ainsi que la prolongation de la durée d'exonération prévue au premier alinéa du présent article ne donnent pas lieu à application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale.

Pour les travailleurs indépendants relevant du régime prévu à l'article L. 133-6-8, l'exonération de cotisations de sécurité sociale prévue au présent article cesse de s'appliquer, dans des conditions définies par décret, à la date à laquelle ces travailleurs indépendants cessent de bénéficier des régimes prévus aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts. Le cas échéant, les cotisations de sécurité sociale ayant fait l'objet de cette exonération et dues au titre de la période courant à compter de cette date font l'objet d'une régularisation, dans des conditions définies par décret.

Code du travail

Cinquième partie

L'emploi

Livre I^{er}

Les dispositifs en faveur de l'emploi

Titre IV

Texte du projet de loi

III. – Le code du travail est ainsi modifié :

Propositions de la Commission

III. – *(Alinéa sans modification)*

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Aides à la création d'entreprise et appui aux entreprises Chapitre I^{er} Aides à la création ou à la reprise d'entreprise Section 1 Exonération de charges sociales</p>	<p>1° L'intitulé : « Exonération de charges sociales » de la section 1 du chapitre I^{er} du titre IV du livre I^{er} de la cinquième partie du code du travail est remplacé par l'intitulé : « Exonération de cotisations de sécurité sociale » ;</p>	<p>1° (<i>Sans modification</i>)</p>
<p><i>Art. L. 5141-1.</i> – Peuvent bénéficier des exonérations de charges sociales prévues à l'article L. 161-1-1 du code de la sécurité sociale, lorsqu'elles créent ou reprennent une activité économique, industrielle, commerciale, artisanale, agricole ou libérale, soit à titre individuel, soit sous la forme d'une société, à condition d'en exercer effectivement le contrôle, ou entreprennent l'exercice d'une autre profession non salariée :</p>	<p>2° L'article L. 5141-1 est ainsi modifié :</p>	<p>2° (<i>Alinéa sans modification</i>)</p>
<p>1° Les demandeurs d'emploi indemnisés ;</p>	<p>a) Les mots : « charges sociales » sont remplacés par les mots : « cotisations de sécurité sociale » ;</p>	<p><i>a et b</i> (<i>Sans modification</i>)</p>
<p>2° Les demandeurs d'emploi non indemnisés inscrits à l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 six mois au cours des dix-huit derniers mois ;</p>		
<p>3° Les bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique ou du revenu de solidarité active ;</p>		
<p>4° Les personnes âgées de 18 ans à moins de 26 ans ;</p>		
<p>5° Les personnes de moins de 30 ans handicapées mentionnées à l'article L. 5212-13 ou qui ne remplissent pas la condition de durée d'activité antérieure pour ouvrir des droits à l'allocation d'assurance mentionnée à l'article L. 5422-1 ;</p>		
<p>6° Les personnes salariées ou les personnes licenciées d'une entreprise soumise à l'une des procédures de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaires prévues aux titres</p>		

Textes en vigueur

II, III et IV du livre VI du code de commerce qui reprennent tout ou partie de cette entreprise dès lors qu'elles s'engagent à investir en capital la totalité des aides et à réunir des apports complémentaires en capital au moins égaux à la moitié des aides accordées ;

7° Les personnes ayant conclu un contrat d'appui au projet d'entreprise mentionné à l'article L. 127-1 du code de commerce, sous réserve qu'elles remplissent l'une des conditions prévues aux 1° à 6° à la date de conclusion de ce contrat ;

8° Les personnes physiques créant une entreprise implantée au sein d'un quartier prioritaire de la politique de la ville ;

9° Les bénéficiaires du complément de libre choix d'activité mentionné à l'article L. 531-4 du code de la sécurité sociale.

Art. L. 5141-3. – Les personnes admises au bénéfice de l'article L. 5141-1 et qui perçoivent l'allocation de solidarité spécifique ou l'allocation veuvage prévue à l'article L. 356-1 du code de la sécurité sociale reçoivent une aide de l'État, attribuée pour une durée courant à compter de la date de création ou de reprise d'une entreprise.

Art. L. 5141-4. – Les personnes admises au bénéfice des dispositions de l'article L. 5141-1 et qui perçoivent l'allocation d'insertion ou l'allocation de veuvage ont droit au maintien du versement de leur allocation dans des conditions prévues par décret.

Texte du projet de loi

b) Au 6°, les mots : « de cette entreprise dès lors qu'elles s'engagent à investir en capital la totalité des aides et à réunir des apports complémentaires en capital au moins égaux à la moitié des aides accordées » sont remplacés par les mots : « d'une entreprise » ;

3° Aux articles L. 5141-3 et L. 5141-4, les mots : « Les personnes admises au bénéfice de l'article L. 5141-1 » sont remplacés par les mots : « Les personnes remplissant l'une des conditions mentionnées du 1° au 9° de l'article L. 5141-1 ».

IV. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux cotisations et contributions sociales dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2017, dans les conditions définies par les deux alinéas suivants :

1° Le I s'applique aux établissements qui s'implantent à compter du 1^{er} janvier 2017 dans un bassin d'emploi mentionné à l'article 130 de la loi du

Propositions de la Commission

c) Au 8°, après le mot : « créant », sont insérés les mots : « ou reprenant » :

Amendement AS465

3° (*Sans modification*)

IV. – (*Sans modification*)

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

—

—

—

30 décembre 2006 de finances
rectificative pour 2006 précitée ;

2° Le II et le III s'appliquent aux
créations et aux reprises d'entreprise
intervenant à compter du
1^{er} janvier 2017.

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.

Amendement AS465

Code de la sécurité sociale

Article 7

Article 7

(Sans modification)

Livre VII
Régimes divers – Dispositions diverses
Titre V
Dispositions particulières à la
Guadeloupe, à la Guyane, à la
Martinique, à la Réunion, à Saint-
Barthélemy et à Saint-Martin
Chapitre VI
Régimes des travailleurs non salariés
non agricoles

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

Art. L. 756-2. – Pour les
personnes commençant à exercer dans
les collectivités mentionnées à
l'article L. 751-1 une activité
professionnelle non-salariée les
assujettissant soit au régime d'assurance
vieillesse des professions artisanales,
soit au régime d'assurance vieillesse des
professions industrielles et
commerciales, aucune cotisation n'est
due au titre de l'année ou de la fraction
d'année de début d'exercice.

1° Les
articles L. 756-2, L. 756-3, L. 756-4
et L. 756-5 du code de la sécurité
sociale sont abrogés ;

Art. L. 756-3. – Les personnes
exerçant dans les collectivités
mentionnées à l'article L. 751-1 une
activité professionnelle non-salariée
artisanale, industrielle ou commerciale,
sont exonérées du versement de toute
cotisation lorsque leur revenu d'activité
ne dépasse pas un certain montant fixé
par décret.

Art. L. 756-4. – Par dérogation
aux dispositions de l'article L. 242-11,
des deux premiers alinéas des
articles L. 612-4 et L. 633-10 et du

Textes en vigueur

deuxième alinéa de l'article L. 136-3 du présent code et aux dispositions du second alinéa du I de l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, les cotisations d'allocations familiales, d'assurance maladie et d'assurance vieillesse et les contributions de sécurité sociale des travailleurs indépendants exerçant leur activité dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 sont calculées, pour la partie des revenus inférieurs au plafond de la sécurité sociale, sur une assiette égale à la moitié des revenus concernés, sous réserve des dispositions de l'article L. 756-3. Lorsque leurs revenus sont inférieurs à un montant fixé par décret, ces travailleurs indépendants sont exonérés des cotisations d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 612-4.

Art. L. 756-5. – Par dérogation aux dispositions des quatre premiers alinéas de l'article L. 131-6-2, les cotisations d'allocations familiales, d'assurance maladie et d'assurance vieillesse et les contributions de sécurité sociale des travailleurs indépendants non agricoles exerçant leur activité dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1, à l'exception de celles recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et L. 723-1, sont calculées, à titre définitif, sur la base du revenu d'activité de l'avant-dernière année ou, le cas échéant, de revenus forfaitaires.

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 131-6-2, la personne débutant l'exercice d'une activité indépendante non agricole est exonérée des cotisations et contributions, à l'exception de celles recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et L. 723-1, pour une période de vingt-quatre mois à compter de la date de la création de l'activité.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

2° La section 3 est ainsi rédigée :

« Section 3

« Cotisations et contributions des

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

employeurs et travailleurs indépendants

« *Art. L. 756-2.* – Les cotisations et contributions de sécurité sociale, à l'exception de celle prévue à l'article L. 635-1 et de celles recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et L. 723-1, sont totalement exonérées pour une période de vingt-quatre mois à compter de la date de la création de l'activité lorsque les revenus d'activité rapportés à l'année entière au titre de chacune des années civiles correspondant à cette période sont inférieurs à un seuil fixé à 110 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3. Le montant de cette exonération décroît linéairement à proportion des revenus d'activité pour s'annuler lorsqu'ils atteignent 250 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3.

« *Art. L. 756-3.* – Par dérogation aux dispositions des deuxième et troisième alinéas de l'article L. 131-6-2, les cotisations et contributions de sécurité sociale mentionnées à l'article L. 756-2 dues au titre des deux premières années civiles d'activité des travailleurs indépendants non agricoles créant leur activité dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 sont calculées à titre définitif sur la base d'un revenu forfaitaire fixé par décret.

« *Art. L. 756-4.* – Lorsque leurs revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé à 250 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3, les cotisations et contributions de sécurité sociale, à l'exception des cotisations prévues à l'article L. 635-1, à l'article L. 635-5 et de celles recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et L. 723-1, des travailleurs indépendants non agricoles exerçant leur activité dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1, sont calculées, pour la partie des revenus inférieurs au montant annuel du plafond de la sécurité sociale mentionné à l'article L. 241-3, sur une assiette égale aux revenus concernés dont est déduit un abattement fixé dans les conditions suivantes :

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« 1° L'abattement est fixé à 50 % des revenus concernés lorsque les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé à 110 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 et décroît linéairement à proportion des revenus d'activité pour s'annuler lorsqu'ils atteignent le seuil mentionné au premier alinéa ;

« 2° Au titre de la troisième année civile d'activité, l'abattement est fixé à 75 % des revenus concernés et décroît dans les mêmes conditions que celles définies au 1°.

« Cette exonération n'est cumulable avec aucun autre dispositif de réduction ou d'exonération de cotisations, à l'exception de l'exonération prévue au II de l'article L. 756-5 et, le cas échéant, de l'exonération prévue à l'article L. 756-2. Au titre de la troisième année civile d'activité, elle est ajustée au prorata de la partie de l'année civile sur laquelle l'exonération prévue à l'article L. 756-2 ne s'applique pas. » ;

« *Art. L. 756-5. – I. –* Lorsque leurs revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret, les travailleurs indépendants non agricoles exerçant leur activité dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 sont exonérés des cotisations d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 612-4.

« *II. –* Les personnes exerçant dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 une activité professionnelle non-salariée artisanale, industrielle ou commerciale sont exonérées du versement de toute cotisation vieillesse lorsque leur revenu d'activité ne dépasse pas un certain montant fixé par décret. »

II. – Le présent article s'applique aux cotisations et contributions de sécurité sociale dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2017, dans les conditions définies par les deux alinéas suivants.

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Par dérogation au 1° du I, les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 756-5 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la publication de la présente loi continuent de s'appliquer aux cotisations et contributions de sécurité sociale dues par les travailleurs indépendants ayant commencé leur activité à une date antérieure au 1^{er} janvier 2017.

Pour l'application du 2° du I, les cotisations et contributions de sécurité sociale dues au titre de l'année 2017 par les travailleurs indépendants exerçant leur activité depuis une date antérieure au 1^{er} janvier 2016 sont calculées, à titre provisionnel, sur la base des revenus d'activité de l'année 2015 et font l'objet d'une régularisation sur la base des revenus d'activité de l'année 2017 lorsque ceux-ci sont définitivement connus.

Article 8

I. – Après l'article L. 612-4 du code de la sécurité sociale, il est rétabli un article L. 612-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 612-5.* – Le taux des cotisations mentionnées à l'article L. 612-4 des travailleurs indépendants non agricoles affiliés au régime d'assurance maladie-maternité prévu à l'article L. 613-1 et dont les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret fait l'objet d'une réduction dans la limite de 3,5 points qui décroît à proportion de ces revenus, dans des conditions fixées par décret. Le bénéfice de cette réduction ne peut être cumulé avec tout autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable à ces cotisations, à l'exception de celui prévu à l'article L. 242-11. »

II. – Le présent article s'applique aux cotisations et contributions sociales dues au titre des revenus perçus au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2017.

Article 9

Article 8

(Sans modification)

Article 9

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>Livre I^{er} Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base Titre III Dispositions communes relatives au financement Chapitre III Recouvrement des cotisations et versement des prestations</p>	<p>I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Au chapitre III du titre III du livre I^{er}, il est rétabli une section 2 ainsi rédigée :</p> <p>« Section 2</p> <p>« Recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale « des travailleurs indépendants</p> <p>« <i>Art. L. 133-1-1.</i> – I. – Le recouvrement des cotisations et contributions sociales, dues à titre personnel, à l'exception de celles mentionnées aux articles L. 642-1 et L. 723-3, par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1, relève de la compétence des organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1, L. 611-4, L. 611-8 et L. 752-4.</p> <p>« II. – Pour la réalisation de cette mission, le directeur de l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 et le directeur général de l'organisme mentionné à l'article L. 611-4 désignent conjointement un directeur national chargé du recouvrement auquel ils délèguent leur signature.</p> <p>« Ce directeur est responsable, au niveau national, du pilotage et de l'organisation du recouvrement. Il fixe les orientations et l'organisation selon lesquelles les missions prévues à l'article L. 133-1-2 sont assurées.</p> <p>« Le directeur national est associé à la préparation et au suivi de l'exécution de la convention mentionnée à l'article L. 227-1 conclue par les organismes mentionnés aux articles L. 225-1 et L. 611-4 avec l'État en ce qui concerne les objectifs et les moyens du recouvrement.</p> <p>« Il est responsable de la maîtrise</p>	<p>—</p> <p>I à V. – (<i>Sans modification</i>)</p>

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

d'ouvrage des systèmes d'information concourant au recouvrement des cotisations et contributions sociales mentionnées au I du présent article et s'assure de la mise en œuvre des actions nécessaires à leur fonctionnement.

« Il rend compte aux conseils d'administration des organismes mentionnés aux articles L. 225-1 et L. 611-4 de la situation générale du recouvrement.

« III. – Le directeur de l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 et le directeur général de l'organisme mentionné à l'article L. 611-4 désignent conjointement des responsables locaux chargés du recouvrement, relevant de la direction de la caisse de base du régime social des indépendants et des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, sur proposition de ces directions et après avis du directeur national mentionné au II. Ils sont chargés d'organiser, dans le respect des directives fixées par ce directeur, l'activité des caisses de base du régime social des indépendants et des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 pour l'accomplissement des missions prévues à l'article L. 133-1-2. Les directeurs des mêmes organismes leur délèguent leur signature à cette fin.

« *Art. L. 133-1-2.* – Les caisses de base du régime social des indépendants et les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 assurent, s'agissant des personnes mentionnées à l'article L. 611-1, les missions suivantes :

« 1° La collecte et le traitement des déclarations de revenus ;

« 2° Le calcul et l'encaissement des cotisations et contributions sociales mentionnées à l'article L. 133-1-1 ;

« 3° Le recouvrement amiable et contentieux des cotisations et contributions mentionnées à l'article L. 133-1-1 ;

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« 4° Le traitement des demandes et réclamations ;

« 5° Le traitement des demandes mentionnées au second alinéa du I de l'article L. 133-6-9 ;

« 6° La gestion du contentieux du recouvrement des cotisations et contributions, à l'exception des recours formés dans le cadre des articles L. 142-1 et suivants qui sont examinés par les commissions de recours amiable des caisses de base du régime social des indépendants ;

« 7° L'accueil et l'information.

« *Art. L. 133-1-3.* – Le contrôle de la législation sociale applicable au recouvrement des cotisations et des contributions des personnes mentionnées à l'article L. 611-1 est exercé par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 dans les conditions prévues à la section 4 du chapitre III du titre IV du livre II.

« *Art. L. 133-1-4.* – En cas de recouvrement partiel des cotisations et contributions sociales du régime social des indépendants, les contributions mentionnées aux articles L. 136-3 du présent code et 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale sont prélevées par priorité et dans des proportions identiques sur les sommes recouvrées. Le solde éventuel est affecté aux cotisations selon un ordre fixé par décret.

« *Art. L. 133-1-5.* – Le Fonds national d'action sociale institué auprès de la Caisse nationale du régime social des indépendants est chargé de financer des actions destinées à venir en aide aux personnes mentionnées à l'article L. 611-1, éprouvant des difficultés pour régler les cotisations et contributions sociales dues auprès de ce régime.

« Ce fonds est administré par une commission d'action sociale composée de membres du conseil d'administration

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

mentionné à l'article L. 611-5 désignés par ce conseil.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article et notamment le taux du prélèvement à opérer sur les ressources de chaque régime pour alimenter le fonds, les modalités de répartition des ressources de ce fonds entre les caisses de base du régime social des indépendants ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement de la commission d'action sociale.

« *Art. L. 133-1-6.* – La comptabilisation des produits et des charges, ainsi que des éléments d'actif et de passif afférents, qui découlent des opérations de recouvrement des cotisations et contributions sociales effectuées en application des dispositions de la présente section, est réalisée à l'échelon local par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.

« L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale combine les produits et les charges liés à ces opérations, ainsi que les éléments d'actif et de passif afférents. Elle les notifie à l'organisme mentionné à l'article L. 611-4, qui procède à leur enregistrement dans ses comptes, selon les mêmes règles d'évaluation et de présentation. » ;

2° Il est rétabli un article L. 133-5-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-5-2.* – Les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 souscrivent une déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales. » ;

3° L'article L. 133-6-9 est ainsi modifié :

Art. L. 133-6-9. – I. – Les organismes du régime social des indépendants se prononcent de manière explicite sur toute demande d'un cotisant ou futur cotisant relevant de ce régime en application de l'article L. 611-1, ayant pour objet de

a) Au premier alinéa du I, les

Textes en vigueur

connaître l'application à sa situation de la législation relative aux exonérations de cotisations de sécurité sociale dues à titre personnel et aux conditions d'affiliation au régime social des indépendants.

II. – La décision explicite intervient dans un délai fixé par décret en Conseil d'État. Ce décret peut également prévoir les modalités suivant lesquelles certaines demandes qu'il détermine peuvent faire l'objet de décisions d'acceptation tacite.

Lorsqu'à l'issue du délai imparti l'organisme de recouvrement n'a pas notifié au demandeur sa décision, il ne peut être procédé à un redressement de cotisations ou contributions sociales, fondé sur la législation au regard de laquelle devait être appréciée la situation de fait exposée dans la demande, au titre de la période comprise entre la date à laquelle le délai a expiré et la date de la notification de la réponse explicite.

La décision ne s'applique qu'au seul demandeur et est opposable pour l'avenir à l'organisme qui l'a prononcée, tant que la situation de fait exposée dans la demande ou la législation au regard de laquelle la situation du demandeur a été appréciée n'ont pas été modifiées.

Un cotisant affilié auprès d'un nouvel organisme peut se prévaloir d'une décision explicite prise par l'organisme dont il relevait précédemment tant que la situation de fait exposée dans sa demande ou la législation au regard de laquelle sa

Texte du projet de loi

mots : « aux exonérations de cotisations de sécurité sociale dues à titre personnel et » sont supprimés ;

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

« Ils sont également compétents pour se prononcer avec les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 sur les demandes des personnes mentionnées au premier alinéa, relatives à l'application à leur situation de la législation relative aux exonérations de cotisations de sécurité sociale dues à titre personnel. » ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

situation a été appréciée n'ont pas été modifiées.

Un rapport est réalisé chaque année sur les principales questions posées et les réponses apportées, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

III. – La demande du cotisant ne peut être formulée lorsqu'un contrôle a été engagé en application de l'article L. 133-6-5 ou lorsqu'un contentieux en rapport avec cette demande est en cours.

Le régime social des indépendants délègue aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, dans les matières pour lesquelles ils agissent pour son compte et sous son appellation, le traitement de toute demande relative aux exonérations mentionnées au I, ou relatives aux matières qui relèvent de leur compétence propre.

Ces organismes se prononcent dans les mêmes conditions sur les demandes relatives aux matières qui relèvent de leur compétence propre.

Lorsque ces organismes, dans les matières mentionnées au deuxième alinéa du III alinéa, ainsi que ceux mentionnés à l'article L. 611-8, entendent modifier pour l'avenir leur décision, ils en informent le cotisant. Celui-ci peut solliciter, sans préjudice des autres recours, l'intervention de la Caisse nationale du régime social des indépendants. Celle-ci transmet aux organismes sa position quant à l'interprétation à retenir. Ceux-ci la notifient au demandeur dans le délai d'un mois de manière motivée, en indiquant les possibilités de recours.

Texte du projet de loi

c) Au III, la référence : « L. 133-6-5 » est remplacée par la référence : « L. 133-1-3 » et les deuxième et troisième alinéas sont supprimés ;

d) Le dernier alinéa du même III est remplacé par un IV ainsi rédigé :

« IV. – Lorsque les organismes mentionnées aux articles L. 213-1, L. 611-8 et L. 752-4 entendent modifier pour l'avenir leur décision, ils en informent le cotisant.

« Celui-ci peut solliciter, sans préjudice des autres recours, l'intervention de l'organisme mentionné à l'article L. 611-4 dans les matières relevant de l'affiliation au régime social des indépendants et celle des organismes mentionnés aux articles L. 225-1 et L. 611-4 dans les

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 136-5. – I. – Sous réserve des dispositions particulières mentionnées au présent article, la contribution portant sur les revenus mentionnés aux articles L. 136-1 à L. 136-4 est recouvrée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations au régime général pour la même catégorie de revenus. La contribution portant sur les revenus tirés de l'activité d'artiste-auteur et visés au premier alinéa du I de l'article L. 136-2 est recouvrée dans les conditions et par les organismes agréés, prévus au chapitre II du titre VIII du livre III. La contribution portant sur les revenus non soumis à cotisations au régime général de la sécurité sociale est, sauf disposition expresse contraire, précomptée par les entreprises ou par les organismes débiteurs de ces revenus et versée aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les salaires. La contribution portant sur les allocations mentionnées aux articles L. 632-6, L. 632-7 et L. 634-2 du code de l'éducation est précomptée par le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière ; elle est recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de la sécurité sociale assises sur les rémunérations.

Pour les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales, la contribution portant sur les revenus mentionnés à

matières relevant des exonérations de cotisations sociales. Ceux-ci transmettent leur position quant à l'interprétation à retenir aux organismes mentionnés au premier alinéa du présent IV qui la notifie au demandeur dans le délai d'un mois de manière motivée, en indiquant les possibilités de recours. » ;

4° Au deuxième alinéa du I de

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

l'article L. 136-3 est recouvrée, conformément aux dispositions prévues à l'article L. 133-6-4, en même temps que les cotisations d'allocations familiales des travailleurs non salariés non agricoles et selon les règles, garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général.

(...)

Art. L. 213-1. – Des unions de recouvrement assurent :

1° Le recouvrement des cotisations de sécurité sociale dues par les employeurs au titre des travailleurs salariés ou assimilés, par les assurés volontaires et par les assurés personnels ;

2° Le recouvrement des cotisations d'allocations familiales dues par les employeurs des professions non agricoles et les travailleurs indépendants non agricoles ;

3° Une partie du recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les employeurs et les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales, dans les conditions prévues aux articles L. 133-6-2, L. 133-6-3 et L. 133-6-4 ;

4° Le recouvrement d'une partie de la contribution sociale généralisée selon les dispositions des articles L. 136-1 et suivants ;

5° Le recouvrement des contributions, versements et cotisations mentionnés aux articles L. 5422-9, L. 5422-11 et L. 3253-18 du code du travail ;

5° bis Le calcul et l'encaissement des cotisations sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1, L. 644-2, et au *c* du 1° de l'article L. 613-1 pour l'application des dispositions prévues à l'article L. 133-6-8.

6° Le contrôle et le contentieux

l'article L. 136-5, les mots : « à l'article L. 133-6-4 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 131-1-1 et suivants »

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

a) Au 2°, les mots : « travailleurs indépendants non agricoles » sont remplacés par les mots : « les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 » ;

b) Au 3°, les mots : « Une partie du » sont remplacés par les mots : « Avec les caisses de base du régime social des indépendants, le » et les références : « L. 133-6-2, L. 133-6-3 et L. 133-6-4 » sont remplacées par les références : « L. 133-5-2, L. 133-1-2 et L. 133-1-3 » ;

c) Au 5° bis, les mots : « *c* du 1° de l'article L. 613-1 » sont remplacés par les mots : « 2° de l'article L. 611-1 » ;

d) Au 6°, les mots : « et le

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>du recouvrement prévu aux 1°, 2°, 3° et 5°.</p>	<p>contentieux » sont supprimés ;</p> <p>e) Après le 6°, il est inséré un 7° ainsi rédigé :</p> <p>« 7° Le contentieux du recouvrement prévu aux 1°, 2° et 5° ainsi que, avec les organismes mentionnés à l'article L. 611-8, le contentieux du recouvrement prévu au 3°. » ;</p>	
<p>Les unions sont constituées et fonctionnent conformément aux prescriptions de l'article L. 216-1.</p>		
<p>Un décret détermine les modalités d'organisation administrative et financière de ces unions.</p>		
<p>En matière de recouvrement, de contrôle et de contentieux, une union de recouvrement peut déléguer à une autre union ses compétences dans des conditions fixées par décret.</p>		
<p>Art. L. 225-1-1. – L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est également chargée :</p>	<p>6° Les dispositions de l'article L. 225-1-1 sont ainsi modifiées :</p>	
<p>1° D'exercer un pouvoir de direction et de contrôle sur les unions de recouvrement en matière de gestion de trésorerie ;</p>		
<p>2° De définir ses orientations en matière de contrôle et de recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale ainsi que de coordonner et de vérifier leur mise en œuvre par les organismes locaux ;</p>	<p>a) Au 2°, après les mots : « cotisations et des contributions de sécurité sociale », sont insérés les mots : « , y compris pour le recouvrement prévu aux articles L. 133-1-1 et suivants, » ;</p> <p>b) Le même 2° est complété par les mots : « ; ces orientations sont coordonnées, en ce qui concerne les cotisations dues par les employeurs, avec celles fixées conjointement avec la Caisse nationale du régime social des indépendants dans le cadre des dispositions des articles L. 133-1-1 et suivants pour les cotisations dues par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 ; » ;</p>	
<p>2° bis De coordonner ses orientations en matière de recouvrement</p>	<p>c) Le 2° bis est supprimé ;</p>	

Textes en vigueur

contentieux des cotisations et contributions sociales dues par les employeurs et les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales, au titre de leurs salariés, avec celles définies, en application du I de l'article L. 133-6-4, par le régime social des indépendants pour leurs cotisations et contributions sociales personnelles ;

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

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

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

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

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

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

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

5° De centraliser l'ensemble des opérations, y compris les opérations pour compte de tiers, des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et des cotisations d'allocations familiales, des caisses générales de sécurité sociale, ainsi que des unions et fédérations desdits organismes, et d'en transférer le produit vers les organismes du régime général, à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et à la Caisse nationale du régime social des indépendants, ainsi que d'en opérer le règlement vers tous organismes désignés à cet effet, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, ainsi qu'aux stipulations conventionnelles prises en vertu des articles L. 123-1 et L. 123-2 et agréées par l'autorité compétente de l'État ;

5° bis De gérer, pour le compte des régimes de sécurité sociale et fonds concernés, la répartition des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8 ;

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

Art. L. 243-7. – Le contrôle de l'application des dispositions du présent code par les employeurs, personnes privées ou publiques y compris les services de l'État autres que ceux mentionnés au quatrième alinéa et, dans le respect des dispositions prévues à l'article L. 133-6-5, par les travailleurs indépendants ainsi que par toute personne qui verse des cotisations ou contributions auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général est confié à ces organismes. Le contrôle peut également être diligenté chez toute personne morale non inscrite à l'organisme de recouvrement des cotisations de sécurité sociale en qualité d'employeur lorsque les inspecteurs peuvent faire état d'éléments motivés permettant de présumer, du fait d'un contrôle en cours, que cette dernière verse à des salariés de l'employeur contrôlé initialement une rémunération, au sens de l'article L. 242-1. Les agents chargés du

Texte du projet de loi

d) Au 5°, les mots : « , y compris les opérations pour compte de tiers, » sont supprimés et les mots : « et d'en transférer le produit vers les organismes du régime général, à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et à la Caisse nationale du régime social des indépendants ainsi que » sont remplacés par les mots : « de centraliser les opérations pour compte de tiers et » ;

7° Au premier alinéa de l'article L. 243-7, la référence : « L. 133-6-5 » est remplacée par la référence : « L. 133-1-3 » ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

contrôle sont assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ces agents ont qualité pour dresser en cas d'infraction auxdites dispositions des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Les unions de recouvrement les transmettent, aux fins de poursuites, au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.

Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général sont également habilités dans le cadre de leurs contrôles à vérifier l'assiette, le taux et le calcul des cotisations destinées au financement des régimes de retraites complémentaires obligatoires mentionnés au chapitre I^{er} du titre II du livre IX pour le compte des institutions gestionnaires de ces régimes, des cotisations et contributions recouvrées pour le compte de l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage par les organismes mentionnés aux *c* et *e* de l'article L. 5427-1 du code du travail et des cotisations destinées au financement des régimes mentionnés au titre I^{er} du livre VII du présent code. Le résultat de ces vérifications est transmis auxdites institutions aux fins de recouvrement.

Pour la mise en œuvre de l'alinéa précédent, des conventions conclues entre, d'une part, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et, d'autre part, les organismes nationaux qui fédèrent les institutions relevant du chapitre I^{er} du titre II du livre IX du présent code, les organismes mentionnés aux *c* et *e* de l'article L.5427-1 du code du travail, l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage et les organismes nationaux chargés de la gestion des régimes prévus au titre I^{er} du livre VII du présent code qui en font la demande fixent notamment les modalités de transmission du résultat des vérifications et la rémunération du service rendu par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général.

La Cour des comptes est

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

compétente pour contrôler l'application des dispositions du présent code en matière de cotisations et contributions sociales aux membres du Gouvernement, à leurs collaborateurs. Pour l'exercice de cette mission, la Cour des comptes requiert, en tant que de besoin, l'assistance des organismes mentionnés au premier alinéa, et notamment la mise à disposition d'inspecteurs du recouvrement. Le résultat de ces vérifications est transmis à ces mêmes organismes aux fins de recouvrement. Par dérogation aux dispositions du présent alinéa, le contrôle de l'application par la Cour des comptes des dispositions du présent code en matière de cotisations et contributions sociales est assuré par l'organisme de recouvrement dont elle relève.

Art. L. 611-4. – La Caisse nationale du régime social des indépendants a pour rôle :

1° D'assurer sur le plan national le financement des branches et des régimes mentionnés à l'article L. 611-2 et de maintenir l'équilibre financier de chacune de ces branches et de ces régimes ;

(...)

11° De coordonner ses orientations en matière de recouvrement contentieux des cotisations et contributions sociales personnelles dues par les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales avec celles définies, pour leurs cotisations et contributions sociales dues en leur qualité d'employeur, au titre de leurs salariés, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale en application du 2° *bis* de l'article L. 225-1-1 ;

12° De mettre en œuvre ou de coordonner des actions de contrôle sur le service des prestations afin de détecter les fraudes et les comportements abusifs. Elle peut requérir la participation des caisses de base à ces actions. Elle peut à ce titre

Texte du projet de loi

8° L'article L. 611-4 est ainsi modifié :

a) Le 11° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 11° De définir, en lien avec l'organisme mentionné à l'article L. 225-1, les orientations en matière de recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1, dans les conditions prévues à l'article L. 133-1-1 ; »

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

utiliser des traitements automatisés des données relatives au service des prestations ;

13° De mettre en œuvre les traitements de données à caractère personnel permettant, en application de l'article L. 114-12, la communication par les organismes de sécurité sociale participant à la gestion de leurs assurés des informations nécessaires à l'exercice de ses missions.

La Caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées ci-dessus, un pouvoir de contrôle sur les caisses de base.

Elle est placée sous la tutelle de l'autorité compétente de l'État.

Art. L. 611-8. – I. – Les caisses de base communes aux groupes professionnels des artisans, des industriels et des commerçants assurent pour leurs ressortissants, sous le contrôle de la caisse nationale, les missions du service des prestations, des allocations et du recouvrement des cotisations se rapportant à chacune des branches mentionnées à l'article L. 611-2 à l'exception de la gestion du risque d'assurance maladie des professions libérales.

Les missions du service des prestations et du recouvrement des cotisations se rapportant à la gestion du risque d'assurance maladie des professions libérales sont exercées par des caisses propres à ce groupe professionnel. Ces dernières peuvent déléguer par convention aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1

Texte du projet de loi

b) Après le 13°, il est inséré un 14° ainsi rédigé :

« 14° D'assurer l'affiliation des personnes mentionnées à l'article L. 611-1 redevables des cotisations et contributions mentionnées à l'article L. 133-1-1. » ;

9° Le I de l'article L. 611-8 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Les caisses de base du régime social des indépendants assurent pour leurs ressortissants, sous le contrôle de la caisse nationale, les missions du service des prestations, des allocations et, avec les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, du recouvrement des cotisations se rapportant à chacune des branches mentionnées à l'article L. 611-2. » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « du service des prestations et du recouvrement des cotisations » sont supprimés ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

et L. 752-4, qui les exercent pour leur compte, le calcul et l'encaissement de la cotisation sociale mentionnée au c du 1° de l'article L. 613-1 pour l'application des dispositions prévues à l'article L. 133-6-8.

Ces caisses exercent en outre des actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires ainsi qu'une action sociale ou sanitaire et sociale.

II. – Le nombre des caisses ainsi que leur ressort géographique est fixé par décret en Conseil d'Etat.

Art. L. 611-16. – Le contrôle de l'application par les ressortissants des caisses du régime social des indépendants des dispositions du présent code relatives au recouvrement des cotisations et à l'attribution des prestations est confié aux caisses de base et, le cas échéant, à la Caisse nationale.

Les agents chargés du contrôle sont assermentés et agréés dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ces agents ont qualité pour dresser en cas d'infraction des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire.

Les caisses les transmettent aux fins de poursuites, au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.

Art. L. 136-5. – I. – Sous réserve des dispositions particulières mentionnées au présent article, la contribution portant sur les revenus mentionnés aux articles L. 136-1 à L. 136-4 est recouvrée par les

Texte du projet de loi

c) Au même alinéa, les mots : « sont exercées par des caisses propres à ce groupe professionnel » sont remplacés par les mots : « affiliées en France métropolitaine au régime mentionné au premier alinéa de l'article L. 640-1 sont exercées par des caisses propres à cette catégorie » ;

d) La seconde phrase du même alinéa est supprimée ;

10° Au premier alinéa de l'article L. 611-16, les mots : « au recouvrement des cotisations et sont supprimés » ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations au régime général pour la même catégorie de revenus. La contribution portant sur les revenus tirés de l'activité d'artiste-auteur et visés au premier alinéa du I de l'article L. 136-2 est recouvrée dans les conditions et par les organismes agréés, prévus au chapitre II du titre VIII du livre III. La contribution portant sur les revenus non soumis à cotisations au régime général de la sécurité sociale est, sauf disposition expresse contraire, précomptée par les entreprises ou par les organismes débiteurs de ces revenus et versée aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les salaires. La contribution portant sur les allocations mentionnées aux articles L. 632-6, L. 632-7 et L. 634-2 du code de l'éducation est précomptée par le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière ; elle est recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de la sécurité sociale assises sur les rémunérations.

Pour les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales, la contribution portant sur les revenus mentionnés à l'article L. 136-3 est recouvrée, conformément aux dispositions prévues à l'article L. 133-6-4, en même temps que les cotisations d'allocations familiales des travailleurs non salariés non agricoles et selon les règles, garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général.

Les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et les caisses générales de sécurité sociale sont

Texte du projet de loi

11° Au deuxième alinéa du I de l'article L. 136-5, ainsi qu'au 3° de l'article L. 213-1, les mots : « exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « mentionnées à l'article L. 611-1 ».

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

habilités à faire tout contrôle sur le versement de la contribution dans les conditions fixées au chapitre III du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale dans sa rédaction publiée à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale.

(...)

Code du travail

Art. L. 6331-51. – La contribution prévue aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 6331-48 est recouvrée et contrôlée conformément aux dispositions prévues à l'article L. 133-6 du code de la sécurité sociale selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations personnelles d'allocations familiales. Elle fait l'objet d'un versement unique s'ajoutant à l'échéance provisionnelle des cotisations et contributions sociales du mois de février de l'année qui suit celle au titre de laquelle elle est due.

Les versements de la contribution mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 6331-48 sont effectués suivant la périodicité, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale visées à l'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale.

Les organismes chargés du recouvrement reversent le montant de leur collecte aux fonds d'assurance formation de non salariés, agréés à cet effet par l'État, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État.

Les règles applicables en cas de contentieux sont celles prévues au chapitre II du titre IV du livre I^{er} du code de la sécurité sociale.

**Loi n° 2015-1702 du
21 décembre 2015 de financement de
la sécurité sociale pour 2016**

Art. 13. – I. – (...)

Texte du projet de loi

II. – À l'article L. 6331-51 du code du travail, dans sa rédaction applicable jusqu'au 1^{er} janvier 2018, la référence : « L. 133-6 » est remplacée par la référence : « L. 133-1-1 ».

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

IV. – Le préjudice susceptible de résulter, pour les organismes et groupements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 611-20 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, du transfert de la gestion de l'encaissement et du contentieux des cotisations d'assurance maladie des membres des professions libérales aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du même code, à la date fixée au V du présent article, fait l'objet d'une indemnité si ce préjudice a pour origine les modifications apportées aux règles régissant la délégation de gestion et présente un caractère anormal et spécial. Cette indemnité est fixée dans le cadre d'un constat établi à la suite d'une procédure contradictoire. Les conditions d'attribution et le montant de l'indemnité sont fixés par décret.

III. – Au IV de l'article 13 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 les mots : « à la présente loi, du transfert de la gestion de l'encaissement et du contentieux des cotisations d'assurance maladie des membres des professions libérales aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du même code, à la date fixée au V du présent article » sont remplacés par les mots : « à la loi n° ... du ... de financement de la sécurité sociale pour 2017, du transfert au de leurs activités de recouvrement prévu à l'article 9 de cette loi ».

IV. – Sont abrogés :

Code de la sécurité sociale

Livre I^{er}
Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base
Titre III
Dispositions communes relatives au financement
Chapitre III *bis*
Modernisation et simplification des déclarations sociales ainsi que du recouvrement des cotisations et contributions sociales
Section 2
Interlocuteur social unique pour les indépendants

Art. L. 133-6. – Les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales disposent d'un interlocuteur social unique pour le recouvrement des cotisations et contributions sociales, dont elles sont redevables à titre personnel, mentionnées aux articles L. 131-6, L. 136-3, L. 612-13, L. 635-1 et L. 635-5 du présent code, aux articles L. 6331-48 à L. 6331-52 du code du travail et à l'article 14 de

1° La section 2 du chapitre III *bis* du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale ;

Textes en vigueur

l'ordonnance n° 96-50
du 24 janvier 1996 relative au
remboursement de la dette sociale.

Les caisses de base du régime
social des indépendants créé par le titre
I^{er} du livre VI exercent cette mission de
l'interlocuteur social unique.

Art. L. 133-6-1. – Le régime
social des indépendants affine les
personnes exerçant les professions
artisanales, industrielles et
commerciales redevables des cotisations
et contributions sociales mentionnées à
l'article L. 133-6. Il affine également les
membres des professions libérales au
titre de la branche maladie et maternité
du régime.

Art. L. 133-6-2. – I. – Les
travailleurs indépendants relevant du
régime social des indépendants
souscrivent une déclaration pour le
calcul de leurs cotisations et
contributions sociales. Le régime social
des indépendants peut déléguer par
convention tout ou partie de la collecte
et du traitement de ces déclarations aux
organismes de recouvrement
mentionnés aux articles L. 213-1
et L. 752-4 et, pour les travailleurs
indépendants relevant du c du 1° de
l'article L. 613-1, aux organismes
conventionnés mentionnés à
l'article L. 611-20.

II. – Lorsque les données
relèvent de l'article L. 642-1, les
organismes mentionnés aux
articles L. 213-1 et L. 752-4 les
transmettent aux organismes
mentionnés à l'article L. 641-1.

Lorsque les données concernent
la cotisation due par les travailleurs
indépendants mentionnés au c du 1° de
l'article L. 613-1, les organismes
mentionnés aux articles L. 213-1
et L. 752-4 les transmettent aux
organismes mentionnés à
l'article L. 611-3.

Art. L. 133-6-3. – Le régime
social des indépendants délègue aux
organismes mentionnés aux
articles L. 213-1 et L. 752-4, qui les

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

exercent pour son compte et sous son appellation, les fonctions suivantes :

1° Le calcul et l'encaissement des cotisations et contributions sociales mentionnées à l'article L. 133-6 dont sont redevables les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales. Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 transmettent le montant des cotisations et contributions sociales encaissées à l'organisme mentionné à l'article L. 225-1, qui transfère à la Caisse nationale du régime social des indépendants le produit des cotisations lui revenant ;

2° La participation à l'accueil et à l'information des personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales, dans le cadre d'une convention type signée avec les caisses de base du régime social des indépendants.

Art. L. 133-6-4. – I. – Le régime social des indépendants définit les orientations du recouvrement amiable et contentieux des cotisations et contributions mentionnées à l'article L. 133-6 dont sont redevables les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales.

Le régime social des indépendants assure le recouvrement amiable des cotisations et contributions mentionnées à l'article L. 133-6 dont sont redevables les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales. Il peut déléguer, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, qui agissent pour son compte et sous son appellation, tout ou partie du recouvrement amiable des cotisations et contributions sociales.

Le régime social des indépendants assure le recouvrement contentieux des cotisations et contributions mentionnées à l'article L. 133-6 dont sont redevables les personnes exerçant les professions

Textes en vigueur

artisanales, industrielles et commerciales, conformément aux dispositions du chapitre IV du titre IV du livre II.

II. – À défaut d'encaissement à la date d'échéance ou à la date limite de paiement lorsque celle-ci est distincte, la mise en demeure prévue à l'article L. 244-2 invitant le cotisant à régulariser sa situation est transmise par la caisse du régime social des indépendants chargée du contentieux.

En l'absence de régularisation et sauf réclamation introduite devant la commission de recours amiable de la caisse de base du régime social des indépendants, la caisse chargée du contentieux adresse la contrainte mentionnée à l'article L. 244-9.

III. – En cas de recouvrement partiel des cotisations et contributions sociales du régime social des indépendants, les contributions mentionnées aux articles L. 136-3 et 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale sont prélevées par priorité et dans des proportions identiques sur les sommes recouvrées. Le solde éventuel est affecté aux cotisations selon un ordre fixé par décret.

Art. L. 133-6-5. – Le régime social des indépendants définit les orientations en matière de contrôle.

Le contrôle de la législation sociale applicable au recouvrement des cotisations et des contributions des personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales est délégué, par dérogation à l'article L. 611-16, aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 et s'exerce dans les conditions prévues à la section 4 du chapitre 3 du titre IV du livre II.

Art. L. 133-6-6. – Il est créé auprès de la Caisse nationale du régime social des indépendants un Fonds national d'action sociale destiné à financer des actions pour venir en aide

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

aux travailleurs indépendants appartenant aux groupes professionnels mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 621-3, éprouvant des difficultés pour régler les cotisations et contributions sociales dues auprès de ce régime.

Ce fonds est administré par une commission d'action sociale composée de représentants du conseil d'administration mentionné à l'article L. 611-5 et désignés en son sein.

Un décret en Conseil d'État fixe le taux du prélèvement à opérer sur les ressources de chaque régime pour alimenter le fonds, les modalités de répartition des ressources de ce fonds entre les caisses de base du régime social des indépendants ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement de la commission d'action sociale.

Art. L. 611-20. – La Caisse nationale confie le soin d'assurer pour le compte des caisses de base l'encaissement et le contentieux des cotisations d'assurance maladie des membres des professions libérales à des organismes régis, soit par le code de la mutualité, soit par le code des assurances, ou à des groupements de sociétés d'assurance.

Ordonnance n° 2005-1529 du 8 décembre 2005 instituant un interlocuteur social unique pour les indépendants

Art. 1. – (...)

Art. 9. – Le Premier ministre, le ministre de la santé et des solidarités, le ministre des petites et moyennes entreprises, du commerce, de l'artisanat et des professions libérales et le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille sont responsables, chacun en ce qui le concerne, de l'application de la présente ordonnance, qui sera publiée au Journal officiel de la République française.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

2° L'article L. 611-20 du même code ;

3° L'ordonnance n° 2005-1529 du 8 décembre 2005 instituant un interlocuteur social unique pour les indépendants ;

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

4° Les I, II, III et V de l'article 13 de la loi du 21 décembre 2015 susmentionnée.

V. – Le présent article entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017, à l'exception :

1° Des dispositions du c du 9° du I qui entrent en vigueur aux dates fixées aux 1° et 2° du III de l'article 33 de la présente loi ;

2° Des dispositions du d du 9° du I ainsi que celles du 2° du IV qui s'appliquent aux cotisations dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2018.

VI. – Le I de l'article L. 133-1-1 s'applique aux cotisations d'assurance famille, aux contributions sociales et à la contribution à la formation professionnelle dues par les professions libérales à compter du 1^{er} janvier 2018.

Amendement AS449

Article 10

Article 10

Code de la sécurité sociale

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

(Sans modification)

Art. L. 613-1. – Sont obligatoirement affiliés au régime d'assurance maladie et d'assurance maternité des travailleurs indépendants des professions non agricoles :

1° L'article L. 613-1 est ainsi modifié :

1° les travailleurs indépendants relevant des groupes de professions mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 621-3 et ceux qui relèvent de la caisse nationale des barreaux français, mentionnée à l'article L. 723-1, soit :

a) Le groupe des professions artisanales ;

b) Le groupe des professions industrielles et commerciales, y compris les débiteurs de tabacs ;

c) Le groupe des professions libérales, y compris les avocats ;

Textes en vigueur

—

2° et 3° (abrogés)

(...)

8° Les personnes exerçant une activité de location directe ou indirecte de locaux d'habitation meublés ou destinés à être loués meublés à titre professionnel au sens du 2 du IV de l'article 155 du code général des impôts, à l'exclusion de celles relevant de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime.

Texte du projet de loi

—

a) Le 8° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 8° Les personnes, autres que celles mentionnées au 7°, dont les recettes tirées de la location directe ou indirecte de locaux d'habitation meublés sont supérieures au seuil mentionné au 2° du 2 du IV de l'article 155 du code général des impôts, lorsque ces locaux sont loués à une clientèle y effectuant un séjour à la journée, à la semaine ou au mois et n'y élisant pas domicile ou lorsque ces personnes remplissent les conditions mentionnées au 1° du IV de l'article 155 du code général des impôts ; »

b) Après le 8°, il est inséré un 9° ainsi rédigé :

« 9° Les personnes exerçant une activité de location directe ou indirecte de biens meubles mentionnée au 4° de l'article 110-1 du code du commerce et dont les recettes annuelles tirées de cette activité sont supérieures à un montant fixé par décret. » ;

2° La section 2 bis du chapitre III bis du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-6-7-3.* – Les travailleurs indépendants exerçant leur activité par l'intermédiaire d'une personne dont l'activité consiste à mettre en relation par voie électronique plusieurs parties en vue de la vente d'un bien ou de la fourniture d'un service, peuvent autoriser par mandat cette dernière à réaliser par voie dématérialisée les démarches déclaratives de début d'activité auprès du centre de formalités des entreprises compétent conformément aux dispositions du code de commerce.

« Lorsqu'ils relèvent des dispositions de l'article L. 133-6-8, les travailleurs indépendants peuvent autoriser par mandat la personne mentionnée à l'alinéa précédent à procéder à la déclaration du chiffre

Propositions de la Commission

—

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

—

—

—

d'affaires ou de recettes réalisés au titre de cette activité par son intermédiaire ainsi qu'au paiement des cotisations et contributions de sécurité sociale dues à compter de leur affiliation, au titre des périodes correspondant à l'exercice de cette activité, auprès des organismes de recouvrement concernés.

« Dans ce cas, les cotisations et contributions de sécurité sociale dues sont prélevées par la personne mentionnée au premier alinéa sur le montant des transactions effectuées par son intermédiaire. Ce paiement vaut acquit des cotisations et contributions de sécurité sociale par ces travailleurs indépendants. »

II. – Les dispositions du 2° du I du présent article entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2018.

Article 11

Article 11

Code général des impôts

I. – Le code général des impôts est ainsi modifié :

(Sans modification)

Art. 1010. – I. – Les sociétés sont soumises à une taxe annuelle à raison des véhicules de tourisme qu'elles utilisent en France, quel que soit l'État dans lequel ils sont immatriculés, ou qu'elles possèdent et qui sont immatriculés en France. Sont considérés comme véhicules de tourisme les voitures particulières au sens du 1 du C de l'annexe II à la directive 2007/46/CE du Parlement européen et du Conseil, du 5 septembre 2007, établissant un cadre pour la réception des véhicules à moteur, de leurs remorques et des systèmes, des composants et des entités techniques destinés à ces véhicules, ainsi que les véhicules à usages multiples qui, tout en étant classés en catégorie N1 au sens de cette même annexe, sont destinés au transport de voyageurs et de leurs bagages ou de leurs biens.

A. L'article 1010 est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

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

« Lorsqu'elle est exigible en raison des véhicules pris en location ou mis à disposition, la taxe est uniquement à la charge de la société locataire ou de la société bénéficiant de la mise à

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Sont exonérées de cette taxe les sociétés mentionnées au premier alinéa du I à raison des véhicules accessibles en fauteuil roulant qui relèvent de la catégorie « M1 » et du 5.5 du A de l'annexe II de la directive précitée, à compter du 1^{er} janvier 2017.</p>	<p>disposition. » ;</p>	
<p>Un décret précise les conditions d'application du deuxième alinéa du présent I.</p>	<p>b) Le troisième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	
	<p>« La taxe n'est pas applicable aux véhicules destinés exclusivement soit à la vente, soit à la location de courte durée, soit à l'exécution d'un service de transport à la disposition du public, lorsque ces opérations correspondent à l'activité normale de la société propriétaire. » ;</p>	
<p>Le montant de la taxe est égal à la somme des deux composantes, dont le tarif est déterminé en application, respectivement, du a ou du b, d'une part, et du c, d'autre part.</p>	<p>c) Au début du quatrième alinéa, est insérée l'indexation : « I bis » ;</p>	
<p>(...)</p>		
<p>La taxe n'est toutefois pas applicable aux véhicules destinés exclusivement soit à la vente, soit à la location de courte durée, soit à l'exécution d'un service de transport à la disposition du public, lorsque ces opérations correspondent à l'activité normale de la société propriétaire.</p>	<p>d) Les avant-dernier et dernier alinéas sont supprimés ;</p>	
<p>Le décret institutif fixe les modalités d'assiette de la taxe.</p>		
<p>II. – La taxe est acquittée sur déclaration dans des conditions fixées par décret.</p>	<p>2° Le II est ainsi modifié :</p>	
	<p>a) Le premier alinéa est remplacé par huit alinéas ainsi rédigés :</p>	
	<p>« II. – La période d'imposition de la taxe s'étend du 1^{er} janvier au 31 décembre.</p>	
	<p>« Cette taxe est liquidée par trimestre, en appliquant le tarif fixé au I bis aux véhicules possédés par la personne morale au premier jour du trimestre ou utilisés par celle-ci au cours de ce trimestre, qu'il s'agisse de</p>	

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

véhicules pris en location ou mis à sa disposition ou de ceux mentionnés à l'article 1010-0 A.

« Toutefois, pour les véhicules loués par la société, la taxe n'est due que si la durée de la location excède un mois civil ou une période de trente jours consécutifs. Elle est due au titre d'un seul trimestre si la durée de la location n'excède pas trois mois civils consécutifs ou quatre-vingt-dix jours consécutifs.

« Le montant de la taxe due pour un trimestre et au titre d'un véhicule est égal au quart du tarif annuel fixé au *I bis*.

« III. – La taxe annuelle est déclarée et liquidée selon les modalités suivantes :

« 1° Pour les redevables de la taxe sur la valeur ajoutée soumis au régime réel normal d'imposition prévu au 2 de l'article 287, sur l'annexe à la déclaration mentionnée au 1 du même article déposée au titre du mois de décembre ou du quatrième trimestre civil de la période au titre de laquelle la taxe est due ;

« 2° Pour les personnes non redevables de la taxe sur la valeur ajoutée, sur l'annexe à la déclaration prévue au 1 de l'article 287 transmise au service chargé du recouvrement dont relève le principal établissement au cours du mois de janvier suivant la période au titre de laquelle la taxe est due. L'annexe est déposée dans les délais fixés en matière de taxe sur le chiffre d'affaires ;

« 3° Pour les redevables de la taxe sur la valeur ajoutée soumis au régime simplifié d'imposition prévu à l'article 302 *septies A* ou au régime simplifié prévu à l'article 298 *bis*, sur un imprimé conforme au modèle établi par l'administration déposé au plus tard le 15 janvier qui suit l'expiration de la période au titre de laquelle la taxe est due. » ;

b) Le deuxième alinéa est ainsi

Textes en vigueur

Elle n'est pas déductible pour l'établissement de l'impôt sur les sociétés.

Lorsqu'elle est exigible en raison des véhicules pris en location, la taxe est à la charge de la société locataire. Les conditions d'application du présent alinéa sont fixées par décret.

Art. 1010 B. – Le recouvrement et le contrôle de la taxe prévue à l'article 1010 sont assurés selon les procédures, sûretés, garanties et sanctions applicables en matière de taxes sur le chiffre d'affaires.

Les réclamations sont instruites et jugées comme en matière de taxes sur le chiffre d'affaires.

Par dérogation aux dispositions du premier alinéa, les dispositions du III de l'article 1649 *quater* B *quater* et de l'article 1695 *quater* ne sont pas applicables.

Texte du projet de loi

modifié :

– au début, est insérée l'indexation : « IV » ;

– le mot : « Elle » est remplacé par les mots : « La taxe » ;

c) Le dernier alinéa est supprimé.

B. – Le dernier alinéa de l'article 1010 B est supprimé.

II. – A. – Le I s'applique aux périodes d'imposition ouvertes à compter du 1^{er} janvier 2018.

B. – Une taxe, établie, liquidée, contrôlée et recouvrée selon les modalités et sous les sanctions, garanties et privilèges prévus à l'article 1010 du code général des impôts dans sa rédaction issue du I du présent article, est due au titre du dernier trimestre de l'année 2017 par les sociétés mentionnées au même I. 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.

Pour les véhicules loués par la société, la taxe n'est due que si la durée de la location excède une période d'un mois civil ou de trente jours consécutifs au cours de ce trimestre.

Pour l'application de l'article

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Code de la sécurité sociale

Art. L. 136-8. – III. – Par
dérogation au I et au II, sont assujettis à la contribution sociale au taux de 3,8 % les revenus visés aux 1° et 2° du III de l'article L. 136-2, perçus par les personnes dont les revenus de l'avant-dernière année, définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts :

1° D'une part, excèdent 10 633 € pour la première part de quotient familial, majorée de 2 839 € pour chaque demi-part supplémentaire. Pour la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion, les montants des revenus sont fixés à 12 582 € pour la première part, majorés de 3 123 € pour la première demi-part et 2 839 € pour chaque demi-part supplémentaire à compter de la deuxième. Pour la Guyane et Mayotte, ces montants sont fixés, respectivement, à 13 156 €, 3 265 € et 2 839 € ;

2° D'autre part, sont inférieurs à 13 900 € pour la première part de quotient familial, majorée de 3 711 € pour chaque demi-part supplémentaire. Pour la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion, les montants des revenus sont fixés à 15 207 € pour la première part, majorés de 4 082 € pour la première demi-part et 3 711 € pour chaque demi-part supplémentaire à compter de la deuxième. Pour la Guyane et Mayotte, ces montants sont fixés, respectivement, à 15 930 €, 4 268 € et 3 711 €.

Les seuils mentionnés au présent III sont applicables pour la

1010-0 A du code général des impôts, le nombre de kilomètres pris en compte pour le remboursement au propriétaire ou à l'utilisateur par la société ainsi que le montant de l'abattement figurant au dernier alinéa de cet article sont divisés par quatre.

La taxe est déclarée et payée dans les délais et selon les modalités définies au III de l'article 1010 du code général des impôts dans sa rédaction issue du I du présent article.

Article 11 bis (nouveau)

I. – Le III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 1°, les montants : « 10 633 », « 2 839 », « 12 582 », « 3 123 », « 13 156 » et « 3 265 » sont respectivement remplacés par les montants : « 11 210 », « 2 993 », « 13 264 », « 3 292 », « 13 869 » et « 3 442 » ;

2° Au 2°, les montants : « 13 900 », « 3 711 », « 15 207 », « 4 082 », « 15 930 » et « 4 268 » sont respectivement remplacés par les montants : « 13 956 », « 3 726 », « 15 268 », « 4 098 », « 15 994 » et « 4 285 ».

3° Le début du dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Les seuils mentionnés au présent III sont revalorisés au 1er

Textes en vigueur

contribution due au titre de l'année 2015. Ils sont revalorisés au 1er janvier de chaque année conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, constatée pour l'avant-dernière année et arrondis à l'euro le plus proche, la fraction d'euro égale à 0,50 étant comptée pour 1.

(...)

Code de la sécurité sociale

Livre I
Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base
Titre III
Dispositions communes relatives au financement
Chapitre III *bis*
Modernisation et simplification des déclarations sociales ainsi que du recouvrement des cotisations et contributions sociales
Section 2 *quater*
Droits des cotisants

Texte du projet de loi

CHAPITRE II
Mesures relatives au recouvrement

Article 12

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

1° La section 2 *quater* du chapitre III bis du titre III du livre I^{er} est complétée par un article L. 133-6-8-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 133-6-8-5. – Toute démarche réalisée en application de la présente section peut être effectuée par un tiers pour le compte d'un cotisant ou un futur cotisant. » ;

2° Le chapitre III bis du titre III du livre I^{er} est complété par une section 7 ainsi rédigée :

Propositions de la Commission

janvier de chaque année, conformément à l'évolution en moyenne annuelle ... (le reste sans changement) »

II. – Le I s'applique aux contributions dues au titre des revenus versés à compter du 1er janvier 2017.

III. – Les pertes de recettes pour les organismes de sécurité sociale sont compensées à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Amendement AS413

CHAPITRE II
Mesures relatives au recouvrement

Article 12

(*Sans modification*)

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« Section 7

« Modernisation et simplification des formalités pour les cotisants ayant recours à un tiers-déclarant

« *Art. L. 133-11.* – I. – Toute déclaration ou toute formalité sociale incombant aux employeurs et aux travailleurs indépendants en application des dispositions du présent code peut être effectuée pour leur compte par un tiers.

« 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.

« 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 cette demande.

« En cas de fraude propre au tiers déclarant ou de complicité de fraude constatées par un organisme de sécurité sociale, en application des dispositions des articles L. 114-16-2 du présent code et L. 433-17 du code pénal, l'organisme désigné par décret mentionné au deuxième alinéa du I du présent article lui retire la faculté d'exercer sa mission de mandataire auprès de l'ensemble des organismes de sécurité sociale. Le tiers informe son client de la décision de retrait dans un délai défini par décret en conseil d'État.

« II. – Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des règles applicables en matière de contrôle, de recouvrement et de sanctions mises en œuvre à l'égard

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Livre II
Organisation du régime général, action
de prévention, action sanitaire et sociale
des caisses
Titre IV
Ressources
Chapitre III
Recouvrement - Sûretés - Prescription –
Contrôle
Section 3 *bis*
Droits des cotisants.

Art. L. 243-6-3. – I. – Les
organismes mentionnés aux
articles L. 213-1 et L. 752-4 se
prononcent de manière explicite sur
toute demande d'une personne
mentionnée au deuxième alinéa du
présent article posant une question

de l'employeur ou du travailleur
indépendant.

« 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. Ces
majorations sont versées auprès de
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.

« IV. – Les modalités
d'application du présent article sont
précisées par décret en Conseil d'État,
notamment la mission du tiers et les
obligations respectives du tiers déclarant
et de l'employeur ou du travailleur
indépendant » ;

3° La section 3 *bis* du chapitre III
du titre IV du livre II est complétée par
un article L. 243-6-6 ainsi rédigé :

« *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
un futur cotisant. » ;

Textes en vigueur

nouvelle et non dépourvue de caractère sérieux ayant pour objet de connaître l'application à une situation précise de la législation relative aux cotisations et contributions de sécurité sociale contrôlées par ces organismes. Cette procédure est également applicable aux cotisations et contributions sociales contrôlées en application de l'article L. 243-7 dès lors que leur assiette est identique à celle des cotisations et contributions mentionnées ci-dessus.

Cette demande peut être formulée par un cotisant, un futur cotisant ou, pour le compte de celui-ci, par un avocat ou un expert-comptable.

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

Lorsqu'elle porte sur une application spécifique à la situation de la branche de dispositions du code de la sécurité sociale, la demande mentionnée au premier alinéa peut être formulée par une organisation professionnelle d'employeurs ou un organisation syndicale reconnues représentatives au niveau de la branche professionnelle. Par dérogation au premier alinéa, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale se prononce sur cette demande.

II. – (...)

Code rural et de la pêche maritime

Art. L. 725-26. – L'article L. 243-6-5 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole.

Texte du projet de loi

4° Au deuxième alinéa du I de l'article L. 243-6-3, les mots : « ou, pour le compte de celui-ci, par un avocat ou un expert-comptable » sont supprimés.

II. – L'article L. 725-26 du code rural et de la pêche maritime est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 725-26.* – Les articles L. 243-6-5 et L. 243-6-6 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime agricole. »

III. – Les dispositions du 2° du I s'appliquent au titre des démarches et formalités effectuées pour le compte des travailleurs indépendants à compter du

Propositions de la Commission

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Code de la sécurité sociale</p>	<p>1^{er} janvier 2018.</p> <p>Article 13</p> <p>I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° L'article L. 242-1-2 est ainsi modifié :</p> <p>a) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Lorsque la situation relevée concerne un particulier employeur mentionné aux 3°, 4° et 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. » ;</p> <p>b) Au deuxième alinéa, les mots : « au premier alinéa » sont remplacés par les mots : « aux deux alinéas précédents » ;</p> <p>2° L'article L. 243-12-1 est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« Art. L. 243-12-1. – Le fait de</p>	<p>Article 13</p> <p>(Sans modification)</p>
<p><i>Art. L. 242-1-2.</i> – Pour le calcul des cotisations et contributions de sécurité sociale et par dérogation à l'article L. 242-1, les rémunérations qui ont été versées ou qui sont dues à un salarié en contrepartie d'un travail dissimulé au sens des articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail sont, à défaut de preuve contraire en termes de durée effective d'emploi et de rémunération versée, évaluées forfaitairement à 25 % du plafond annuel défini à l'article L. 241-3 du présent code en vigueur au moment du constat du délit de travail dissimulé. Ces rémunérations sont soumises à l'article L. 242-1-1 du présent code et sont réputées avoir été versées au cours du mois où le délit de travail dissimulé est constaté.</p>		
<p>Les modalités de prise en compte de la rémunération forfaitaire prévue au premier alinéa en matière d'ouverture des droits et de calcul des ressources au titre des prestations servies par les organismes de sécurité sociale sont précisées par décret en Conseil d'État.</p>		
<p><i>Art. L. 243-12-1.</i> – Le fait de faire obstacle à l'accomplissement des fonctions des agents mentionnés à l'article L. 243-11, quel que soit leur cadre d'action, est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros</p>		

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

d'amende.

3 750 euros pour un particulier employeur mentionné aux 3°, 4° et 6° de l'article L. 133-5-6, de 7 500 euros pour un travailleur indépendant au titre de ses cotisations et contributions sociales dues à titre personnel et de 7 500 euros par salarié pour un employeur dans la limite de 750 000 euros 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.

« L'obstacle à contrôle mentionné à l'alinéa précédent 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, visant 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 une convocation, dès lors que la demande est nécessaire à l'exercice du contrôle.

« Pour fixer le montant de la pénalité, le directeur de l'organisme prend en compte les circonstances et la gravité du manquement.

« 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, 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.

« L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit dans le délai fixé à l'article L. 244-8-1 à compter de

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p>Code rural et de la pêche maritime</p> <p><i>Art. L. 723-11.</i> – La caisse centrale de la mutualité sociale agricole a pour missions :</p> <p>1° (...)</p> <p>11° De mettre en œuvre ou de coordonner des actions de contrôle sur le service des prestations afin de détecter les fraudes et les comportements abusifs. Elle peut requérir la participation des caisses mentionnées à l'article L. 723-2. Elle peut à ce titre utiliser des traitements automatisés des données relatives au service des prestations ;</p> <p>12° D'assurer la gestion commune de la trésorerie des organismes de mutualité sociale agricole mentionnés à l'article L. 723-1. L'individualisation de la trésorerie des différentes branches des régimes des salariés et des non-salariés agricoles est assurée par un suivi permanent en prévision et en réalisation comptable, dans des conditions fixées par décret.</p> <p><i>Art. L. 724-9.</i> – Les agents mentionnés aux articles L. 724-7 et L. 724-8 ont les mêmes pouvoirs et bénéficient de la même protection que les inspecteurs du travail et les contrôleurs du travail.</p> <p>Les agents visés à l'alinéa précédent peuvent accéder aux informations détenues par les services déconcentrés du ministère chargé de l'agriculture relatives aux exploitations</p>	<p>l'expiration du délai mentionné à l'article L. 244-2.</p> <p>« Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »</p> <p>II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :</p> <p>1° Le seizième alinéa de l'article L. 723-11 est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« 11° De mettre en œuvre ou de coordonner des actions de contrôle afin de détecter les fraudes et les comportements abusifs. Elle peut requérir la participation des caisses mentionnées à l'article L. 723-2. Elle peut à ce titre utiliser des traitements automatisés des données relatives au service des prestations et au recouvrement des cotisations notamment ; »</p> <p>2° L'article L. 724-9 est ainsi modifié :</p> <p>a) Au premier alinéa, les mots : « ont les mêmes pouvoirs et bénéficient de la même protection que les inspecteurs du travail et les contrôleurs du travail » sont remplacés par les mots : « bénéficient dans le cadre de leurs fonctions de la protection mentionnée à l'article L. 243-12-3 du code de la sécurité sociale » ;</p> <p>b) L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p style="text-align: center;">—</p>

Textes en vigueur

agricoles que ces agents ont la charge de contrôler. À la demande des caisses de mutualité sociale agricole, ces services leur transmettent les données relatives aux bénéficiaires des primes communautaires, dont ils disposent.

Art. L. 724-13. – Sont passibles d'un emprisonnement d'un an et d'une amende de 37 500 euros ou de l'une de ces deux peines seulement les oppositions ou obstacles aux visites ou inspections des fonctionnaires et agents de contrôle mentionnés au premier alinéa de l'article L. 724-11.

Texte du projet de loi

« Les dispositions de l'article L. 243-7-1 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime agricole. » ;

3° L'article L. 724-13 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *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 troisième 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 :

« 1° Le particulier employeur mentionné au premier alinéa de cet article du code de la sécurité sociale est remplacé par les personnes mentionnées à l'article L. 731-23 du présent code ;

« 2° Le travailleur indépendant mentionné au premier alinéa de cet article du code de la sécurité sociale est remplacé par les personnes mentionnées à l'article L. 722-1 du présent code.

« 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 bénéficier 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 bénéficier des mesures prévues

Propositions de la Commission

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">Code de la sécurité sociale</p> <p style="text-align: center;">Livre I^{er} Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base Titre III Dispositions communes relatives au financement Chapitre III Recouvrement des cotisations et versement des prestations</p> <p style="text-align: center;">Section 1 Procédure sommaire</p> <p>Art. L. 133-1. – 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 par les 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.</p> <p>La procédure de recouvrement prévue au présent article ne peut être mise en œuvre que dans le délai mentionné à l'article L. 244-11.</p>	<p>aux articles L. 726-1 et L. 726-3, entraîne l'application de la pénalité prévue à l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale dans les conditions fixées par cet article.</p> <p style="text-align: center;">« 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. »</p> <p style="text-align: center;">Article 14</p> <p style="text-align: center;">I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p style="text-align: center;">1° La section première du chapitre III du titre III du livre I^{er} est ainsi modifiée :</p> <p style="text-align: center;">a) L'intitulé de la section est ainsi rédigé : « Recouvrement des créances en matière de travail illégal » ;</p> <p style="text-align: center;">b) L'article L. 133-1 devient l'article L. 133-4-10 et son deuxième alinéa est supprimé ;</p> <p style="text-align: center;">c) Il est rétabli un article L. 133-1 ainsi rédigé :</p> <p style="text-align: center;">« Art. L. 133-1. – I. – Lorsqu'un</p>	<p style="text-align: center;">Article 14</p> <p style="text-align: center;"><i>(Sans modification)</i></p>

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

procès-verbal de travail illégal a été établi, l'inspecteur du recouvrement remet à la personne contrôlée un document constatant cette situation et comportant l'évaluation du montant des cotisations et contributions dissimulées et, le cas échéant, des majorations et pénalités afférentes, ainsi que, en application du deuxième alinéa de l'article L. 133-4-2, du montant de l'annulation des réductions ou exonérations de cotisations ou contributions sociales dont a pu bénéficier le débiteur.

« Ce document fait état de l'ensemble des dispositions légales applicables à cette infraction, notamment les 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 et par la personne contrôlée. En cas de refus de signer, mention en est faite sur le document. L'original est conservé par l'organisme chargé du recouvrement.

« 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 suffisant 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 mesures conservatoires mentionnées aux articles L. 521-1 à L. 533-1 du même code, dans la limite des montants mentionnés au I.

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

« III. – La décision du directeur de l'organisme peut être contestée selon

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 133-4-2. – Le bénéfice de toute mesure de réduction et d'exonération, totale ou partielle, de cotisations de sécurité sociale ou de contributions dues aux organismes de sécurité sociale, appliquée par un employeur ou un travailleur indépendant, est subordonné au respect par l'employeur ou le travailleur indépendant des dispositions des articles L. 8221-1 et L. 8221-2 du code du travail.

Lorsque l'infraction définie aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du même code est constatée par procès-verbal dans les conditions déterminées aux articles L. 8271-7 à L. 8271-12 du même code, l'organisme de recouvrement procède, dans la limite de la prescription applicable en matière de travail dissimulé, à l'annulation des réductions ou exonérations des cotisations ou contributions mentionnées au premier alinéa du présent article et pratiquées au cours d'un mois civil, lorsque les rémunérations versées ou dues à un ou des salariés dissimulés au cours de ce mois sont au moins égales à la rémunération mensuelle minimale définie à l'article L. 3232-3 du même code.

Lorsque les rémunérations dissimulées au cours du mois sont inférieures à la rémunération mensuelle minimale mentionnée au deuxième alinéa, l'annulation est réduite à due

les dispositions applicables à la saisine en urgence du juge de l'exécution selon les modalités prévues au code des procédures civiles d'exécution. Le juge statue au plus tard dans un délai de 15 jours. Le juge peut donner mainlevée de la mesure conservatoire notamment s'il apparaît que les conditions de mise en œuvre de la ou 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. » ;

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

a) Au premier alinéa, les mots : « subordonné au respect par l'employeur ou le travailleur indépendant des dispositions des articles L. 8221-1 et L. 8221-2 du code du travail » sont remplacés par les mots : « supprimé en cas de constat des infractions mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 8211-1 du code du travail. » ;

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

Textes en vigueur

proportion en appliquant aux réductions ou exonérations de cotisations ou contributions pratiquées un coefficient égal au rapport entre les rémunérations dues ou versées en contrepartie du travail dissimulé et la rémunération mensuelle minimale.

Texte du projet de loi

« Les deuxième et troisième alinéas du présent article sont applicables en cas de constat dans les conditions déterminées aux articles L. 8271-1 à L. 8271-6-3 du code du travail des infractions mentionnées au 2° à 4° de l'article L. 8211-1 du même code. » ;

3° Après l'article L. 133-4-8, il est inséré un article ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-4-9. – I. –*

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.

« L'opposition motivée est notifiée au tiers détenteur et au débiteur par le directeur de l'un des organismes mentionnés à l'alinéa précédent. 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

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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.

« Les contestations sont portées devant le juge de l'exécution. À peine d'irrecevabilité, les contestations sont formées par le débiteur dans le délai d'un mois à partir 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 :

« 1° Lorsque la créance de l'organisme fait suite à un contrôle au cours duquel il a été établi une situation d'obstacle à contrôle, mentionnée à l'article L. 243-12-1 du présent code ;

« 2° Lorsque le recours contre le titre exécutoire a été jugé dilatoire ou abusif.

« Sont en outre applicables les articles L. 123-1, L. 211-3, L. 162-1 et L. 162-2 du code des procédures civiles d'exécution.

« Les présentes dispositions ne sont pas applicables 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 par les articles L. 3252-1 et suivants du code du travail. » ;

4° Aux articles L. 136-5 et L. 242-11, la référence : « L. 652-3 » est remplacée par la référence : « L. 133-4-9 » ;

Art. L. 242-1-1. – Les rémunérations, versées ou dues à des salariés, qui sont réintégréées dans l'assiette des cotisations à la suite du constat de l'infraction définie aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail ne peuvent faire l'objet d'aucune mesure de réduction ou

5° À l'article L. 242-1-1, les mots : « de l'infraction définie aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail » sont remplacés par les mots : « des infractions définies aux 1° à 4° de l'article L. 8211-1 du code du

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>d'exonération de cotisations de sécurité sociale ou de minoration de l'assiette de ces cotisations.</p>	<p>travail » ;</p> <p>6° Aux articles L. 243-2 et L. 651-7, la référence : « L. 133-1 » est remplacée par la référence : « L. 133-4-10 » ;</p>	
<p><i>Art. L. 243-3-1.</i> – L'article L. 652-3 est applicable au recouvrement des contributions et cotisations sociales dues au titre de l'emploi de personnel salarié ainsi qu'aux majorations et pénalités y afférentes.</p>	<p>7° L'article L. 243-3-1 est abrogé ;</p> <p>8° Après l'article L. 243-7, il est inséré un article L. 243-7-0 ainsi rédigé :</p>	
<p><i>Art. L. 243-7-4.</i> – Dès lors qu'un procès-verbal de travail illégal a été établi et que la situation et le comportement de l'entreprise ou de ses dirigeants mettent en péril le recouvrement des cotisations dissimulées, l'inspecteur du recouvrement peut dresser un procès-verbal de flagrante sociale comportant l'évaluation du montant des cotisations dissimulées.</p>	<p>« <i>Art. L. 243-7-0.</i> – 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. » ;</p>	
<p>Ce procès-verbal est signé par l'inspecteur et par le responsable de l'entreprise. En cas de refus de signer, mention en est faite au procès-verbal.</p> <p>L'original du procès-verbal est conservé par l'organisme chargé du recouvrement et une copie est notifiée au contrevenant.</p>	<p>9° L'article L. 243-7-4 est abrogé ;</p> <p>Au vu du procès-verbal de travail illégal et du procès-verbal de flagrante sociale, le directeur de l'organisme de</p>	

Textes en vigueur

recouvrement peut solliciter du juge de l'exécution l'autorisation de pratiquer sur les biens du débiteur l'une ou plusieurs mesures conservatoires mentionnées aux articles 74 à 79 de la loi n° 91-650 du 9 juillet 1991 portant réforme des procédures civiles d'exécution.

Art. L. 244-3. – L'avertissement ou la mise en demeure ne peut concerner que les cotisations exigibles au cours des trois années civiles qui précèdent l'année de leur envoi ainsi que les cotisations exigibles au cours de l'année de leur envoi. En cas de constatation d'une infraction de travail illégal par procès-verbal établi par un agent verbalisateur, l'avertissement ou la mise en demeure peut concerner les cotisations exigibles au cours des cinq années civiles qui précèdent l'année de leur envoi ainsi que les cotisations exigibles au cours de l'année de leur envoi.

L'avertissement ou la mise en demeure qui concerne le recouvrement des majorations de retard correspondant aux cotisations payées ou aux cotisations exigibles dans le délai fixé au premier alinéa doit être adressé avant l'expiration d'un délai de deux ans à compter du paiement des cotisations qui ont donné lieu à l'application desdites majorations.

Les pénalités de retard appliquées en cas de production tardive ou de défaut de production des déclarations obligatoires relatives aux cotisations et contributions sociales et des déclarations annuelles des données sociales doivent être mises en recouvrement par voie de mise en demeure dans un délai de deux ans à compter de la date de production desdits documents ou, à défaut, à compter selon le cas soit de la notification de l'avertissement, soit de la mise en

Texte du projet de loi

10° À l'article L. 244-2, la référence : « L. 244-11 » est remplacée par la référence : « L. 244-8-1 » ;

11° L'article L. 244-3 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 244-3.* – Les cotisations et contributions sociales se prescrivent par trois ans à compter de l'expiration de l'année civile au titre de laquelle elles sont dues.

« 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. 243-7-0.

« Les majorations de retard correspondant aux cotisations et contributions payées ou à celles dues dans le délai fixé au premier alinéa se prescrivent par trois ans à compter de l'expiration 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.

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

demeure prévus à l'article L. 244-2.

« 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 l'expiration de l'année au cours de laquelle a eu lieu la production de ces déclarations ou, à défaut, à compter selon le cas de l'expiration 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. » ;

12° Après l'article L. 244-8, il est inséré un article L. 244-8-1 ainsi rédigé :

« *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. » ;

Art. L. 244-9. – La contrainte décernée par le directeur d'un organisme de sécurité sociale pour le recouvrement des cotisations et majorations de retard comporte, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, dans les délais et selon des conditions fixés par décret, tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire.

13° L'article L. 244-9 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 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. » ;

14° L'article L. 244-11 est remplacé par les dispositions suivantes :

Art. L. 244-11. – L'action civile en recouvrement des cotisations ou des majorations de retard, intentée

« *Art. L. 244-11.* – En cas de constatation d'une infraction de travail illégal par procès-verbal, les délais

Textes en vigueur

indépendamment ou après extinction de l'action publique, se prescrit par cinq 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.

Art. L. 382-29. – Les dispositions des articles L. 173-7, L. 216-1, L. 114-10, L. 217-1, L. 217-2, L. 231-5, L. 231-12, L. 243-4 à L. 243-6, L. 244-1 à L. 244-5, L. 244-7, L. 244-9 à L. 244-11, L. 244-13, L. 244-14, L. 256-1, L. 256-3, L. 256-4, L. 272-1, L. 272-2, L. 281-3, L. 351-14-1, L. 355-2, L. 355-3, L. 377-2 et L. 377-4 sont applicables, dans la mesure où elles ne sont pas contraires aux dispositions de la présente section, aux personnes, collectivités ou organismes mentionnés à la présente section.

Art. L. 651-7. – Les sociétés et entreprises assujetties à la contribution sociale de solidarité sont soumises aux dispositions des articles 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.

Art. L. 652-3. – Lorsqu'ils sont munis d'un titre exécutoire au sens de l'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution, les caisses du régime social des indépendants et les organismes conventionnés pour l'assurance maladie et maternité ainsi que les caisses d'assurance vieillesse des professions libérales, habilités à décerner la contrainte définie à l'article L. 244-9 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.

L'opposition motivée est notifiée

Texte du projet de loi

mentionnés aux articles L. 244-3, L. 244-8-1 et L. 244-9 sont portés de trois à cinq ans. » ;

15° À l'article L. 382-29, les mots : « L. 244-9 à L. 244-11 » sont remplacés par les mots : « L. 244-8-1, L. 244-9 et L. 244-10 » ;

16° À l'article L. 651-7, les mots : « articles 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 remplacés par les mots : « articles 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 » ;

17° L'article L. 652-3 est abrogé.

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

au tiers détenteur et au débiteur par le directeur de l'un des organismes mentionnés à l'alinéa précédent. Elle affecte, dès réception par le tiers, les sommes faisant l'objet du titre exécutoire au paiement desdites cotisations, contributions et majorations et pénalités de retard, 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 43 de la loi n° 91-650 du 9 juillet 1991 précitée 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.

Les contestations sont portées devant le juge de l'exécution. À peine d'irrecevabilité, les contestations sont formées par le débiteur dans le délai d'un mois à partir 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 :

1° Lorsque la créance de l'organisme fait suite à un redressement pour travail dissimulé défini aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail ;

2° Lorsque la créance de l'organisme fait suite à un contrôle au cours duquel il a été établi une situation d'obstacle à contrôle, mentionnée à l'article L. 243-12-1 du présent code ;

3° Lorsque le recours contre le titre exécutoire a été jugé dilatoire ou abusif.

Sont en outre applicables les articles L. 123-1, L. 211-3, L. 162-1 et L. 162-2 du code des procédures civiles d'exécution.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Les présentes dispositions ne sont pas applicables 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 par les articles L. 145-1 et suivants du code du travail.

Le présent article est applicable au recouvrement des indus de prestations sociales, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

Code rural est de la pêche maritime

Art. L. 724-11. – Les agents de contrôle agréés et assermentés des caisses de mutualité sociale agricole peuvent demander aux cotisants, aux bénéficiaires de prestations, aux assurés sociaux et à leurs ayants droit leur nom, leur adresse, leur emploi, le montant de leurs revenus ainsi que toute information utile à l'exercice de leur mission.

Les cotisants, les bénéficiaires de prestations, les assurés sociaux et leurs ayants droit sont tenus de recevoir les agents de contrôle agréés et assermentés des caisses de mutualité sociale agricole qui se présentent pour assurer l'exercice de leurs missions et de leur présenter tous documents nécessaires à l'exercice de leur contrôle ou de leur enquête.

Ces dispositions concernent également, pour l'application des dispositions relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles des salariés agricoles, les agents chargés du contrôle de la prévention

À l'issue du contrôle, les agents mentionnés au premier alinéa doivent communiquer aux personnes contrôlées leurs observations sur les cotisations et contributions dues, en les invitant à y répondre dans un délai déterminé.

Texte du projet de loi

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

1° Le quatrième alinéa de l'article L. 724-11 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Cette communication engage la période contradictoire préalable à l'envoi de toute mise en demeure en application du deuxième alinéa de l'article L. 725-3. » ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

À l'expiration de ce délai, ils transmettent au directeur de la caisse de mutualité sociale agricole leurs observations accompagnées de la réponse éventuelle de l'intéressé.

Art. L. 725-3. – Les caisses de mutualité sociale agricole sont chargées du recouvrement des cotisations et des majorations et pénalités de retard dues au titre des régimes de protection sociale agricole dont elles assurent l'application.

Indépendamment de la procédure contentieuse prévue aux articles L. 142-1 à L. 144-2 du code de la sécurité sociale et de l'action en constitution de partie civile prévue aux articles 418 et 536 du code de procédure pénale, les caisses de mutualité sociale agricole peuvent, après avoir mis en demeure les redevables de régulariser leur situation, recouvrer les cotisations et éventuellement les pénalités dues en utilisant l'une ou plusieurs des procédures suivantes :

1° La contrainte qui comporte, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, dans des délais et selon des conditions fixées par décret, tous les effets d'un jugement et qui confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire ;

2° L'état exécutoire signé par le préfet dans le cadre d'une procédure sommaire dont le recouvrement est effectué comme en matière de contributions directes.

Art. L. 725-7. – I. – Sauf le cas de fraude ou de fausse déclaration, les cotisations dues au titre des régimes de protection sociale agricole mentionnés au présent livre, et les pénalités de retard y afférentes, se prescrivent par trois ans à compter de l'expiration de

Texte du projet de loi

2° Le troisième alinéa de l'article L. 725-3 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le délai de prescription de l'action en exécution de la contrainte non contestée et devenue définitive est celui mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 244-9 du code de la sécurité sociale. » ;

3° L'article L. 725-7 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du I, les mots : « Sauf cas de fraude ou de fausse déclaration, » sont supprimés ;

b) La dernière phrase du I de l'article L. 725-7 est remplacée par deux

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

l'année civile au titre de laquelle elles sont dues. Les actions résultant de l'application de l'article L. 725-3 se prescrivent par cinq ans à compter de la mise en demeure.

II. – La demande de remboursement des cotisations mentionnées au I se prescrit par trois ans à compter de la date à laquelle lesdites cotisations ont été acquittées.

Lorsque l'obligation de remboursement desdites cotisations naît d'une décision juridictionnelle qui révèle la non-conformité de la règle de droit dont il a été fait application à une règle de droit supérieure, la demande de remboursement ne peut porter que sur la période postérieure au 1er janvier de la troisième année précédant celle où la décision révélant la non-conformité est intervenue.

En cas de remboursement, les caisses de mutualité sociale agricole sont en droit de demander le reversement des prestations servies à l'assuré ; ladite demande doit être faite dans un délai maximum de trois ans à compter du remboursement desdites cotisations.

Toutefois, lorsque la demande de remboursement des cotisations indûment versées n'a pas été formulée dans le délai de trois ans prévu au premier alinéa du présent II, le bénéfice des prestations servies, ainsi que les droits à l'assurance vieillesse restent acquis à l'assuré, sauf cas de fraude ou de fausse déclaration.

III. – Les délais de prescription prévus aux articles L. 160-11 et L. 355-3 du code de la sécurité sociale sont applicables aux actions intentées par les organismes payeurs des régimes de protection sociale agricole en recouvrement des prestations indûment payées.

Texte du projet de loi

phrases ainsi rédigées : « Le délai de prescription de l'action civile en recouvrement résultant de l'application de l'article L. 725-3 est celui mentionné à l'article L. 244-8-1 du code de la sécurité sociale. Il court à compter de l'expiration du délai d'un mois imparti par la mise en demeure. » ;

Propositions de la Commission

4° L'article L. 725-12 est
remplacé par les dispositions suivantes :

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 725-12. –
L'article L. 652-3 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole.

« *Art. L. 725-12.* – I. – En cas de fraude ou de fausse de déclaration, les délais mentionnés au I de l'article L. 725-7 et au 1° de l'article L. 725-3 sont portés de trois à cinq ans.

« II. – Dans le cas d'un contrôle mentionné aux articles L. 724-7 et L. 724-11, le délai de prescription des cotisations, contributions, pénalités et majorations de retard est suspendu pendant la période contradictoire mentionnée au quatrième alinéa de l'article L. 724-11. »

III. – Le chapitre I^{er} du titre VII du livre II de la huitième partie du code du travail est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 8271-6-3, il est inséré un article L. 8271-6-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 8271-6-4.* – Les agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 communiquent leurs procès-verbaux relevant une des infractions constitutives de travail illégal mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 8211-1 aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime, qui procèdent à la mise en recouvrement des cotisations et contributions qui leur sont dues sur la base des informations contenues dans lesdits procès-verbaux. » ;

2° L'article L. 8271-8-1 est abrogé.

Code du travail

Huitième partie
Contrôle de l'application de la législation du travail
Livre II
Lutte contre le travail illégal
Titre VII
Contrôle du travail illégal
Chapitre I^{er}
Compétence des agents

Art. L. 8271-8-1. – Les agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 communiquent leurs procès-verbaux de travail dissimulé aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 723-3

Textes en vigueur

du code rural et de la pêche maritime, qui procèdent à la mise en recouvrement des cotisations et contributions qui leur sont dues sur la base des informations contenues dans lesdits procès-verbaux.

Texte du projet de loi

IV. – Sous réserve des alinéas suivants, le présent article s'applique aux contrôles engagés à compter du 1^{er} janvier 2017.

Les 8°, 11° à l'exception des troisième, quatrième et cinquième alinéas, 12°, 13° et 14° du I et le II du présent article 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^{er} janvier 2017.

Les dispositions des quatrième et cinquième alinéas du 11° du I du présent article s'appliquent aux majorations de retard et pénalités dues à compter du 1^{er} janvier 2017.

Propositions de la Commission

Code de la sécurité sociale

Livre I^{er}
Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base
Titre I^{er}
Généralités
Chapitre 4 *ter*
Contrôle et lutte contre la fraude

Article 15

I. – Le chapitre IV *ter* du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par un article ainsi rédigé :

« 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 disposition des agents de contrôle mentionnés à L. 8271-1-2 du code du travail, sur le lieu d'exécution du travail et chez la personne mentionnée à l'article L. 8222-1 du même code, 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.

Article 15

(Sans modification)

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« Le défaut de production de ce document, lors du contrôle, par le travailleur, l'employeur ou la personne mentionnée à l'article L. 8222-1 du code du travail, entraîne l'application d'une pénalité.

« La pénalité mentionnée à l'alinéa précédent est fixée pour chaque salarié 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 du jour de la notification de la pénalité concernant un précédent manquement.

« La pénalité est due par la personne mentionnée à l'article L. 8222-1 du code du travail.

« 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 le délai de deux mois suivant le contrôle, du formulaire délivré à la suite de cette demande.

« 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. »

II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} avril 2017.

CHAPITRE III

Dispositions contribuant au financement de l'assurance-maladie

Article 16

Le chapitre VII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par une section 12 ainsi rédigée :

« Section 12

CHAPITRE III

Dispositions contribuant au financement de l'assurance-maladie

Article 16

(Sans modification)

Titre III
Dispositions communes relatives au
financement
Chapitre VII
Recettes diverses

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« 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 code général des impôts.

« 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, déduction faite de la remise consentie par le redevable aux débiteurs en application du 3° du I de l'article 570 du code général des impôts et du droit de consommation prévu par l'article 575 ou 575 E du même code, réalisé en France métropolitaine et en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à Mayotte et à La Réunion.

« *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 à l'article 287 du code général des impôts 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 code général des impôts 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

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Code général des impôts

Art. 575 A. – Pour les différents groupes de produits mentionnés à l'article 575, le taux proportionnel et la part spécifique pour mille unités ou mille grammes sont fixés conformément au tableau ci-après :

Groupe de produits	Taux proportionnel (en %)	Part spécifique (en euros)
Cigarettes	49,7	48,75
Cigares et cigarillos	23	19
Tabacs fine coupe destinées à rouler les cigarettes	32	67,50
Autres tabac à fumer	45	17
Tabacs à priser	50	0
Tabacs à mâcher	35	0

Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 210 € pour mille cigarettes et à 92 € pour mille cigares ou cigarillos.

Il est fixé par kilogramme à 143 € pour les tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes et à 70 € pour les autres tabacs à fumer.

cette période mentionnée au 3 de l'article 287 du même 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. »

Article 17

I. – L'article 575 A du code général des impôts est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. 575 A.* – Pour les différents groupes de produits mentionnés à l'article 575, le taux proportionnel et la part spécifique pour mille unités ou mille grammes sont fixés conformément au tableau ci-après :

Cf. Annexe 1

« Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 210 euros pour mille cigarettes et à 92 euros pour mille cigares ou cigarillos.

« Il est fixé par kilogramme à 167 euros pour les tabacs fine coupe destinés à rouler des cigarettes et à 70 euros pour les autres tabacs à fumer. »

II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2017, sous réserve des dispositions de l'alinéa suivant :

Entre le 1^{er} janvier et le

Article 17

(Sans modification)

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Code général des impôts

Art. 575 E bis. – I. – Les tabacs manufacturés vendus au détail ou importés dans les départements de Corse sont soumis à un droit de consommation.

Ce droit de consommation, par dérogation aux taux mentionnés à l'article 575 A et dans la limite d'un contingent de 1 200 tonnes par an pour les cigarettes, est déterminé conformément aux deuxième à sixième alinéas de l'article 575.

Pour les différents groupes de produits, la part spécifique pour mille unités ou mille grammes ainsi que le taux proportionnel applicables dans les départements de Corse sont fixés conformément au tableau ci-après :

GROUPE DE PRODUITS	TAUX PROPORTIONNEL (en %)	PART SPÉCIFIQUE (en euros)
Cigarettes	40	25
Cigares et cigarillos	10	18,5
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	15	22,5
Autres tabacs à fumer	25	0
Tabacs à priser	20	0
Tabacs à mâcher	15	0

(...)

31 décembre 2017 et par dérogation au quatrième alinéa de l'article 575 A du code général des impôts dans sa rédaction résultant du présent article, le minimum de perception mentionné à l'article 575 du même code est fixé par kilogramme à 161 euros pour les tabacs fine coupe destinés à rouler des cigarettes.

Article 17 bis (nouveau)

Les deux dernières colonnes de la deuxième ligne du tableau du dernier alinéa du I de l'article 575 E bis du code général des impôts sont ainsi rédigées :

49,7	48,75
------	-------

Amendement AS246

Article 17 ter (nouveau)

Les deux dernières colonnes de la quatrième ligne du tableau du dernier alinéa du I de l'article 575 E bis du code général des impôts sont ainsi rédigées :

37,7	67,5
------	------

Amendement AS247

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p align="center">Code de la sécurité sociale</p>		
<p>Art. L. 245-9. – Le montant de la cotisation est fixé à :</p>		<p align="center">Article 17 <i>quater</i> (nouveau)</p>
<p>1° 555,68 € par hectolitre d'alcool pur pour les boissons définies au b du I de l'article 401 du code général des impôts ;</p>		<p align="center"><u>Au 1° de l'article L. 245-9 du code de la sécurité sociale, le montant : « 557,90 € » est remplacé par le montant : « 561,90 € ».</u></p>
<p align="center">(...)</p>		
<p align="center">Code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article 18</p>	<p align="center">Article 18</p>
	<p>I. – A. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p>I. – A. – (Alinéa sans modification)</p>
	<p>1° L'article L. 138-10 est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	<p>1° (Alinéa sans modification)</p>
<p>Art. L. 138-10. – Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours de l'année civile au titre des médicaments mentionnés au deuxième alinéa du présent article par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 du présent code et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1, a 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 au même chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-13, L. 138-19-4, L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 et des contributions prévues au présent article et à l'article L. 138-19-1, ces entreprises sont assujetties à une contribution.</p>	<p>« Art. L. 138-10. – I. – Lorsque les chiffres d'affaires hors taxes réalisés en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et Saint-Martin, au cours de l'année civile au titre des médicaments mentionnés au deuxième alinéa du présent article par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 du présent code et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1, 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 aux articles L. 138-13, L. 138-19-4, L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 et des contributions prévues au présent article et à l'article L. 138-19-1, ces entreprises sont assujetties à des contributions liées à chacun de ces taux d'évolution.</p>	<p>« Art. L. 138-10. – I. – Lorsque les chiffres d'affaires hors taxes réalisés en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et Saint-Martin, au cours de l'année civile au titre des médicaments mentionnés au deuxième alinéa du présent article par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 du présent code et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1, 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 aux articles L. 138-13, L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 et des contributions prévues au présent article et à l'article L. 138-19-1, ces entreprises sont assujetties à des contributions liées à chacun de ces taux d'évolution.</p>
<p>Les médicaments pris en compte</p>	<p>« II. – Les médicaments pris en</p>	<p align="center">Amendement AS463</p> <p>« II et III. – (Sans modification)</p>

Textes en vigueur

pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au premier alinéa du présent article sont 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, ceux bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code et ceux pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code. Ne sont toutefois pas pris en compte :

1° 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, pour lesquels le chiffre d'affaires, hors taxes, n'excède pas 30 millions d'euros ;

2° Les spécialités génériques définies au a du 5° 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 d'un tarif fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique.

Texte du projet de loi

compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au I du présent article sont :

« 1° S'agissant du taux Lv, ceux inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 ;

« 2° 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.

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« Ne sont toutefois pas pris en compte :

« – 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, pour lesquels le chiffre d'affaires total, hors taxes, n'excède pas 30 millions d'euros ;

« – les spécialités génériques définies au a du 5° 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 d'un tarif fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique.

« III. – Les remises mentionnées aux articles L. 138-13 et L. 162-16-5-1 du présent code, ainsi que les contributions prévues au présent article s'imputent respectivement 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 autres remises et contributions mentionnées au I sont réparties au prorata des montants remboursés pour ce médicament par l'assurance maladie obligatoire. » ;

2° Le premier alinéa de l'article L. 138-11 est remplacé par les dispositions suivantes :

« L'assiette de chaque contribution définie à l'article L. 138-10 est égale au chiffre d'affaires respectif de l'année civile mentionné au I du même article, minoré des remises

Art. L. 138-11. – L'assiette de la contribution est égale au chiffre d'affaires de l'année civile mentionné au premier alinéa de l'article L. 138-10, minoré des remises mentionnées aux

2° à 6° (*Sans modification*)

Textes en vigueur

articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1.

Pour les médicaments bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code et dont le prix ou tarif de remboursement n'a pas encore été fixé, au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6, un montant prévisionnel de la remise due en application de l'article L. 162-16-5-1 est calculé pour la détermination de l'assiette de la contribution. Ce montant prévisionnel est égal au nombre d'unités déclarées sur l'année considérée par l'entreprise concernée au Comité économique des produits de santé en application du deuxième alinéa du même article L. 162-16-5-1, multiplié par un montant correspondant à 30 % de l'indemnité maximale déclarée en application du premier alinéa dudit article.

Art. L. 138-12. – Le montant total de la contribution est calculé comme suit :

Taux d'accroissement du chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables (T)	Taux de contribution (exprimé en % de la part du chiffre d'affaires concernée)
T supérieur à L et inférieur ou égal à +0,5 point	50 %
T supérieur à L +0,5 point et inférieur ou égal à L +1 point	60 %
T supérieur à L + 1 point	70 %

Texte du projet de loi

mentionnées aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1. » ;

3° L'article L. 138-12 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le montant total de chaque contribution est calculé comme suit, en prenant comme taux L mentionné dans le tableau ci-dessous soit le taux L_v s'agissant du chiffre d'affaires des médicaments mentionnés au 1° du II de l'article L. 138-10, soit le taux L_h s'agissant du chiffre d'affaires des médicaments mentionnés au 2° du II du même article : »

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

La contribution due par chaque entreprise redevable est déterminée, à concurrence de 50 %, au prorata de son chiffre d'affaires calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-11 et, à concurrence de 50 %, en fonction de la progression de son chiffre d'affaires défini à l'article L. 138-10. Elle est minorée, le cas échéant, des remises versées au titre de l'article L. 138-13. Les entreprises créées depuis moins d'un an ne sont pas redevables de la part de la contribution répartie en fonction de la progression du chiffre d'affaires, sauf si la création résulte d'une scission ou d'une fusion d'une entreprise ou d'un groupe.

Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 10 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au cours de l'année civile considérée, au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique.

Art. L. 138-13. – Les entreprises redevables de la contribution qui, en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5 et L. 162-16-6, ont conclu avec le Comité économique des produits de santé, pour au moins 90 % de leur chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année civile au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 qu'elles exploitent, une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 peuvent signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, un accord prévoyant le versement, sous forme de remise, à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de tout ou partie du montant dû au titre de la

Texte du projet de loi

b) À la première phrase du troisième alinéa, les mots : « La contribution » sont remplacés par les mots : « Chaque contribution » et après la première occurrence des mots : « chiffre d'affaires », il est inséré le mot : « respectif » ;

c) Au dernier alinéa, les mots : « Le montant total de la contribution due » sont remplacés par les mots : « Le montant total 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 Saint-Martin » ;

4° Aux articles L. 138-13 et L. 138-14, les mots : « la contribution » sont remplacés, à chaque occurrence, par les mots : « chaque contribution » ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

contribution. Les entreprises exploitant les médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent également signer avec le comité un accord prévoyant le versement d'une remise.

Les entreprises signataires d'un accord mentionné au premier alinéa du présent article sont exonérées de la contribution si la somme des remises versées en application de ces accords est supérieure à 80 % du total des montants dont elles sont redevables au titre de la contribution. À défaut, une entreprise signataire d'un tel accord est exonérée de la contribution si la remise qu'elle verse en application de l'accord est supérieure ou égale à 80 % du montant dont elle est redevable au titre de la contribution.

Art. L. 138-14. – En cas de scission ou de fusion d'une entreprise, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.

Art. L. 138-15. – La contribution due par chaque entreprise redevable fait l'objet d'un versement au plus tard le 1^{er} juillet suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

La fixation du prix ou du tarif des médicaments concernés par les remises dues en application de l'article L. 162-16-5-1 entraîne une régularisation du montant total et de la répartition entre les entreprises redevables de la contribution due au titre de l'année précédant la fixation de ce prix ou de ce tarif. Cette régularisation s'impute sur la

Texte du projet de loi

5° L'article L. 138-15 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

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

b) Au deuxième alinéa, après chaque occurrence des mots : « la contribution », sont insérés les mots : « , liée au taux d'évolution Lh mentionné à l'article L. 138-10, » ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

contribution due au titre de l'année au cours de laquelle le prix ou le tarif de ces médicaments a été fixé.

Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 1^{er} avril de l'année suivante.

Art. L. 138-16. – Le produit de la contribution et des remises mentionnées à l'article L. 138-13 est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Art. L. 138-19-1. – Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au cours de l'année civile, au titre des médicaments destinés au traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-17-5 et L. 162-18, est supérieur à un montant W déterminé par la loi et s'est accru de plus de 10 % par rapport au même chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1, L. 162-17-5 et L. 162-18 et de la contribution prévue au présent article, les entreprises titulaires des droits d'exploitation de ces médicaments sont assujetties à une contribution.

La liste des médicaments mentionnés au premier alinéa du présent

Texte du projet de loi

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

6° À l'article L. 138-16, les mots : « de la contribution » sont remplacés par les mots : « des contributions ».

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

1° À l'article L. 138-19-1, la référence : « L. 138-19-4 » est supprimée 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 Saint-Martin, » ;

Propositions de la Commission

B. – (*Sans modification*)

II. – (*Sans modification*)

Textes en vigueur

article est établie et publiée par la Haute Autorité de santé. Le cas échéant, cette liste est actualisée après chaque autorisation de mise sur le marché ou autorisation temporaire d'utilisation de médicaments qui en relèvent.

Art. L. 138-19-3. – Le montant total de la contribution est calculé comme suit :

Montant du chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables (S)	Taux de la contribution (exprimé en % de la part du chiffre d'affaires concernée)
S supérieur à W et inférieur ou égal à W + 10%	50 %
S supérieur à W +10 % et inférieur ou égal à W +20 %	60 %
S supérieur à W + 20 %	70 %

La contribution due par chaque entreprise redevable est déterminée au prorata de son chiffre d'affaires calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-19-2. Elle est minorée, le cas échéant, des remises versées au titre de l'article L. 138-19-4.

Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 15 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au cours de l'année civile considérée, au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique.

Le montant cumulé des contributions mentionnées aux articles L. 138-10 et L. 138-19-1 du présent code dues par chaque entreprise redevable ne peut excéder 15 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au cours de l'année civile considérée, au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique. L'excédent éventuel s'impute sur la contribution mentionnée à l'article L. 138-10 du présent code.

Art. L. 138-19-4. – Les entreprises redevables de la contribution qui, en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

2° La seconde phrase du troisième alinéa de l'article L. 138-19-3 est supprimée ;

3° L'article L. 138-19-4 est abrogé ;

Textes en vigueur

et L. 162-16-6, ont conclu avec le Comité économique des produits de santé, pour l'ensemble des médicaments de la liste mentionnée au second alinéa de l'article L. 138-19-1 qu'elles exploitent, une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 peuvent signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, un accord prévoyant le versement sous forme de remise, à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de tout ou partie du montant dû au titre de la contribution. Les entreprises exploitant les médicaments de la liste précitée bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent également signer avec le comité un accord prévoyant le versement de remises.

Une entreprise signataire d'un accord mentionné au premier alinéa du présent article est exonérée de la contribution si la remise qu'elle verse en application de cet accord est supérieure ou égale à 90 % du montant dont elle est redevable au titre de la contribution.

Art. L. 138-19-7. – Le produit de la contribution et des remises mentionnées à l'article L. 138-19-4 est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Texte du projet de loi

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

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

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

l'année 2017.

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

Article 19

I. – Il est institué une participation à la prise en charge des modes de rémunération mentionnés au 13° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale due par les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 du même code. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

La participation est due par chaque organisme, mentionné au premier alinéa, en activité au 31 décembre de l'année au titre de laquelle elle est perçue. Elle est égale au produit d'un forfait annuel de 5 euros par le nombre de bénéficiaires de la prise en charge des frais de santé prévue à l'article L. 160-1 du même code et d'ayants droit âgés de seize ans ou plus, couverts par l'organisme, à l'exclusion des bénéficiaires de la couverture complémentaire mentionnée à l'article L. 861-1 du même code, au 31 décembre de l'année précédant celle au titre de laquelle elle est perçue et pour lesquels l'organisme a pris en charge, au cours de cette même année, au moins une fois, en tout ou partie, la participation de l'assuré due au titre d'une consultation ou d'une visite du médecin traitant au sens de l'article L. 162-5-3 du même code.

II. – La participation est recouvrée par l'organisme désigné pour le recouvrement de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, concomitamment au recouvrement de cette même taxe, sous réserve d'aménagements prévus, le cas échéant, par décret en Conseil d'État. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions prévues pour ladite taxe

III. – La participation

Article 19

(Sans modification)

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

mentionnée au I est due pour l'année 2017.

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

Article 20

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

Art. L. 131-7. – Toute mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale, instituée à compter de la date d'entrée en vigueur de la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, donne lieu à compensation intégrale aux régimes concernés par le budget de l'État pendant toute la durée de son application.

Cette compensation s'effectue sans préjudice des compensations appliquées à la date d'entrée en vigueur de ladite loi.

La règle définie au premier alinéa s'applique également :

1° À toute mesure de réduction ou d'exonération de contribution affectée aux régimes susmentionnés, aux organismes concourant à leur financement ou à l'amortissement de leur endettement et instituée à compter de la publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ;

2° À toute mesure de réduction ou d'abattement de l'assiette de ces cotisations et contributions instituée à compter de la publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 précitée.

À compter de la date de publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 précitée, tout transfert de charges opéré entre l'État et les régimes et organismes mentionnés au 1° donne lieu à compensation intégrale entre lesdits régimes ou organismes et le budget de l'État.

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

Article 20

(Sans modification)

Textes en vigueur

Le premier alinéa du présent article n'est pas applicable à l'exonération prévue au deuxième alinéa de l'article L. 242-1, aux réductions et aux exonérations prévues aux articles L. 241-6-1, L. 241-6-4 et L. 241-13 et au second alinéa de l'article L. 242-11, ainsi qu'à la réduction de la contribution mentionnée au premier alinéa de l'article L. 651-1 résultant de l'abattement d'assiette prévu à l'article L. 651-3, dans leur rédaction résultant de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

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

1° Le produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code, est versé :

– à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 61,1 % ;

– à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 19,2 % ;

– à la branche mentionnée au 1° du même article, pour une fraction correspondant à 17,2 % ;

– au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour une fraction correspondant à 2,5 % ;

2° Le produit de la taxe mentionnée à l'article 1010 du code général des impôts est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 du présent code ;

Texte du projet de loi

1° 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 » ;

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

a) Le 1° est ainsi modifié :

– au deuxième alinéa, le taux : « 61,1 % » est remplacé par le taux : « 38,48 % » ;

– au troisième alinéa, le taux : « 19,2 % » est remplacé par le taux : « 38,65 % » ;

– au quatrième alinéa, le taux : « 17,2 % » est remplacé par le taux : « 22,87 % » ;

– le cinquième alinéa est supprimé ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

3° (Abrogé) ;

4° La fraction du produit de la taxe mentionnée au b de l'article 1001 du code général des impôts est affectée à la Caisse nationale des allocations familiales ;

5° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-14, L. 137-18 et L. 137-19 et au deuxième alinéa de l'article L. 137-24 est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ;

6° Le produit du droit de licence sur la rémunération des débitants de tabacs mentionné à l'article 568 du code général des impôts est versé à la branche mentionnée au même 1°

7° Le produit du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts est versé :

a) À la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 57,28 % ;

b) À la branche mentionnée au 4° du même article L. 200-2, pour une fraction correspondant à 9,19 % ;

c) À la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime, pour une fraction correspondant à 17,6 % ;

d) Au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire mentionné à l'article L. 732-56 du même code, pour une fraction correspondant à 1,89 % ;

e) À la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du même code, pour une fraction correspondant à 7,99 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget ;

f) À l'Établissement national des

Texte du projet de loi

b) Le 7° est ainsi modifié :

– au deuxième alinéa, le taux : « 57,28 % » est remplacé par le taux : « 99,75 % » ;

– les b, c, d, e, f, g, h et i sont abrogés ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

invalides de la marine, à la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires et à la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines, pour une fraction correspondant à 0,38 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ;

g) Au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante institué au III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998), pour une fraction correspondant à 0,31 % ;

h) Au fonds mentionné à l'article L. 862-1 du présent code, pour une fraction correspondant à 3,15 % ;

i) À la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour une fraction correspondant à 1,96 % ;

j) Au régime d'allocations viagères des gérants de débits de tabac, pour une fraction correspondant à 0,25 %.

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir entre leurs affectataires le produit des taxes et des impôts mentionnés au présent article. La répartition entre les affectataires est effectuée en appliquant les fractions définies au présent article pour leur valeur en vigueur à la date du fait générateur de ces taxes et impôts.

Art. L. 135-2. – Les dépenses prises en charge par le Fonds de solidarité vieillesse sont retracées dans trois sections distinctes.

I. – La première section retrace :

1° Le financement des allocations mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 643-1, au chapitre

Texte du projet de loi

– le *j* devient *b* ;

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

a) Les deux premiers alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dépenses prises en charge par le Fonds de solidarité vieillesse comprennent : » ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

V du titre Ier du livre VIII et à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ;

2° Les sommes représentatives de la prise en compte par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, dans la durée d'assurance :

a) Des périodes mentionnées aux 1°, 3° et 8° de l'article L. 351-3 ;

b) Des périodes pendant lesquelles les assurés ont bénéficié des allocations mentionnées aux articles L. 1233-68, L. 5422-1, L. 5423-1, L. 5423-7 et L. 5423-8 du code du travail, des allocations spéciales mentionnées au 2° de l'article L. 5123-2 du même code et de la rémunération mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 1233-72 dudit code ;

c) Des périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié, en cas d'absence complète d'activité, d'un revenu de remplacement de la part de son entreprise en application d'un accord professionnel national mentionné à l'article L. 5123-6 du code du travail ;

3° Les sommes correspondant à la prise en compte par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales des réductions de la durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes, définies à l'article L. 351-7-1 du présent code ;

4° Les dépenses mentionnées au I de l'article 49 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale ;

5° Les sommes représentatives de la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base des périodes de volontariat du service national de leurs assurés ;

6° Les dépenses attachées au

Textes en vigueur

service de l'allocation spéciale pour les personnes âgées prévue à l'article 28 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte et, selon des modalités de calcul fixées par décret, les sommes représentatives de la prise en compte au titre de la durée d'assurance, par le régime de retraite de base obligatoire de sécurité sociale mentionné à l'article 5 de cette ordonnance, des périodes définies à l'article 8 de ladite ordonnance ;

7° Les sommes représentatives de la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base, dans le salaire de base mentionné à l'article L. 351-1, des indemnités journalières mentionnées au même article ;

8° Les sommes correspondant à la prise en charge mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6243-3 du code du travail ;

9° Le remboursement à la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon des dépenses correspondant à l'application au régime d'assurance vieillesse de cette collectivité, dans les conditions prévues par la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, des avantages non contributifs mentionnés aux 1° à 5°, 7° et 8° du présent I ;

10° Le financement d'avantages non contributifs instaurés au bénéfice des retraités de l'ensemble des régimes, lorsque les dispositions les instituant le prévoient.

Les sommes mentionnées aux 2°, 5° et 7° sont calculées sur une base forfaitaire, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

II. – La deuxième section retrace :

1° La prise en charge d'une fraction, fixée par décret, qui ne peut être inférieure à 50 %, des sommes

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

b) Le II, le III et le IV sont abrogés ;

Textes en vigueur

correspondant au service par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales de la majoration mentionnée à l'article L. 351-10 ;

2° La prise en charge des sommes correspondant au service par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales des majorations de pensions pour conjoint à charge.

III. – La troisième section retrace le montant, fixé par décret, des versements au régime général, au régime des salariés agricoles et aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales au titre des dépenses que ces régimes engagent pour les dispositifs prévus aux III et IV de l'article 20 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.

IV. – Les frais de gestion administrative du fonds sont répartis entre chacune des sections, dans des conditions fixées par décret.

Art. L. 135-3. – I. – Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées au I de l'article L. 135-2 sont constituées par :

1° Une fraction, fixée au IV bis de l'article L. 136-8, du produit des contributions mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 ;

2° Une fraction, fixée à l'article L. 245-16, du produit des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 ;

3° Le produit du prélèvement mentionné à l'article 1600-0 S du code général des impôts.

II. – Les recettes du fonds

Texte du projet de loi

4° L'article L. 135-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence : « I » est supprimée ;

b) Le II et le III sont abrogés ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

affectées au financement des dépenses mentionnées au II de l'article L. 135-2 du présent code sont constituées par :

1° Une fraction, fixée au 1° de l'article L. 131-8 du présent code, du produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts ;

2° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-11 et L. 137-11-1 du présent code ;

3° 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 années ;

4° Les sommes versées par les employeurs au titre de l'article L. 2242-5-1 du code du travail ;

5° 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 ;

6° 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 ;

7° 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

Textes en vigueur

attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques.

III. – Sont retracés au sein de la troisième section du fonds les recettes qui ont été mises en réserve pour le financement des dépenses mentionnées au III de l'article L. 135-2 ainsi que les produits financiers résultant du placement des disponibilités excédant les besoins de trésorerie de cette section.

Les excédents constatés chaque année au titre de cette section donnent lieu à report automatique sur les exercices suivants.

Art. L. 136-8. – I. – Le taux des contributions sociales est fixé :

(...)

IV. – Le produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° du I et aux II et III est versé :

1° À la Caisse nationale des allocations familiales pour la part correspondant à un taux de 0,85 % ;

2° Abrogé ;

3° Abrogé ;

4° Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, dans des conditions fixées par décret et en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime, pour la part correspondant à un taux :

(...)

Art. L. 223-1. – La caisse nationale des allocations familiales a

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

5° Le premier alinéa du 4° du IV de l'article L. 136-8 est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« 4° 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 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 : » ;

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

pour rôle :

1°) D'assurer le financement de l'ensemble des régimes de prestations familiales ;

(...)

5°) De rembourser les sommes correspondant au service par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales des majorations de pensions accordées en fonction du nombre d'enfants ;

(...)

Art. L. 241-2. – I. – La
couverture des dépenses afférentes à la prise en charge des frais de santé mentionnés à l'article L. 160-1, des prestations mentionnées aux titres II à IV et VI du livre III, des frais de gestion et des autres charges de la branche maladie est assurée par les cotisations, contributions et autres ressources mentionnées aux II à IV du présent article centralisées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, qui assure l'enregistrement de l'ensemble de ces opérations.

(...)

IV. – Les cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont à la charge des employeurs et des travailleurs salariés et personnes assimilées ainsi que des titulaires des avantages de retraite et des allocations et revenus de remplacement mentionnés aux 1° et 2° du présent article.

Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont en outre constituées par :

1° Le produit des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8, dans les conditions fixées par ce même article ;

2° Le remboursement par la Caisse nationale des allocations

6° Au 5° de l'article L. 223-1, après les mots : « le régime des salariés agricoles » sont insérés les mots : «, le régime des exploitants agricoles » ;

Textes en vigueur

familiales des indemnités versées en application des articles L. 331-8 et L. 722-8-3 ;

3° Une fraction égale à 7,19 % du produit de la taxe sur la valeur ajoutée brute budgétaire, déduction faite des remboursements et restitutions effectués pour l'année en cours par les comptables assignataires ;

4° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 245-13 et L. 651-1, fixée à l'article L. 651-2-1 ;

Art. L. 241-3. – La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est, indépendamment des contributions de l'État prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur, assurée par une contribution du fonds institué par l'article L. 131-1 dans les conditions fixées par l'article L. 135-2, par une contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4, par les contributions prévues aux articles L. 137-10, L. 137-12 et L. 137-15, par une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 245-13 et L. 651-1, fixée à l'article L. 651-2-1 et par des cotisations assises sur les rémunérations ou gains perçus par les travailleurs salariés ou assimilés, dans la limite d'un plafond fixé à intervalles qui ne peuvent être inférieurs au semestre ni supérieurs à l'année et en fonction de l'évolution générale des salaires dans des conditions prévues par décret. Le montant du plafond, calculé selon les règles fixées par ce décret, est arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Ces cotisations dont le taux est fixé par décret, sont pour partie à la charge de l'employeur et pour partie à la charge du salarié.

Texte du projet de loi

7° Le 4° du IV de l'article L. 241-2 est abrogé ;

8° L'article L. 241-3 est ainsi modifié :

a) Au 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 ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par des arrêtés ministériels pour certaines catégories de salariés ou assimilés.

La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est également assurée par des cotisations à la charge des employeurs et des salariés et assises sur la totalité des rémunérations ou gains perçus par les travailleurs salariés ou assimilés. Le taux de ces cotisations est fixé par décret.

Texte du projet de loi

b) Avant le dernier alinéa sont insérés sept alinéas ainsi rédigés :

« La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est également assurée par :

« 1° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-11 et L. 137-11-1 du présent code ;

« 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 années ;

« 3° Les sommes versées par les employeurs au titre de l'article L. 2242-5-1 du code du travail ;

« 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 ;

« 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

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Le recouvrement des cotisations mentionnées au présent article est assuré pour le compte de la caisse nationale d'assurance vieillesse par les unions de recouvrement. Le contrôle et le contentieux du recouvrement sont également exercés par ces unions.

Art. L. 245-16. – I. – Le taux des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 est fixé à 4,5 %.

II. – Le produit des prélèvements mentionnés au I est ainsi réparti :

– une part correspondant à un taux de 1,15 % à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;

– une part correspondant à un taux de 3,35 % au fonds mentionné à l'article L. 135-1.

Art. L. 413-6. – Les prestations accordées par application des articles L. 413-2 à L. 413-5 sont selon les cas, à la charge, soit de l'État employeur, soit du fonds commun des accidents du travail survenus dans la métropole. L'État ou le fonds commun sont subrogés dans les droits que la victime pourrait faire valoir contre les tiers responsables.

réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques ;

« 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. » ;

9° Au II de l'article L. 245-16, le taux : « 1,15 % » et le taux : « 3,35 % » sont respectivement remplacés par le taux : « 1,38 % » et le taux : « 3,12 % » ;

10° Le premier alinéa de l'article L. 413-6 est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Les prestations accordées par application des articles L. 413-2 à L. 413-5 sont selon les cas, à la charge, soit de l'État employeur, soit des caisses mentionnées à l'article L. 215-1 du présent code. L'État ou ces organismes sont subrogés dans les droits que la victime pourrait faire valoir contre les tiers responsables. » ;

Textes en vigueur

Si l'accident ou la maladie a donné lieu à réparation, les prestations sont réduites du montant de la rente correspondant à la réparation accordée, éventuellement revalorisé dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État.

Art. L. 413-10. – Les personnes de nationalité française résidant en France et qui, à la suite d'un accident du travail survenu ou d'une maladie professionnelle constatée avant le 1^{er} juillet 1962, sont titulaires, en application de la législation qui était en vigueur en Algérie, d'une rente ou de l'une des allocations et bonifications mentionnées respectivement aux articles 13, 14 et 26 de la loi n° 54-892 du 2 septembre 1954, reçoivent une allocation.

Cette allocation s'ajoute à la majoration de ces avantages qui leur est servie en vertu de la législation applicable en Algérie avant le 1^{er} juillet 1962 à due concurrence des avantages qui seraient dus par application des dispositions intervenues en France depuis le 30 juin 1962 ou à intervenir en exécution de la loi n° 54-892 du 2 septembre 1954 ou des articles L. 482-1 et suivants du présent code.

Elle est, selon le cas, à la charge soit de l'État employeur, soit 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.

Lorsque les personnes mentionnées au premier alinéa ci-dessus ne reçoivent pas les avantages auxquels elles peuvent prétendre en vertu de la législation applicable en Algérie avant le 1^{er} juillet 1962, de la part de l'un des fonds communs des accidents du travail non agricole et agricole survenus en Algérie, ces avantages leur sont servis, selon le cas, soit par le fonds commun

Texte du projet de loi

11° L'article L. 413-10 est ainsi modifié :

a) Au 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 à l'article L. 215-1 du présent code, soit des caisses mentionnées à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime » ;

b) Au quatrième alinéa, les mots : « le fonds commun prévu à l'article L. 437-1 du présent code, soit

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

prévu à l'article L. 437-1 du présent code, soit par le fonds commun prévu à l'article 1203 (1) du code rural.

par le fonds commun prévu à l'article 1203 (1) du code rural » sont remplacés par les mots : « les caisses mentionnées à l'article L. 215-1 du présent code, soit par les caisses mentionnées à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime » ;

12° L'article L. 413-11-2 est ainsi modifié :

Art. L. 413-11-2. – L'allocation est à la charge du fonds commun prévu à l'article L. 437-1 du présent code.

a) Au 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 à l'article L. 215-1 » ;

Dans la limite du montant de cette allocation, le fonds commun mentionné à l'article L. 437-1 est subrogé dans les droits du bénéficiaire à l'égard de tout débiteur de majorations de rente ou d'avantages de même nature.

b) Au deuxième alinéa, les mots : « le fonds commun mentionné à l'article L. 437-1 est subrogé » sont remplacés par les mots : « les caisses sont subrogées » ;

13° L'article L. 437-1 est ainsi modifié :

Art. L. 437-1. – La réparation des accidents régis par le présent livre est supportée intégralement par les caisses primaires d'assurance maladie sans donner lieu à intervention du fonds commun des accidents du travail survenus dans la métropole.

a) Au premier alinéa, les mots : « sans donner lieu à intervention du fonds commun des accidents du travail survenus dans la métropole » sont supprimés ;

La couverture des charges qui incombent au fonds commun susmentionné est assurée par la caisse nationale de l'assurance maladie avec le concours des employeurs autres que l'État, assumant directement en vertu de la législation antérieure au 13 mai 1960 la charge totale ou partielle de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles. La contribution de ces derniers est calculée et versée dans les conditions et suivant les modalités fixées par arrêté ministériel.

b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

Art. L. 635-1. – Toute personne relevant de l'une des organisations mentionnées aux 1° ou 2° de l'article L. 621-3, y compris lorsque l'adhésion s'effectue à titre volontaire

Textes en vigueur

ou en vertu du bénéfice d'une pension d'invalidité, bénéficie d'un régime de retraite complémentaire obligatoire auquel elle est d'office affiliée.

Le régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales assure au bénéfice des personnes affiliées l'acquisition et le versement d'une pension exprimée en points. Le montant annuel de la pension individuelle de droit direct servie par ces régimes est obtenu par le produit du nombre total de points porté au compte de l'intéressé par la valeur de service du point. La valeur de service du point peut être différenciée suivant la date d'acquisition des points et la date de prise d'effet de la pension, ainsi que pour les points attribués antérieurement à la création du régime ou convertis lors de sa transformation. Elle peut également, s'agissant des points issus de la conversion mentionnée au second alinéa du I de l'article 57 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, être différenciée suivant le régime d'affiliation antérieur.

La couverture des charges est assurée par des cotisations calculées et recouvrées dans les mêmes formes et conditions que les cotisations du régime de base.

Les cotisations dues par les travailleurs indépendants non agricoles ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8 sont calculées, dans la limite d'un plafond fixé par décret, sur la base de tranches de revenu d'activité déterminées par décret. Chaque tranche est affectée d'un taux de cotisation. Un décret peut prévoir, sous certaines conditions, que ces cotisations

Texte du projet de loi

14° Le deuxième alinéa de l'article L. 635-1 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « 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. » ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

ne peuvent être inférieures à un montant qu'il fixe.

L'équilibre financier du régime est assuré par ses seules ressources. Un décret détermine les règles de pilotage du régime, et notamment les conditions dans lesquelles le conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants formule à échéance régulière, au ministre chargé de la sécurité sociale, des règles d'évolution des paramètres permettant de respecter des critères de solvabilité.

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 :

1° À la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, pour une fraction correspondant à 27,3 % ;

2° À la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, pour une fraction correspondant à 41,7 % ;

3° Abrogé ;

4° À la branche des assurances invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles, pour une fraction correspondant à 31 %.

La répartition de la contribution peut faire l'objet d'acomptes provisionnels.

Art. L. 862-4. – I. – (...)

Texte du projet de loi

15° L'article L. 651-2-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *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. » ;

16° Le IV de l'article L. 862-4 est remplacé par les dispositions suivantes :

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

(...)

IV. – Le produit de la taxe perçue au titre des contrats mentionnés au II et au 2° du II bis, 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, par parts égales, à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et à la Caisse nationale des allocations familiales.

V. – Les déclarations et versements afférents à cette taxe sont effectués par voie dématérialisée, dans des conditions fixées par décret.

La méconnaissance de l'obligation de déclaration ou de versement par voie dématérialisée prévue au premier alinéa du présent V entraîne l'application d'une majoration, fixée par décret, dans la limite de 0,2 % de la taxe dont la déclaration ou le versement n'a pas été effectué par voie dématérialisée. Ces majorations sont versées à l'organisme chargé du recouvrement de cette taxe dont le redevable relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à cette taxe.

Code rural et de la pêche maritime

Art. L. 731-2. – Le financement des assurances maladie, invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles est assuré par :

1° Les cotisations dues par les assujettis ;

(...)

5° Une fraction égale à 57,8 % du produit du droit de consommation sur les alcools mentionné à l'article 403 du même code ;

6° et 7° (Abrogés)

8° Une fraction, fixée à l'article L. 131-8 du code de la sécurité

Texte du projet de loi

« IV. – Le produit de la taxe perçue au titre des contrats mentionnés au II et au 2° du II *bis*, 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 % . »

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

1° L'article L. 731-2 est ainsi modifié :

a) Au 5°, le taux : « 57,8 % » et remplacé par le taux : « 56,50 % » ;

b) Les 8°, 9° et 10° sont abrogés ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

sociale, du produit du droit de consommation mentionné à l'article 575 du code général des impôts ;

9° Le produit des taxes mentionnées aux articles 1609 *vicies* et 1618 *septies* du code général des impôts ;

10° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 245-13 et L. 651-1 du code de la sécurité sociale, fixée à l'article L. 651-2-1 du même code ;

(...)

Art. L. 731-3. – Le financement de l'assurance vieillesse et veuvage du régime de protection sociale des non-salariés agricoles est assuré par :

1° Les cotisations dues par les assujettis ;

(...)

3° Une fraction égale à 42,2 % du produit des droits de consommation sur les alcools mentionnés au I de l'article 403 du code général des impôts ;

(...)

6° La contribution du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code, dans les conditions prévues par l'article L. 135-2 de ce code ;

(...)

Art. L. 732-58. – Le régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire est financé :

– par le produit des cotisations dues, au titre de ce régime, par les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole pour leurs propres droits et, le cas échéant, pour les droits des bénéficiaires mentionnés au IV de l'article L. 732-56 ;

2° L'article L. 731-3 est ainsi modifié :

a) Au 3°, le taux : « 42,2 % » est remplacé par le taux : « 39,25 % » ;

b) Après le 6°, il est inséré un 6° bis ainsi rédigé :

« 6° bis Le produit de la taxe mentionnée à l'article 1618 *septies* du code général des impôts » ;

3° Le troisième alinéa de l'article L. 732-58 est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>— par une fraction du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts.</p>	<p>« — par une fraction, fixée à 4,25 %, du produit du droit de consommation sur les alcools mentionné à l'article 403 du code général des impôts ;</p>	<p>—</p>
<p>Les ressources du régime couvrent les charges de celui-ci telles qu'énumérées ci-après :</p>	<p>« — par le produit de la taxe mentionnée à l'article 1609 <i>vicies</i> du code général des impôts » ;</p>	
<p>— les prestations prévues à l'article L. 732-60 ;</p>		
<p>— les frais de gestion.</p>		
<p>Livre VII Dispositions sociales Titre V Accidents du travail et maladies professionnelles Chapitre III Fonds commun des accidents du travail agricole</p>	<p>4° Le chapitre III du titre V du livre VII est intitulé : « Accidents du travail intervenus avant le 1^{er} juillet 1973 » ;</p>	
	<p>5° L'article L. 753-1 est ainsi modifié :</p>	
<p><i>Art. L. 753-1.</i> — La Caisse des dépôts et consignations gère un fonds commun des accidents du travail agricole qui a la charge des dépenses prévues au présent chapitre, ainsi que de celles résultant des articles L. 751-42 à L. 751-44, L. 751-46 et L. 752-30.</p>	<p>a) Les mots : « La Caisse des dépôts et consignations gère un fonds commun des accidents du travail agricole qui a » sont remplacés par les mots : « Les caisses mentionnées à l'article L. 723-2 assurent » ;</p>	
	<p>b) Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>	
	<p>« Elles peuvent déléguer par convention ces compétences à une autre caisse mentionnée à l'article L. 723-2. » ;</p>	
	<p>6° L'article L. 753-2 est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	
<p><i>Art. L. 753-2.</i> — Les sociétés et organismes d'assurance peuvent transmettre le service des rentes et la charge des frais de renouvellement d'appareillage dont ils demeurent tenus</p>	<p>« <i>Art. L. 753-2.</i> — Les sociétés et organismes d'assurance peuvent transmettre le service des rentes et la charge des frais de renouvellement d'appareillage dont ils demeurent tenus</p>	

Textes en vigueur

au fonds commun des accidents du travail agricole, à charge pour eux de transmettre en même temps à la Caisse des dépôts et consignations l'actif correspondant à ces engagements.

Un décret fixe les conditions et modalités de ces transferts qui doivent être obligatoirement reçus par le fonds.

Section 2

Ressources du fonds commun des accidents du travail agricole.

Art. L. 753-3. – La part des dépenses effectuées au profit des victimes salariées ou de leurs ayants droit est remboursée au fonds commun, en application de l'article L. 751-12, par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole suivant des modalités fixées par décret.

Le fonds commun est également alimenté par les contributions prévues à l'article 1622 du code général des impôts.

Section 3

Dépenses du fonds commun des accidents du travail agricole

Art. L. 753-4. – À défaut, soit par les chefs d'exploitation ou d'entreprise débiteurs, soit par les sociétés d'assurance à primes fixes ou mutuelles, ou les syndicats de garantie liant solidairement tous les adhérents, de s'acquitter, au moment de leur exigibilité, des indemnités mises à leur charge à la suite d'accidents ayant entraîné la mort ou une incapacité permanente de travail, le paiement en est assuré aux intéressés par le fonds commun des accidents du travail agricole.

Ces dispositions ne sont pas applicables aux bénéficiaires du chapitre Ier du présent titre dans le cas d'accidents du travail survenus après le 30 juin 1973 et de maladies

Texte du projet de loi

aux caisses mentionnées à l'article L. 723-2 ou à une caisse délégataire en application de l'article L. 753-1, à charge pour eux de transmettre en même temps à ces caisses l'actif correspondant à ces engagements.

« Un décret fixe les conditions et modalités de ces transferts. » ;

7° La section 2 du chapitre III du titre V du livre VII est abrogée ;

8° La section 3 du même chapitre est intitulée : « Dépenses relatives aux accidents du travail intervenus avant le 1^{er} juillet 1973 » ;

9° L'article L. 753-4 est ainsi modifié :

a) À la fin du premier alinéa, les mots : « le fonds commun des accidents du travail agricole » sont remplacés par les mots : « les caisses mentionnées à l'article L. 723-2 » ;

b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

professionnelles constatées après cette date.

Art. L. 753-5. – La Caisse des dépôts et consignations exerce un recours contre les chefs d'exploitation ou d'entreprises débiteurs, pour le compte desquels des sommes ont été payées par elle, conformément aux dispositions de l'article L. 753-4.

En cas d'assurance du chef d'exploitation ou d'entreprise, elle jouit, pour le remboursement de ses avances, du privilège de l'article 2332 du code civil sur l'indemnité due par l'assureur et n'a plus de recours contre le chef d'exploitation ou d'entreprise.

Art. L. 753-6. – Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application des articles L. 753-4 et L. 753-5 et notamment les formes du recours à exercer contre les chefs d'exploitation ou d'entreprise débiteurs ou les sociétés d'assurances et les syndicats de garantie, ainsi que les conditions dans lesquelles les victimes d'accidents ou leurs ayants droit sont admis à réclamer à la caisse le paiement de leurs indemnités.

Les décisions judiciaires n'emportent hypothèque que si elles sont rendues au profit de la caisse des dépôts et consignations exerçant son recours contre les chefs d'exploitation ou d'entreprise ou les compagnies d'assurances.

Art. L. 753-7. – Le fonds commun des accidents du travail agricole supporte la dépense des majorations de rentes, de l'allocation ainsi que de la bonification mentionnées à l'article L. 753-8.

10° L'article L. 753-5 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « La Caisse des dépôts et consignations exerce » sont remplacés par les mots : « Les caisses mentionnées à l'article L. 723-2 exercent » et les mots : « payées par elle » sont remplacés par les mots : « payées par elles » ;

b) Au second alinéa, les mots : « elle jouit, pour le remboursement de ses avances » sont remplacés par les mots : « elles jouissent, pour le remboursement de leurs avances » et les mots : « n'a plus de recours » sont remplacés par les mots : « n'ont plus de recours » ;

11° Au second alinéa de l'article L. 753-6, les mots : « de la caisse des dépôts et consignations exerçant son recours » sont remplacés par les mots : « des caisses mentionnées à l'article L. 723-2 exerçant leur recours » ;

12° L'article L. 753-7 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « le fonds commun des accidents du travail agricole supporte » sont remplacés par les mots : « les caisses mentionnées à l'article L. 723-2 supportent » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots :

Textes en vigueur

La majoration à la charge du fonds commun des accidents du travail agricole est égale à la différence entre la rente revalorisée, comme définie à l'article L. 753-8, et la rente allouée.

Les majorations de rentes et bonifications mentionnées à la présente sous-section ne sont pas applicables aux accidents du travail survenus et maladies professionnelles constatées après le 30 juin 1973.

Art. L. 753-12. – Dans la mesure où les augmentations des rentes résultant de l'application des arrêtés de revalorisation ne seraient pas compensées par les primes ou cotisations couvrant le risque agricole, ces augmentations seraient supportées, pour les accidents antérieurs au 1^{er} janvier suivant la date d'effet desdits arrêtés, par le Fonds commun des accidents du travail agricole suivant des modalités et dans les conditions déterminées par décret.

Art. L. 753-15. – Le montant annuel de l'allocation mentionnée à l'article L. 753-14, servie par le Fonds commun des accidents du travail agricole, est calculé selon les modalités fixées au présent titre pour les rentes et majorations de rentes et sur la base du salaire annuel minimum prévu à l'article L. 434-16 du code de la sécurité sociale.

Art. L. 753-19. – Les bénéficiaires des articles L. 753-14 et L. 753-18, dont le droit à l'appareillage a été reconnu dans les formes légales, reçoivent les appareils de prothèse ou d'orthopédie nécessaires en raison de leur infirmité, suivant les modalités techniques de fourniture, de réparation et de renouvellement prévues pour les victimes d'accidents du travail régis par le livre IV du code de la sécurité sociale.

La charge de l'appareillage est supportée par le Fonds commun des accidents du travail agricole ou, selon le cas, l'État employeur.

Texte du projet de loi

« du fonds commun des accidents du travail agricole » sont remplacés par les mots : « des caisses mentionnées à l'article L. 723-2 » ;

13° Aux articles L. 753-12, L. 753-15, L. 753-19, L. 753-20 et L. 753-22, les mots : « le fonds commun des accidents du travail agricole » sont remplacés par les mots : « les caisses mentionnées à l'article L. 723-2 ».

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Il est statué sur le droit à l'appareillage dans les conditions fixées par l'article L. 753-17.

Art. L. 753-20. – Dans les cas mentionnés aux articles L. 751-42 à L. 751-44, L. 752-30 et L. 753-14 à L. 753-19, le Fonds commun des accidents du travail agricole ou, selon le cas, l'État employeur sont subrogés dans les droits que la victime pourrait faire valoir contre les tiers responsables.

Art. L. 752-22. – Si, à la suite d'un accident du travail, la victime ne peut arriver à exercer la même profession, ou ne peut le faire qu'après une nouvelle adaptation, elle a le droit d'être admise gratuitement dans une école ou autre institution assurant la rééducation professionnelle des mutilés ou réformés de la guerre en vertu du chapitre V du titre VII du livre Ier du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre pour y apprendre l'exercice d'une profession de son choix, sous réserve de présenter les conditions d'aptitudes requises.

En aucun cas, la rééducation ne peut se traduire pour l'ayant droit par une réduction des avantages qui lui ont été accordés en vertu du présent titre.

Les frais de rééducation sont supportés par le Fonds commun des accidents du travail agricole sauf dans le cas d'accidents du travail survenus et de maladies professionnelles constatées après le 30 juin 1973, quelle que soit la qualité de la victime.

Code de l'action sociale et des familles

Art. L. 14-10-4. – Les produits affectés à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie sont constitués par :

1° Une contribution au taux de 0,3 % due par les employeurs privés et publics. Cette contribution a la même assiette que les cotisations patronales d'assurance maladie affectées au financement des régimes de base de l'assurance maladie. Elle est recouvrée

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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

1° L'article L. 14-10-4 est ainsi modifié :

Textes en vigueur

dans les mêmes conditions et sous les mêmes garanties que lesdites cotisations ;

(...)

3° Une fraction, fixée à l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale, des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 du même code ;

4° Abrogé ;

5° La contribution des régimes d'assurance maladie mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 314-3. Cette contribution est répartie entre les régimes au prorata des charges qui leur sont imputables au titre du I de l'article L. 14-10-5 ;

6° Une part, fixée à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, du produit du droit de consommation sur les tabacs. La répartition de cette part entre les sections mentionnées à l'article L. 14-10-5 du présent code est fixée par un arrêté conjoint des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et du budget.

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

I. – Une section consacrée au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1 ainsi qu'au financement de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnée à l'article L. 113-3 et des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 qui respectent un cahier des charges fixé par arrêté du ministre chargé des personnes handicapées, qui est divisée en deux

Texte du projet de loi

a) Le 3° est complété par les mots : « et répartie entre les sections mentionnées à l'article L. 14-10-5 du présent code par arrêté conjoint des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et du budget ; »

b) Le 6° est abrogé ;

2° L'article L. 14-10-5 est ainsi modifié :

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

sous-sections.

(...)

II. – Une section consacrée à la prestation d'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1. Elle retrace :

1° En ressources :

a) 20 % du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, le produit mentionné au 4° du même article et le produit des prélèvements sociaux mentionné au 3° dudit article L. 14-10-4, diminué du montant mentionné au IV du présent article ;

b) Une fraction du produit de la contribution mentionnée au 1° bis de l'article L. 14-10-4. Au titre de l'exercice 2016, cette fraction est fixée à 55,9 % du produit de cette contribution. Au titre des exercices suivants, elle est fixée à 70,5 % de ce produit ;

(...)

IV. – Une section consacrée à la promotion des actions innovantes, à la formation des aidants familiaux, à la formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle retrace :

1° En ressources :

a) Une fraction du produit mentionné au 3° de l'article L. 14-10-4, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, qui ne peut être ni inférieure à 5 %, ni supérieure à 12 % de ce produit ;

(...)

Code général des impôts

a) Le *a* du 1° du II est ainsi rédigé :

« *a)* 20 % du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 » ;

b) Le *a* du 1° du IV est abrogé.

IV. – Le code général des impôts est ainsi modifié :

Textes en vigueur

Art. 1609 vicies. – I. – Il est institué au profit de l'organisme mentionné à l'article L. 731-1 du code rural et de la pêche maritime, en France continentale et en Corse, une taxe spéciale sur les huiles végétales, fluides ou concrètes, effectivement destinées, en l'état ou après incorporation dans tous produits alimentaires, à l'alimentation humaine.

(...)

Art. 1618 septies. – Il est institué au profit de l'organisme mentionné à l'article L. 731-1 du code rural et de la pêche maritime une taxe portant sur les quantités de farines, semoules et gruaux de blé tendre livrées ou mises en œuvre en vue de la consommation humaine, ainsi que sur les mêmes produits introduits en provenance d'autres États membres de la Communauté européenne ou importés de pays tiers.

Les farines, semoules et gruaux de blé tendre expédiés vers d'autres États membres de la Communauté européenne ou vers les départements de Corse, exportés ou destinés à être exportés vers des pays tiers ou vers les départements d'outre-mer, par l'acquéreur, ainsi que les farines utilisées pour la fabrication d'amidon, sont exonérés de la taxe.

La taxe est perçue en France continentale auprès des meuniers, des opérateurs qui procèdent à l'introduction des produits sur ce territoire et des importateurs de produits en provenance de pays tiers.

Le montant de la taxe est fixé à 15,24 € par tonne de farine, semoule ou gruaux.

Des modalités particulières de liquidation peuvent être déterminées par un décret qui précise également les obligations déclaratives des assujettis.

La taxe est recouvrée et les infractions sont recherchées, constatées, poursuivies et sanctionnées selon les

Texte du projet de loi

1° Au premier alinéa de l'article 1609 *vicies*, les mots : « au profit de l'organisme mentionné à l'article L. 731-1 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés ;

2° Au premier alinéa de l'article 1618 *septies*, les mots : « au profit de l'organisme mentionné à l'article L. 731-1 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

règles et sous les garanties prévues en matière de contributions indirectes.

Toutefois, à l'importation en provenance de pays non membres de la Communauté européenne, la taxe est recouvrée et les infractions sont recherchées, constatées, poursuivies et sanctionnées selon les règles, privilèges et garanties prévus en matière de douane.

Art. 1622. – Le fonds commun des accidents du travail agricole, prévu aux articles L. 753-1 et L. 753-3 du code rural et de la pêche maritime, est alimenté :

1° Pour moitié :

a) par une contribution forfaitaire des organismes assureurs au prorata du nombre de personnes assurées auprès de chacun d'eux à la date du 31 mars 2002, en application de l'article L. 752-1 du code rural dans sa rédaction antérieure au 1^{er} avril 2002 ;

b) par une contribution forfaitaire des organismes assureurs au prorata du nombre de personnes assurées auprès de chacun d'eux à la date du 31 mars 2002, en application de l'article L. 752-22 du code rural dans sa rédaction antérieure au 1^{er} avril 2002 ;

2° Pour moitié par une

Texte du projet de loi

3° Les six premiers alinéas de l'article 1622 sont remplacés par deux alinéas ainsi rédigés :

« Les organismes assureurs contribuent au financement des dépenses mentionnées à l'article L. 753-1 du code rural et de la pêche maritime. Cette contribution est calculée au prorata du nombre de personnes assurées auprès de chacun d'eux à la date du 31 mars 2002, en application de l'article L. 752-1 du code rural dans sa rédaction antérieure au 1^{er} avril 2002 et au prorata du nombre de personnes assurées auprès de chacun d'eux à la date du 31 mars 2002, en application de l'article L. 752-22 du code rural dans sa rédaction antérieure au 1^{er} avril 2002.

« Le montant total de ces contributions est égal à la moitié de la prévision de dépenses mentionnées à l'article L. 753-1 du code rural et de la pêche maritime au titre de l'année, corrigée de la moitié des insuffisances ou excédents constatés au titre de l'année précédente. Il est fixé chaque année par un arrêté pris conjointement par les ministres chargés du budget et de l'agriculture, dans la limite d'un plafond annuel de 24 millions d'euros. »

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

contribution forfaitaire des organismes participant à la gestion du régime prévu par la loi n° 2001-1128 du 30 novembre 2001 portant amélioration de la couverture des non-salariés agricoles contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, au prorata du nombre de personnes assurées auprès de chacun d'eux au 1^{er} avril de chaque année.

Le montant total de ces contributions est égal à la prévision de dépenses du fonds au titre de l'année, corrigée des insuffisances ou excédents constatés au titre de l'année précédente. Il est fixé chaque année par un arrêté pris conjointement par les ministres chargés du budget et de l'agriculture, dans la limite d'un plafond annuel de 24 millions d'euros.

**Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998
de financement de la sécurité sociale
pour 1999**

Art. 41. – I. – (...)

III. – Il est créé un Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, chargé de financer l'allocation visée au I. Il finance également par un versement aux régimes obligatoires de retraite de base concernés les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite prévus au troisième alinéa du II du présent article avant l'âge fixé par l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale et par ceux à l'âge de soixante-cinq ans au lieu de l'âge fixé au 1^o de l'article L. 351-8 du même code. Ses ressources sont constituées d'une fraction égale à 0,31 % du produit du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts, d'une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale et d'une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime des salariés agricoles dont le montant est fixé chaque année par

Texte du projet de loi

V. – À l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999, les mots : « d'une fraction égale à 0,31 % du produit du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts, » sont supprimés.

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

arrêtés des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture.

Un conseil de surveillance, composé de représentants de l'État, de représentants de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionnée à l'article L. 221-4 du code de la sécurité sociale, des représentants du conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole mentionné à l'article L. 723-32 du code rural et de personnalités qualifiées, veille au respect des dispositions du présent article. Il examine les comptes du fonds et transmet au Parlement et au Gouvernement, avant le 15 juillet, un rapport annuel retraçant l'activité du fonds et formulant toutes observations relatives à son fonctionnement.

(...)

**Loi n° 2013-1203 du
23 décembre 2013 de financement de
la sécurité sociale pour 2014**

Art. 9. – I. – (...)

V. – La Caisse nationale d'allocations familiales et les branches mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime versent, en début d'exercice, au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire institué par l'article L. 732-56 du même code une quote-part des droits mentionnés au 5° de l'article L. 731-2 et au 3° de l'article L. 731-3 dudit code et à l'article 575 du code général des impôts dont ils sont attributaires, égale à la prévision annuelle du surplus de recettes résultant du présent article, dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés de l'agriculture, du budget et de la sécurité sociale. Les montants versés à titre prévisionnel font l'objet d'une régularisation lors du versement de l'année suivante.

Texte du projet de loi

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

« V. – Les branches mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime versent, en début d'exercice, au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire mentionné par l'article L. 732-56 du même code une quote-part des droits mentionnés au 5° de l'article L. 731-2 et au 3° de l'article L. 731-3 du même code dont ils sont attributaires, égale à la prévision annuelle du surplus de recettes résultant du présent article, dont le montant est fixé et réparti par arrêté des ministres chargés de l'agriculture, du budget et de la sécurité sociale. Les montants versés à titre prévisionnel font l'objet d'une régularisation lors du versement de l'année suivante. »

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

VII. – Le régime mentionné au premier alinéa de l'article L. 635-1 du code de la sécurité sociale rembourse, au plus tard au 1^{er} avril 2017, à la branche mentionnée au 2^o de l'article L. 611-2 du même code, les sommes, fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, correspondant aux créances constatées au 31 décembre 2016 sur le régime d'assurance vieillesse complémentaire des entrepreneurs du bâtiment dans les comptes de l'organisme mentionné à l'article L. 611-4 du même code.

VIII. – Il est prélevé, au 1^{er} avril 2017, au profit de la branche mentionnée au 1^o de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale, une somme de 836 millions d'euros sur les réserves de la section mentionnée au III de l'article de l'article L. 135-3 du même code dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur du présent article. 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.

IX. – Les sommes correspondant au service par le régime général, le régime des salariés agricoles et le régime d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants non agricoles qui ne sont pas affiliés aux régimes mentionnés aux articles L. 641-0 et L. 723-1 du code de la sécurité sociale de la majoration mentionnée au 1^o du II de l'article L. 135-2 du même code dans sa rédaction en vigueur au 31 décembre 2016 demeurent prises en charge, dans une section comptable distincte, jusqu'à une date ne pouvant excéder le 31 décembre 2019, et à hauteur d'une fraction fixée par décret, par le fonds institué à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale. Les frais de gestion afférents à la prise en charge de ces majorations sont retracés au sein de cette même section comptable.

La branche mentionnée au 3^o de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale prend en charge les régularisations des versements effectués au titre de 2016 en application du III de l'article L. 135-2 dans sa rédaction en

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

vigueur au 31 décembre 2016, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

X. – Les dispositions des 10° à 13° du I, des 4° à 13° du II et du 3° du IV entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2018.

Article 21

Est approuvé le montant de 6,1 milliards d'euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 5 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.

Article 22

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 :

Cf. Annexes 1 et 2

Article 23

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 :

Cf. Annexes 1 et 2

Article 24

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, le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

Article 21

(Sans modification)

Article 22

(Sans modification)

Article 23

(Sans modification)

Article 24

(Sans modification)

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Cf. Annexe 1

II. – Pour l'année 2017, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 14,9 milliards d'euros.

III. – Pour l'année 2017, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

Cf. Annexe 1

IV. – Pour l'année 2017, les prévisions de recettes par catégorie mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à :

Cf. Annexes 1 et 2

Article 25

I. – Sont habilités en 2017 à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les organismes mentionnés dans le tableau ci-dessous, dans les limites indiquées :

Cf. Annexe 1

II. – Le III de l'article 31 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 est supprimé.

Article 26

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.

Cf. Annexe 2

Article 25

(Sans modification)

Article 26

(Sans modification)

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">Code de la sécurité sociale</p> <p><i>Art. L. 523-1.</i> – Ouvrent droit à l'allocation de soutien familial :</p> <p>1° Tout enfant orphelin de père ou de mère, ou de père et de mère ;</p> <p>2° Tout enfant dont la filiation n'est pas légalement établie à l'égard de l'un ou l'autre de ses parents ou à l'égard de l'un et de l'autre ;</p> <p>3° Tout enfant dont le père ou la mère, ou les père et mère, se soustraient ou se trouvent, s'ils sont considérés comme tels, au regard de conditions fixées par décret, comme étant hors d'état de faire face à leurs obligations d'entretien ou au versement d'une pension alimentaire mise à leur charge par décision de justice ;</p> <p>4° Tout enfant dont le père ou la mère, ou les père et mère, s'acquittent intégralement de leur obligation d'entretien ou du versement d'une pension alimentaire mise à leur charge par décision de justice, lorsque le montant correspondant est inférieur à celui de l'allocation de soutien familial. Dans ce cas, une allocation de soutien familial différentielle est versée. Les modalités d'application du présent 4°, notamment les conditions dans</p>	<p style="text-align: center;">QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2017</p> <p style="text-align: center;">TITRE I^{ER} DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE</p> <p style="text-align: center;">Article 27</p> <p>I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° L'article L. 523-1 est ainsi modifié :</p> <p>a) Au début du premier alinéa, il est inséré un : « I » ;</p> <p>b) Au quatrième alinéa, après les mots : « par décision de justice », il est ajouté 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 ; » ;</p> <p>c) Le cinquième alinéa est ainsi modifié :</p> <p>– 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 à l'article L. 582-2 » ;</p>	<p style="text-align: center;">QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2017</p> <p style="text-align: center;">TITRE I^{ER} DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE</p> <p style="text-align: center;">Article 27</p> <p>I. – <i>(Alinéa sans modification)</i></p> <p>1° à 5° <i>(Sans modification)</i></p>

Textes en vigueur

lesquelles, en l'absence de décision de justice préalable, le montant de l'obligation d'entretien pris en compte pour le calcul de l'allocation de soutien familial différentielle est retenu, sont fixées par décret en Conseil d'État.

L'allocation de soutien familial est ouverte de plein droit aux bénéficiaires du revenu de solidarité active visés à l'article L. 262-9 du code de l'action sociale et des familles et qui assument la charge effective et permanente d'un ou plusieurs enfants remplissant l'une des conditions précédemment mentionnées.

Art. L. 581-2. – Lorsque l'un au moins des parents se soustrait totalement au versement d'une créance alimentaire pour enfants fixée par décision de justice devenue exécutoire, l'allocation de soutien familial est versée à titre d'avance sur créance alimentaire.

Lorsque l'un au moins des parents se soustrait partiellement au versement d'une créance alimentaire pour enfants fixée par décision de justice devenue exécutoire, il est versé à titre d'avance une allocation différentielle.

L'organisme débiteur des

Texte du projet de loi

– à la dernière phrase, les mots : « l'obligation d'entretien » sont remplacés par les mots : « la contribution » ;

d) Après le cinquième alinéa, il 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° est ouvert. » ;

e) Le sixième alinéa devenu septième alinéa est précédé par un : « III » ;

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

a) Aux premier et deuxième alinéas, après les mots : « décision de justice devenue exécutoire », sont insérés les mots : « ou dans le titre exécutoire mentionné à l'article L. 582 2 » ;

Textes en vigueur

prestations familiales est subrogé dans les droits du créancier, dans la limite du montant de l'allocation de soutien familial ou de la créance d'aliments si celle-ci lui est inférieure.

Dans le cas prévu au 4° de l'article L. 523-1, l'allocation différentielle n'est pas recouvrée et demeure acquise au créancier.

Art. L. 581-6. – Le titulaire d'une créance alimentaire fixée par décision de justice devenue exécutoire en faveur de ses enfants mineurs, s'il ne remplit pas les conditions d'attribution de l'allocation de soutien familial et si une voie d'exécution engagée par ses soins n'a pas abouti, 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.

Ce recouvrement est exercé dans les conditions et pour les créances mentionnées aux articles L. 581-2 et suivants.

Art. L. 581-10. – Le recouvrement sur le débiteur d'aliments de toute avance sur pension alimentaire fixée par une décision judiciaire devenue exécutoire et consentie par les organismes débiteurs de prestations familiales peut être confié, pour le compte de ces organismes, aux comptables directs du Trésor.

Le directeur de l'organisme débiteur de prestations familiales établit

Texte du projet de loi

b) Au dernier alinéa, la référence : « 4° » est remplacée par les mots : « 4° du I » ;

3° L'article L. 581-6 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« 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° 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. » ;

b) Au premier alinéa dans sa rédaction résultant du *a* du présent 3°, après les mots : « décision de justice devenue exécutoire », sont insérés les mots : « ou dans le titre exécutoire mentionné à l'article L. 582-2, » ;

4° Au premier alinéa de l'article L. 581-10, après les mots : « décision judiciaire devenue exécutoire », sont insérés les mots : « ou dans le titre exécutoire mentionné à l'article L. 582-2 » ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

et certifie l'état des sommes à recouvrer et l'adresse au représentant de l'État dans le département. Celui-ci rend cet état exécutoire dans un délai de cinq jours ouvrables et le transmet au trésorier-payeur général du département.

Dès qu'ils ont saisi le représentant de l'État dans le département, les organismes débiteurs de prestations familiales ne peuvent plus, jusqu'à ce qu'ils soient informés de la cessation de la procédure de recouvrement par les comptables du Trésor, exercer aucune action en vue de récupérer les sommes qui font l'objet de leur demande.

En cas de contestation relative à l'application des premier et deuxième alinéas du présent article, il est procédé comme à l'article 4 de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975.

Le recouvrement des avances est poursuivi selon les procédures et dans les conditions prévues par les articles 7 à 9 de la loi du 11 juillet 1975 précitée. Les comptables directs du Trésor peuvent également mettre en œuvre les actions et garanties dont dispose le créancier pour le recouvrement de sa pension alimentaire.

En cas de recours à une procédure de recouvrement public par le créancier de la pension alimentaire, les sommes recouvrées sont affectées par priorité au règlement de la créance de l'organisme débiteur de prestations familiales.

En cas de décès du débiteur ou lorsque l'impossibilité de recouvrer la créance a été constatée par le comptable du Trésor, ce dernier renvoie le titre exécutoire à la caisse d'allocations familiales qui en décharge le comptable public et informe de sa décision le représentant de l'État dans le département.

Lorsqu'un organisme débiteur de prestations familiales poursuit le recouvrement d'une créance alimentaire au titre des articles L. 581-2 à L. 581-5, le présent article est applicable à la

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

totalité de la créance.

Texte du projet de loi

5° Il est rétabli un chapitre II du titre VIII du livre V ainsi rédigé :

« *CHAPITRE II*

« **DISPOSITIONS PARTICULIÈRES
RELATIVES À CERTAINES
CRÉANCES ALIMENTAIRES**

« *Art. L. 582-1.* – Pour l'application du dernier alinéa de l'article 373-2-2 du code civil, lorsque le créancier est demandeur ou bénéficiaire de l'allocation de soutien familial, l'organisme débiteur des prestations familiales notifie au débiteur par lettre recommandée avec accusé de réception qu'il est tenu de procéder au versement de la créance fixée par décision de justice auprès de cet organisme et qu'à défaut de ce paiement dans un délai de deux mois, le recouvrement de la créance sera poursuivi par tout moyen. L'organisme débiteur précise à cet égard les termes à échoir et les arriérés de pension dus à compter de la date de la décision de justice.

« Lorsque le créancier ne remplit pas les conditions d'attribution de l'allocation de soutien familial, il est fait application des dispositions du premier alinéa sur demande du créancier.

« Lorsque l'autorité judiciaire use de la faculté prévue au dernier alinéa de l'article 373-2-2 du code civil, le débiteur ne peut pas être considéré comme hors d'état de faire face à son obligation de versement de la pension alimentaire mise à sa charge par décision de justice.

« L'organisme compétent auquel incombe la demande de paiement est celui du lieu de résidence de l'allocataire ou à défaut celui du parent créancier. » ;

6° Le chapitre II du titre VIII du livre V, tel qu'il résulte du 5° du I du présent article, est complété par un article L. 582-2 ainsi rédigé :

Propositions de la Commission

6° (*Alinéa sans modification*)

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« Art. L. 582-2. – Sur demande conjointe des parents, qui mettent fin à une vie en concubinage ou qui ont procédé à une dissolution du pacte civil de solidarité qui les unissait, le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales donne force exécutoire à l'accord par lequel ils fixent le montant de la contribution à l'entretien et à l'éducation en faveur de l'enfant mise à la charge du débiteur, si les conditions suivantes sont réunies :

« 1° Aucun des parents n'est titulaire d'une créance fixée pour ce même enfant par une décision de justice ou n'a engagé de démarche pour l'obtenir ;

« 2° 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 ;

« 3° L'accord précise les informations strictement nécessaires à la détermination du montant de la contribution telles que mentionnées au 2°.

« La décision de l'organisme a les effets d'un jugement et constitue un titre exécutoire au sens du 6° de l'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution.

« La demande des parents peut être réalisée par voie dématérialisée.

« Lorsque l'information mentionnée au 1° n'a pas été portée à la connaissance de l'organisme, la décision de l'organisme débiteur est frappée de nullité.

« La décision de l'organisme n'est susceptible d'aucun recours devant la commission de recours amiable prévue en application de l'article L. 142-1 du présent code.

« Art. L. 582-2. – *(Alinéa sans modification)*

« 1° *(Sans modification)*

« 2° *(Sans modification)*

« 3° *(Alinéa sans modification)*

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 583-3. – Les organismes débiteurs de prestations familiales vérifient les déclarations des allocataires, notamment en ce qui concerne leur situation de famille, les enfants et personnes à charge, leurs ressources, le montant de leur loyer, leurs conditions de logement.

Pour l'exercice de leur contrôle, les organismes débiteurs de prestations familiales peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment les administrations financières, et aux organismes de sécurité sociale, de retraite complémentaire et d'indemnisation du chômage qui sont tenus de les leur communiquer.

Les informations demandées aux allocataires, aux administrations et aux organismes ci-dessus mentionnés doivent être limitées aux données strictement nécessaires à l'attribution des prestations familiales.

Un décret fixera les modalités

« Les parents sont tenus de signaler à l'organisme tout changement de situation susceptible d'entraîner la révision de la contribution. Lorsque ce changement entraîne une modification du droit à l'allocation mentionnée au 4° de l'article L. 523-1, les parents transmettent un nouvel accord à l'organisme en vue du maintien de cette prestation.

« L'organisme auquel incombe la délivrance du titre exécutoire est celui du lieu de résidence de l'allocataire ou à défaut du parent créancier.

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

7° L'article L. 583-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

(Alinéa sans modification)

« Toute décision judiciaire exécutoire, supprimant ou modifiant la contribution à l'entretien et l'éducation d'un enfant, postérieure au titre exécutoire établi en application du présent article le prive de tout effet. »

Amendement AS312

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

7° à 9° *(Sans modification)*

Textes en vigueur

d'information des allocataires qui font l'objet d'un contrôle défini dans le présent article.

Les personnels des organismes débiteurs sont tenus au secret quant aux informations qui leur sont communiquées.

Le versement des prestations peut être suspendu si l'allocataire refuse de se soumettre aux contrôles prévus par le présent article.

Code civil

Art. 373-2-2. – En cas de séparation entre les parents, ou entre ceux-ci et l'enfant, la contribution à son entretien et à son éducation prend la forme d'une pension alimentaire versée, selon le cas, par l'un des parents à

Texte du projet de loi

« Le présent article est également applicable aux informations demandées au parent débiteur et au parent créancier nécessaires pour l'application de l'article L. 582-2 et le 4° du I de l'article L. 523-1. » ;

8° Après l'article L. 583-4, il est inséré un article ainsi rédigé :

« *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 et auquel ils ont donné force exécutoire. » ;

9° Le premier alinéa de l'article L. 755-3 est ainsi modifié :

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

b) Les mots : « et L. 583-3 » sont remplacés par les mots : « , L. 582-2, L. 583-3 et L. 583 5 » ;

II. – L'article 373-2-2 du code civil est complété par un alinéa ainsi rédigé :

Propositions de la Commission

II à V. – (*Sans modification*)

Textes en vigueur

l'autre, ou à la personne à laquelle l'enfant a été confié.

Les modalités et les garanties de cette pension alimentaire sont fixées par la convention homologuée visée à l'article 373-2-7 ou, à défaut, par le juge. Cette convention ou, à défaut, le juge peut prévoir le versement de la pension alimentaire par virement bancaire ou par tout autre moyen de paiement.

Cette pension peut en tout ou partie prendre la forme d'une prise en charge directe de frais exposés au profit de l'enfant.

Elle peut être en tout ou partie servie sous forme d'un droit d'usage et d'habitation.

Texte du projet de loi

« Lorsque le parent débiteur de la pension alimentaire a fait l'objet d'une plainte déposée à la suite de menaces, de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant ou d'une condamnation pour de telles violences ou en cas de violences mentionnées dans une décision de justice, le juge peut prévoir que cette pension est versée entre les mains du directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales. »

III. – À l'article 1^{er} de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires, après les mots : « décision judiciaire devenue exécutoire », sont insérés les mots : « ou par le titre exécutoire mentionné à l'article L. 582-2 du code de la sécurité sociale ».

IV. – Le présent article n'est pas applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon.

V. – Les dispositions du *b* et *c* du 1°, du *a* du 2°, du *b* du 3°, du 4°, du 6°, du 7°, du 8° et du *b* du 9° du I et le III du présent article entrent en vigueur le 1^{er} avril 2018.

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

—

Code de la sécurité sociale

Art. L. 133-5-8. – Tout employeur utilisant les dispositifs simplifiés mentionnés à l'article L. 133-5-6 est tenu de procéder par voie dématérialisée à son adhésion, à l'identification du ou des salariés, à la déclaration des rémunérations versées ainsi qu'au paiement des cotisations et contributions sociales dues au titre de l'emploi du salarié.

L'employeur ayant recours à ces dispositifs et son salarié reçoivent, chacun pour ce qui les concerne, par voie dématérialisée, un décompte des cotisations et contributions, une attestation fiscale et le bulletin de paie mentionné à l'article L. 3243-2 du code du travail ou, à destination des accueillants familiaux mentionnés au 7° de l'article L. 133-5-6 du présent code, le relevé mensuel des contreparties financières définies à l'article L. 442-1 du code de l'action sociale et des familles. La délivrance du bulletin de paie par l'organisme de recouvrement au salarié se substitue à sa remise par l'employeur prévue à l'article L. 3243-2 du code du travail. Les modalités de ces transmissions sont fixées par décret.

Par dérogation aux deux précédents alinéas, lorsqu'ils ne sont pas en capacité de procéder à ces déclarations et formalités par voie dématérialisée, les employeurs

Texte du projet de loi

—

Article 28

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

1° L'article L. 133-5-8 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « versées » est remplacé par le mot : « dues » ;

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

« L'employeur est tenu de procéder à la déclaration des rémunérations dues au titre de chaque mois au cours duquel le salarié a effectué une activité pour son compte et au plus tard à une date fixée par décret. » ;

Propositions de la Commission

—

Article 28

(Sans modification)

Textes en vigueur

mentionnés aux 3°, 5° et 6° de l'article L. 133-5-6 et les particuliers mentionnés au 7° du même article L. 133-5-6 peuvent, sur demande auprès de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10, y procéder sur des supports papier et recevoir les documents mentionnés au précédent alinéa sur papier également.

Texte du projet de loi

2° La deuxième sous-section de la première section du chapitre III *bis* du titre III du livre I^{er} est complétée par un article ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-5-12.* – Par dérogation à l'article L. 3241-1 du code du travail, sous réserve de la communication à l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code de l'accord écrit et préalable du salarié, tout employeur ou toute personne ayant recours au dispositif mentionné au 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.

« 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.

« 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 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.

« L'employeur qui recourt au

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

dispositif décrit au premier alinéa 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.

« Le montant du prélèvement mentionné au troisième alinéa tient compte, le cas échéant :

« 1° Des dispositions prévues aux articles L. 531-8 et L. 531-8-1 ;

« 2° Des sommes que l'employeur décide d'acquitter sur la base des dispositions 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 ;

« 3° Du montant des cotisations et contributions sociales prises en charge en application des dispositions de l'article L. 133-8-3 ;

« 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 du présent code et la personne ayant accordé cette aide prévoit les modalités de transmission des informations nécessaires à une telle opération. » ;

3° À l'article L. 133-8-3, la référence : « L. 133-8 » est remplacée par la référence : « L. 133-5-10 » ;

4° L'article L. 531-5 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa et au douzième alinéa, la référence : « L. 772-1 » est remplacée par la référence : « L. 7221-1 » ;

Art. L. 531-5. – I. – Le complément de libre choix du mode de garde est attribué au ménage ou à la personne qui emploie une assistante maternelle agréée mentionnée à

Textes en vigueur

l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles ou une personne mentionnée à l'article L. 772-1 du code du travail pour assurer la garde d'un enfant.

Ce complément comprend :

a) Une prise en charge totale ou partielle des cotisations et contributions sociales liées à la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ;

b) Une prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant.

Le complément de libre choix du mode de garde est versé à la condition que le ménage ou la personne seule exerce une activité professionnelle.

Les situations qui sont assimilées à une activité professionnelle pour le bénéfice du complément et leurs modalités de prise en compte sont déterminées par décret.

La condition mentionnée à l'alinéa précédent ne s'applique pas :

– lorsque la personne ou les deux membres du couple poursuivent des études ;

– lorsque la personne ou au moins l'un des membres du couple bénéficie d'une des allocations mentionnées aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code et aux articles L. 351-9 et L. 351-10 du code du travail ;

– aux personnes bénéficiaires du revenu mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles, à la condition que le bénéficiaire soit

Texte du projet de loi

b) Les deuxième, troisième et quatrième alinéas sont remplacés par trois alinéas ainsi rédigés :

« Ce complément comprend deux parts :

« *a)* Une part calculée, selon les modalités du II, en fonction du montant des cotisations et contributions sociales correspondant à la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ;

« *b)* Une part calculée, selon les modalités du III, en fonction de la rémunération nette de la personne qui assure la garde de l'enfant. » ;

c) Au neuvième alinéa, les mots : « L. 351-9 et L. 351-10 » sont remplacés par les mots : « L. 5423-1, L. 5423-2 et L. 5423-8 » ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

inscrit dans une démarche d'insertion professionnelle dont les modalités sont définies par décret en Conseil d'État.

II. – Lorsque le ménage ou la personne emploie une assistante maternelle agréée, le montant des cotisations et contributions sociales est pris en charge en totalité, pour chaque enfant, à la condition que la rémunération correspondante de l'assistante maternelle ne dépasse pas un taux de salaire horaire maximum fixé par décret.

Lorsque le ménage ou la personne emploie une personne mentionnée à l'article L. 772-1 du code du travail, une fraction des cotisations et contributions sociales est prise en charge, dans la limite d'un plafond par ménage. Le taux de prise en charge des cotisations et contributions sociales ainsi que le montant du plafond sont fixés par décret. Le plafond est revalorisé conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

III. – L'aide 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 est égale à une part, fixée par décret, du salaire net servi et des indemnités mentionnées à l'article L. 423-4 du code de l'action sociale et des familles. Elle est calculée par enfant en cas d'emploi d'une assistante maternelle agréée et par ménage en cas d'emploi d'une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail.

Toutefois, le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d'enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une

Texte du projet de loi

d) Le II est ainsi modifié :

– au premier alinéa, après les mots : « le 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 ;

– au second alinéa, 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 » ;

– au second alinéa, après les mots : « plafond par ménage », sont insérés les mots : « après prise en compte de la déduction prévue au *I bis* de l'article L. 241-10 du présent code » ;

– au second alinéa, la deuxième phrase est remplacée par une phrase ainsi rédigée : « Le plafond mentionné au présent alinéa est fixé par décret. » et les mots : « Le plafond » sont remplacés par le mot : « II » ;

e) Au III, après les mots : « L'aide », sont insérés les mots : « mentionnée au *b* du I » et 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 supprimés ;

Textes en vigueur

personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret :

1° Lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ;

2° Lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie de la prestation instituée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code.

IV. – Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 531-1, le complément de libre choix du mode de garde est également versé, à un montant réduit, pour la garde d'un enfant ayant un âge supérieur à l'âge mentionné à cet article mais inférieur à un âge limite.

V. – Un décret détermine les conditions de cumul, pour un même enfant ou plusieurs enfants, des compléments de libre choix du mode de garde versés au titre de modes de garde différents.

Art. L. 531-8. – Les caisses versent le montant mentionné au *a* du I de l'article L. 531-5 à un organisme de recouvrement de sécurité sociale désigné par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

L'employeur est dispensé du versement des cotisations et contributions sociales à hauteur de ce montant sous réserve de se conformer aux modalités de déclaration fixées par décret. Dans ce cas, les cotisations et contributions sociales demeurant à sa charge donnent lieu à prélèvement automatique au cours du mois suivant la réception des formulaires de déclaration. L'organisme mentionné au premier alinéa est habilité à poursuivre le recouvrement par voie contentieuse des sommes restant dues, pour le compte de l'ensemble des régimes

Texte du projet de loi

5° L'article L. 531-8 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *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.

« 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 I du même article 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.

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

concernés sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale assises sur les salaires.

Les mentions figurant dans le formulaire de déclaration sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Texte du projet de loi

« 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 de l'alinéa précédent, sur les cotisations et contributions sociales dues au titre de la rémunération de la personne qui garde l'enfant.

« 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 du *b* du I mentionné à l'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 de l'article L. 531-8 et à l'article L. 531-8-1. » ;

6° Après l'article L. 531-8, il est inséré un article L. 531-8-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 531-8-1.* – Dans le cas mentionné à l'article L. 133-5-12, et 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. »

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Code du travail

Art. L. 1271-1. – Le chèque emploi-service universel est un titre emploi ou un titre spécial de paiement.

(...)

B. – Le titre spécial de paiement permet d’acquitter tout ou partie du montant :

1° De la rémunération des salariés occupant des emplois entrant dans le champ des services à la personne mentionnés à l’article L. 7231-1, des assistants maternels agréés en application de l’article L. 421-1 du code de l’action sociale et des familles ;

(...)

Code de la sécurité sociale

Art. L. 351-15. – L’assuré qui exerce une activité à temps partiel au sens de l’article L. 3123-1 du code du travail peut demander la liquidation de sa pension de vieillesse et le service d’une fraction de celle-ci à condition :

1° D’avoir atteint l’âge prévu au premier alinéa de l’article L. 351-1

Texte du projet de loi

II. – Au 1° du B de l’article L. 1271-1 du code du travail, après les mots : « de la rémunération » sont insérés les mots : « et des cotisations et contributions sociales afférentes pour les ».

III. – Le présent article s’applique aux rémunérations dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2018, à l’exception du 1° du I qui s’applique aux rémunérations dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2017.

Article 29

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

I. – L’article L. 351-15 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

Propositions de la Commission

Article 29

(Sans modification)

**TITRE II
DISPOSITIONS RELATIVES À
L’ASSURANCE VIEILLESSE**

Article 30

(Sans modification)

Textes en vigueur

diminué de deux années, sans pouvoir être inférieur à soixante ans ;

2° De justifier d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes fixées par décret en Conseil d'État.

Cette demande entraîne la liquidation provisoire et le service de la même fraction de pension dans le régime général, le régime des salariés agricoles, le régime social des indépendants, le régime des professions libérales et le régime des non-salariés agricoles.

La fraction de pension qui est servie varie dans des conditions fixées par voie réglementaire en fonction de la durée du travail à temps partiel ; en cas de modification de son temps de travail, l'assuré peut obtenir la modification de cette fraction de pension au terme d'un délai déterminé.

L'assuré est informé des conditions d'application de l'article L. 241-3-1.

Art. L 351-16. – Le service de la fraction de pension est remplacé par le service de la pension complète, à la demande de l'assuré, lorsque celui-ci cesse totalement son activité et qu'il en remplit les conditions d'attribution. Il est suspendu lorsque l'assuré reprend une activité à temps complet ou exerce une autre activité à temps partiel en plus de celle ouvrant droit au service de la fraction de pension.

Le service d'une fraction d'une pension ne peut pas à nouveau être demandé après la cessation de l'activité à temps partiel lorsque l'assuré a demandé le service de sa pension complète, la reprise d'une activité à

Texte du projet de loi

« Les dispositions du présent article sont applicables aux salariés exerçant plusieurs activités à temps partiel dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État. »

II. – L'article L. 351-16 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « ou exerce une autre activité à temps partiel en plus de celle ouvrant droit au service de la fraction de pension » sont supprimés ;

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

« Le service d'une fraction d'une pension ne peut pas à nouveau être demandé après la cessation de l'activité à temps partiel lorsque l'assuré a demandé le service de sa pension complète ou la reprise d'une activité à

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

temps complet ou l'exercice d'une autre activité à temps partiel en plus de celle ouvrant droit au service de la fraction de pension.

La pension complète est liquidée compte tenu du montant de la pension initiale et de la durée d'assurance accomplie depuis son entrée en jouissance, dans des conditions fixées par décret.

Texte du projet de loi

temps complet. »

III. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} janvier 2018.

Article 31

Sous réserve des décisions juridictionnelles passées en force de chose jugée, sont validés, en tant que leur régularité serait contestée par le moyen tiré de ce que la délibération du 31 mars 2004 du conseil d'administration de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales n'a pas pu leur donner de fondement légal :

1° Les décisions, notifiées au plus tard le 13 août 2016, validant les années d'études d'infirmier, de sage-femme ou d'assistant social, comme période de service en application du 2° de l'article 8 du décret n° 2003-1306 du 26 décembre 2003 relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales dans la rédaction applicable avant le 14 août 2016 ;

2° Les avis de mise en recouvrement des retenues et

Propositions de la Commission

Article 30 *bis* (nouveau)

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} octobre 2017, un rapport relatif aux conditions d'élargissement du dispositif de retraite progressive aux salariés en forfait jours.

Amendement AS450

Article 31

(*Sans modification*)

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Code de la sécurité sociale

Art. L. 723-11. – Les assurés ne justifiant pas d'une durée d'assurance déterminée ont droit à une fraction de l'allocation aux vieux travailleurs salariés mentionnée au chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre VIII en fonction de cette durée.

Art. L. 742-6. – Peuvent adhérer volontairement à l'assurance vieillesse des travailleurs non-salariés :

1° Les personnes ayant été à la charge, à quelque titre que ce soit, 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 et résidant hors du territoire français. Les modalités d'application de cette disposition sont déterminées par un décret qui précise notamment les délais dans lesquels les intéressés doivent demander leur affiliation ;

2° Les personnes qui, ayant exercé en dernier lieu une des activités énumérées aux articles L. 622-3 à L. 622-5 et ne pouvant prétendre en raison de leur âge aux prestations de vieillesse, n'exercent aucune activité professionnelle susceptible de les assujettir à un régime de sécurité sociale ;

3° Les personnes qui ont exercé une profession artisanale ou une profession industrielle ou commerciale au sens des articles L. 622-3 et L. 622-4 et qui cessent d'exercer directement cette activité en raison de la mise en location-gérance de leur fonds dont elles conservent la propriété ;

contributions afférentes aux périodes d'études mentionnées au 1° notifiées aux employeurs concernés par la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales.

Article 32

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

1° L'article L. 723-11 est abrogé ;

2° Au 2° de l'article L. 742-6, après la référence : « L. 622-5 », sont insérés les mots : « ou L. 723-1 ».

Article 32

(Sans modification)

Textes en vigueur

4° Les personnes ne bénéficiant pas d'un régime obligatoire d'assurance vieillesse et qui participent à l'exercice d'une activité professionnelle non-salariée non-agricole mentionnée aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 ;

5° Les conjoints collaborateurs mentionnés à l'article L. 121-4 du code de commerce qui, ayant été affiliés en dernier lieu et à titre obligatoire 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, soit au régime d'assurance vieillesse des avocats, en application du deuxième alinéa de l'article L. 723-1, cessent de remplir les conditions de l'affiliation obligatoire, ne peuvent prétendre en raison de leur âge aux prestations de vieillesse et n'exercent aucune activité professionnelle susceptible de les assujettir à un régime de sécurité sociale. Les modalités d'application du présent 5°, notamment les délais dans lesquels les intéressés doivent demander leur affiliation, sont déterminées par décret.

Code de la sécurité sociale

Art. L. 131-6-3. – Pour les travailleurs non salariés non agricoles qui font application des articles L. 526-6 à L. 526-21 du code de commerce et sont assujettis à ce titre à l'impôt sur les sociétés, le revenu professionnel mentionné à l'article L. 131-6 du présent code intègre également la part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts qui excède 10 % du montant de la valeur des biens du patrimoine affecté constaté en fin d'exercice ou la part de ces revenus qui excède 10 % du montant du bénéfice net au sens de l'article 38 du même code si ce dernier montant est

Texte du projet de loi

II. – Le présent article s'applique aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2017.

Article 33

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

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

Propositions de la Commission

Article 33

(Sans modification)

Textes en vigueur

supérieur. Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article.

Art. L. 133-6-6. – Il est créé auprès de la Caisse nationale du régime social des indépendants un Fonds national d'action sociale destiné à financer des actions pour venir en aide aux travailleurs indépendants appartenant aux groupes professionnels mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 621-3, éprouvant des difficultés pour régler les cotisations et contributions sociales dues auprès de ce régime.

Ce fonds est administré par une commission d'action sociale composée de représentants du conseil d'administration mentionné à l'article L. 611-5 et désignés en son sein.

Un décret en Conseil d'État fixe le taux du prélèvement à opérer sur les ressources de chaque régime pour alimenter le fonds, les modalités de répartition des ressources de ce fonds entre les caisses de base du régime social des indépendants ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement de la commission d'action sociale.

Art. L. 133-6-8. – I. – Les cotisations et les contributions de sécurité sociale dont sont redevables les travailleurs indépendants mentionnés au II du présent article bénéficiant des régimes définis aux articles 50-0 et 102 *ter* du code général des impôts sont calculées mensuellement ou trimestriellement, en appliquant au montant de leur chiffre d'affaires ou de leurs recettes effectivement réalisés le mois ou le trimestre précédent un taux global fixé par décret pour chaque catégorie d'activité mentionnée aux mêmes articles, de manière à garantir un niveau équivalent entre le taux effectif des cotisations et des contributions sociales versées et celui applicable aux mêmes titres aux revenus des travailleurs indépendants ne relevant pas du régime prévu au présent article. Un taux global différent peut être fixé par

Texte du projet de loi

2° À l'article L. 133-6-6, les mots : « appartenant aux groupes professionnels mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 621-3 » sont supprimés ;

3° L'article L. 133-6-8 est ainsi modifié :

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

décret pour les périodes au cours desquelles le travailleur indépendant est éligible à une exonération de cotisations et de contributions de sécurité sociale. Ce taux global ne peut être, compte tenu des taux d'abattement mentionnés auxdits articles 50-0 ou 102 *ter*, inférieur à la somme des taux des contributions mentionnées à l'article L. 136-3 du présent code et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

Les travailleurs indépendants bénéficiant des régimes définis aux articles 50-0 et 102 *ter* du code général des impôts peuvent demander que leurs cotisations ne soient pas inférieures au montant minimal de cotisations de sécurité sociale fixé :

1° Pour les professions artisanales, industrielles et commerciales, en application du deuxième alinéa des articles L. 612-13 et L. 633-10 et du dernier alinéa de l'article L. 635-5 ainsi que, le cas échéant, du quatrième alinéa de l'article L. 635-1 ;

2° Pour les professions libérales, en application de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 642-1 et, le cas échéant, des articles L. 644-1 et L. 644-2.

Cette demande est adressée à l'organisme mentionné à l'article L. 611-8 du présent code au plus tard le 31 décembre de l'année précédant celle pour laquelle le régime prévu au présent article doit être appliqué ou, en cas de création d'activité, au plus tard le dernier jour du troisième mois qui suit celui de cette création. Elle s'applique tant qu'elle n'a pas été expressément dénoncée dans les mêmes conditions.

Les cotisations et contributions sociales des personnes qui ont effectué la demande mentionnée au deuxième alinéa du présent article sont calculées et recouvrées selon les dispositions prévues aux articles L. 131-6-1

Texte du projet de loi

a) Au premier alinéa, les mots : « des taux d'abattement mentionnés auxdits articles 50-0 et 102 *ter* » sont remplacés par les mots : « des taux d'abattement mentionnés au II » ;

b) Au troisième alinéa, 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 » ;

c) Au quatrième alinéa, les mots : « professions libérales » sont remplacés par les mots : « travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 640-1 » ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

et L. 131-6-2.

II. – Le présent article s'applique aux travailleurs indépendants relevant des professions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 et à ceux relevant de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse. Le bénéfice de ces dispositions peut être étendu par décret, pris après consultation des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale concernés, à tout ou partie des cotisations et des contributions de sécurité sociale dues par les autres travailleurs indépendants.

d) Au II, les mots : « des professions mentionnées aux 1° et 2° 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 » ;

e) Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 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, d'un taux d'abattement de 34 %. » ;

III. – Le régime prévu au présent article cesse de s'appliquer à la date à laquelle les travailleurs indépendants cessent de bénéficier des régimes définis aux articles 50-0 et 102 *ter* du code général des impôts. Par dérogation, le régime prévu au présent article cesse de s'appliquer au 31 décembre de l'année au cours de laquelle sont exercées les options prévues au 4 du même article 50-0 et au 5 du même article 102 *ter*.

IV. – Les cotisations et les contributions de sécurité sociale dues par les conjoints collaborateurs des travailleurs indépendants relevant du régime prévu au présent article sont calculées, à la demande de ces derniers, sur la base soit d'un revenu forfaitaire,

Textes en vigueur

soit d'un pourcentage du chiffre d'affaires ou des recettes du chef d'entreprise.

V. – Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

Art. L. 134-3. – Sont retracés dans les comptes de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, qui en assure l'équilibre financier, l'ensemble des charges et des produits :

1° Des branches mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 611-2 ;

2° Du régime spécial mentionné à l'article L. 715-1 ;

3° Des risques vieillesse et veuvage de la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du code rural et de la pêche maritime.

Les organismes du régime général assurent la gestion du régime spécial mentionné au 2° du présent article.

Un décret fixe les modalités d'application du présent article.

Art. L. 135-6. – Il est créé un établissement public de l'État à caractère administratif, dénommé « Fonds de réserve pour les retraites », placé sous la tutelle de l'État.

I. – Ce fonds a pour mission principale de gérer les sommes qui lui sont affectées afin de constituer des réserves destinées à contribuer à la pérennité des régimes de retraite.

Les réserves sont constituées au profit des régimes obligatoires d'assurance vieillesse visés à l'article L. 222-1 et aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 ainsi que du fonds mentionné à l'article L. 135-1.

Les sommes affectées au fonds sont mises en réserve jusqu'au 1^{er}

Texte du projet de loi

4° Au 1° de l'article L. 134-3, les mots : « Des branches mentionnées aux 2° et 3° » sont remplacés par les mots : « De la branche mentionnée au 2° de l'article L. 611-2 » ;

5° Au troisième alinéa de l'article L. 135-6, les mots : « aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 » sont remplacés par les mots : « au 2° de l'article L. 611-2 » ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

janvier 2011. À compter de cette date et jusqu'en 2024, le fonds verse chaque année, au plus tard le 31 octobre, 2,1 milliards d'euros à la Caisse d'amortissement de la dette sociale afin de participer au financement des déficits, au titre des exercices 2011 à 2018, des organismes mentionnés à l'alinéa précédent. Le calendrier et les modalités de ces versements sont fixés par convention entre les deux établissements.

II. – Les réserves qui excèdent la couverture des engagements mentionnés au dernier alinéa du I peuvent être affectées par la loi de financement de la sécurité sociale au financement, le cas échéant, de la correction de déséquilibres financiers conjoncturels des régimes de retraite ou du fonds mentionné au deuxième alinéa du même I, notamment ceux identifiés dans les conditions prévues à l'article L. 114-4.

III. – Le Fonds de réserve pour les retraites assure également la gestion financière d'une partie de la contribution exceptionnelle, forfaitaire et libératoire due à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés en application du 3° de l'article 19 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières.

Les conditions et les résultats de la gestion de cette partie de la contribution sont retracés chaque année dans l'annexe des comptes du fonds. Cette partie de la contribution et ses produits financiers, nets des frais engagés par le fonds, sont rétrocédés à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés à compter de 2020, dans des conditions fixées par convention entre la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et le Fonds de réserve pour les retraites.

Art. L. 611-1. – Le régime social des indépendants couvre :

1° Au titre de l'assurance maladie et maternité les personnes

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

mentionnées à l'article L. 613-1 ;

2° Au titre de l'assurance vieillesse, de l'invalidité-décès et de l'assurance vieillesse complémentaire obligatoire les personnes appartenant aux groupes des professions artisanales et des professions industrielles et commerciales mentionnées à l'article L. 621-3.

Art. L. 611-2. – I. – Le régime social des indépendants comprend trois branches :

1° Assurance maladie et maternité ;

2° Assurances vieillesse des professions artisanales ;

3° Assurances vieillesse des professions industrielles et commerciales.

Il gère en outre les régimes complémentaires obligatoires mentionnés aux articles L. 613-20, L. 635-1 et L. 635-5.

Art. L. 611-5. – La Caisse nationale est administrée par un conseil d'administration composé des représentants des caisses de base élus par leur conseil d'administration.

Les dispositions des articles L. 224-10 et L. 281-5 lui sont applicables.

Le conseil peut siéger en sections professionnelles pour délibérer sur les questions propres à un ou plusieurs groupes de professions mentionnées à l'article L. 611-1.

L'État est représenté auprès du conseil d'administration par des commissaires du Gouvernement.

6° À 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° à l'exception de celles qui sont affiliées aux régimes mentionnés aux articles L. 640-1 et L. 723-1 » ;

7° L'article L. 611-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le chiffre : « trois » est remplacé par le chiffre : « deux » ;

b) Les troisième et quatrième alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« 2° Assurances vieillesse » ;

8° À 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 » ;

9° L'article L. 611-12 est ainsi

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 611-12. – I. – 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 et les retraités de l'assurance vieillesse des artisans et des industriels et commerçants, choisis au sein de ces catégories.

Le conseil d'administration ainsi composé doit comprendre en nombre égal des représentants du groupe professionnel des artisans et de celui des industriels et commerçants.

Dans les caisses de base propres au groupe professionnel des professions libérales, le conseil d'administration est composé de représentants élus pour six ans par les cotisants du groupe des professions libérales et les retraités de l'assurance vieillesse des professions libérales bénéficiaires des prestations maladie au régime social des indépendants.

Toute personne ne bénéficie que d'une voix même si elle appartient à plusieurs des catégories précédemment mentionnées.

Dans les conseils d'administration de toutes les caisses, le nombre des administrateurs retraités est, pour chaque groupe professionnel, au plus égal au tiers des administrateurs élus.

Un décret en Conseil d'État prévoit les modalités selon lesquelles les caisses mentionnées aux premier et troisième alinéas peuvent, dans les départements d'outre-mer, être réunies en une seule caisse.

II. – Le conseil d'administration peut siéger en sections professionnelles pour délibérer sur les questions propres à chaque groupe de professions.

III. – Une même personne ne peut être membre du conseil d'administration de plusieurs caisses de base du régime social des indépendants.

modifié :

a) Au I, les mots : « de l'assurance vieillesse des artisans et des industriels et commerçants, choisis au sein de ces catégories » sont remplacés par les mots : « du régime social des indépendants » ;

b) Au I, les deuxième et troisième alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque les caisses sont propres à certaines catégories professionnelles, les cotisants et retraités mentionnés au premier alinéa sont respectivement ceux appartenant ou ayant appartenu à ces catégories. » ;

c) Au I, le sixième alinéa est supprimé ;

d) Le II est abrogé ;

e) Le III devient le II ;

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 613-1. – Sont obligatoirement affiliés au régime d'assurance maladie et d'assurance maternité des travailleurs indépendants des professions non agricoles :

1° les travailleurs indépendants relevant des groupes de professions mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 621-3 et ceux qui relèvent de la caisse nationale des barreaux français, mentionnée à l'article L. 723-1, soit :

a. le groupe des professions artisanales ;

b. le groupe des professions industrielles et commerciales, y compris les débitants de tabacs ;

c. le groupe des professions libérales, y compris les avocats ;

2° et 3° (abrogés)

4° sous réserve des dispositions de l'article L. 311-2 et du 11° de l'article L. 311-3, le conjoint associé qui participe à l'activité de l'entreprise artisanale ou commerciale ;

5° l'associé unique des entreprises unipersonnelles à responsabilité limitée sauf si l'activité qu'il exerce est de nature agricole au sens de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime ;

6° Les personnes bénéficiaires de l'agrément prévu à l'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles ;

7° Sous réserve des dispositions du 1° de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime, les loueurs de chambres d'hôtes mentionnées à l'article L. 324-3 du code du tourisme dont le revenu imposable de l'activité est supérieur à un montant fixé par décret ;

10° À l'article L. 613-1, les deuxième à cinquième alinéas sont remplacés par trois alinéas ainsi rédigés :

« 1° les travailleurs indépendants, y compris ceux qui relèvent de la Caisse nationale des barreaux français mentionnée à l'article L. 723-1 du présent code, qui ne sont pas affiliés au régime mentionné au 3° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime ;

« 2° Les débitants de tabacs ;

« 3° 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 ; »

Supprimé

Textes en vigueur

8° Les personnes exerçant une activité de location directe ou indirecte de locaux d'habitation meublés ou destinés à être loués meublés à titre professionnel au sens du 2 du IV de l'article 155 du code général des impôts, à l'exclusion de celles relevant de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime.

Art. L. 613-9. – Les prestations servies par le régime d'assurance maladie et d'assurance maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles comportent des prestations de base communes à l'ensemble des groupes professionnels mentionnés au 1° de l'article L. 613-1, et, éventuellement, des prestations supplémentaires propres à un ou plusieurs de ces groupes.

Art. L. 613-20. – Les prestations supplémentaires sont instituées, modifiées ou supprimées par décret pris sur proposition faite, à la majorité des membres élus d'une ou plusieurs sections professionnelles du conseil d'administration de la Caisse nationale.

Les prestations supplémentaires peuvent être communes à plusieurs groupes professionnels si les sections professionnelles représentant ces groupes et statuant à la majorité ci-dessus définie, en font la demande. Dans ce cas, l'équilibre financier est assuré dans le cadre de l'ensemble des groupes intéressés.

Les prestations supplémentaires sont choisies parmi les catégories de prestations figurant au 1° de l'article L. 160-8 ou consistent soit en l'octroi, dans tout ou partie des cas entraînant une incapacité de travail, des indemnités journalières prévues à l'article L. 321-1 et à l'article L. 323-3

Texte du projet de loi

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 plusieurs de ces groupes » sont supprimés ;

12° L'article L. 613-20 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : «, à la majorité des membres élus d'une ou plusieurs sections professionnelles du » sont remplacés par les mots : « par le » ;

b) Au deuxième alinéa, la première phrase est remplacée par une phrase ainsi rédigée : « 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 mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 611-5. » et les mots : « de l'ensemble des groupes intéressés » sont remplacés par les mots : « des catégories professionnelles correspondantes » ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

et au 2° de l'article L. 431-1, soit en une réduction de la participation de l'assuré aux tarifs servant au calcul du remboursement des prestations de base, sans que cette participation puisse être inférieure à celle prévue à l'article L. 160-13.

Lorsque la prestation supplémentaire consiste en l'octroi des indemnités journalières prévues à l'article L. 321-1 et à l'article L. 323-3, le bénéficiaire est soumis aux obligations fixées à l'article L. 323-6, sous peine des pénalités prévues à cet article. L'article L. 323-7 lui est également applicable.

La charge des prestations supplémentaires est couverte par des cotisations supplémentaires, dans les conditions précisées à l'article L. 612-13.

Art. L. 621-1. – Il est institué un régime d'assurance vieillesse applicable aux personnes non salariées ou assimilées, dans les conditions déterminées par les titres II, III et IV du présent livre.

Art. L. 621-2. – Le service des prestations de vieillesse est assuré par des organisations autonomes fonctionnant pour un ou plusieurs des groupes professionnels définis à l'article L. 621-3 et comportant éventuellement une caisse nationale, des caisses locales ou régionales ou des sections professionnelles.

Des décrets en Conseil d'État déterminent, après avis du conseil d'administration de la caisse nationale intéressée, la structure des organisations, leurs règles de fonctionnement ainsi que le mode d'élection des membres des conseils d'administration de leurs caisses ou sections de caisses.

Art. L. 621-3. – Les groupes professionnels mentionnés à l'article L. 621-2 sont :

1° Le groupe des professions artisanales ;

Texte du projet de loi

13° Les articles L. 621-1 à L. 621-3, L. 622-3, L. 622-4 et L. 622-7 sont abrogés ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

2° Le groupe des professions industrielles et commerciales ;

3° Le groupe des professions libérales ;

4° Le groupe des professions agricoles.

Sur proposition de ces régimes, des décrets en Conseil d'État pourront décider la fusion de plusieurs d'entre eux.

Art. L. 622-3. – Les professions artisanales groupent les chefs des entreprises individuelles, les gérants et associés non salariés des entreprises exploitées sous forme de société, immatriculés au répertoire des métiers ou susceptibles d'être assujettis à cette immatriculation ainsi que toutes les personnes qui, lors de leur dernière activité professionnelle, dirigeaient en une de ces qualités une entreprise dont l'activité et la dimension auraient été de nature à provoquer cette immatriculation si celle-ci avait été obligatoire à l'époque où les intéressés ont exercé cette activité.

Toutefois, les professions qui ont été rattachées à un groupe mentionné à l'article L. 621-3 par des décrets antérieurs au 15 juillet 1962 le demeurent.

Un décret fixera les conditions d'application du présent article dans les départements de la Moselle, du Haut-Rhin et du Bas-Rhin.

Art. L. 622-4. – Les professions industrielles et commerciales groupent toutes les personnes dont l'activité professionnelle comporte soit l'inscription au registre du commerce, soit l'assujettissement à la contribution économique territoriale en tant que commerçant, ou dont la dernière activité professionnelle aurait été de nature à provoquer cette inscription ou l'assujettissement à la patente ou à la contribution économique territoriale s'il avait été obligatoire à l'époque où les intéressés ont exercé cette activité à

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

l'exception des personnes exerçant une activité professionnelle qui relève à titre obligatoire du régime spécial de sécurité sociale des marins.

Sous réserve des dispositions du 1° de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime, sont également affiliés au groupe des professions industrielles et commerciales les loueurs de chambres d'hôtes mentionnées à l'article L. 324-3 du code du tourisme dont le revenu imposable de l'activité est supérieur à un montant fixé par décret.

Art. L. 622-7. – Des décrets pris après consultation du conseil d'administration de la caisse nationale intéressée classent dans l'un des quatre groupes mentionnés à l'article L. 621-3 professions artisanales, industrielles et commerciales, libérales et agricoles, les activités professionnelles non salariées qui ne sont pas énumérées aux articles L. 622-3 à L. 622-6.

Art. L. 622-8. – Sous réserve de l'application des dispositions des articles L. 311-2 et L. 311-6 du présent code, le conjoint collaborateur et le conjoint associé mentionnés à l'article L. 121-4 du code de commerce sont affiliés personnellement au régime d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions soit artisanales, soit industrielles et commerciales, soit libérales auquel le chef d'entreprise est affilié.

Art. L. 622-9. – L'associé unique des entreprises unipersonnelles à responsabilité limitée est affilié au régime d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions soit artisanales, soit industrielles et commerciales, soit libérales sauf si l'activité qu'il exerce est de nature agricole au sens de l'article 1144 du code rural.

Art. L. 623-2. – Les caisses procèdent au recouvrement des cotisations ; en cas de défaillance, les caisses des trois premiers groupes mentionnés à l'article L. 621-3 peuvent demander à l'autorité administrative de

Texte du projet de loi

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 ;

15° À l'article L. 622-9, les mots : « des travailleurs non salariés des professions soit artisanales, soit industrielles et commerciales, soit libérales » sont remplacés par les mots : « du régime social des indépendants » ;

16° À l'article L. 623-2, les mots : « des trois premiers groupes mentionnés à l'article L. 621-3 » sont supprimés ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

faire procéder au recouvrement des cotisations dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État.

Livre VI – Régimes des travailleurs non salariés
Titre III – Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales

Art. L. 634-2-1. – I. – Lorsqu'en application du premier alinéa de l'article L. 351-2, il est retenu un nombre de trimestres d'assurances inférieur à quatre par année civile d'exercice, à titre exclusif, d'une activité non salariée artisanale, industrielle ou commerciale, l'assuré est autorisé à effectuer un versement complémentaire de cotisations.

En cas de cessation d'activité, l'assuré est autorisé à effectuer, au cours de l'année de la cessation, le versement complémentaire afférent à la cotisation de l'année régularisée.

Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret.

II. – Lorsqu'en application du premier alinéa de l'article L. 351-2, moins de quatre trimestres d'assurance sont validés au titre d'une année civile d'exercice d'une activité non salariée artisanale, industrielle ou commerciale, l'assuré peut demander la validation d'un trimestre par période de quatre-vingt-dix jours d'affiliation continue ou non au cours de cette année civile aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales.

Texte du projet de loi

17° L'intitulé du titre III du livre VI : « Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales » est remplacé par l'intitulé : « Assurance vieillesse et invalidité-décès des personnes affiliées au régime social des indépendants » ;

18° Aux articles L. 634-1 et 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 » ;

19° L'article L. 634-2-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa et au *a* du II, 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

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Le bénéfice des dispositions ci-dessus est subordonné :

a) À une durée minimale d'affiliation aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales fixée par décret ; ce décret fixe également le nombre maximum de trimestres qui peuvent être validés par l'assuré en fonction de sa durée d'affiliation à ces régimes et les modalités particulières de prise en compte de cette durée lorsqu'elle est en tout ou partie antérieure au 1^{er} janvier 2009 ;

b) Au versement, dans un délai fixé par décret, d'une cotisation qui ne peut être inférieure au minimum de cotisation prévu au premier alinéa de l'article L. 351-2.

L'application des dispositions ci-dessus ne peut avoir pour effet de porter le total des trimestres validés par l'assuré au titre de l'année considérée au-delà du nombre de périodes de quatre-vingt-dix jours accomplies durant cette année.

La validation est accordée à tout assuré respectant les conditions fixées au présent II.

Ne peuvent se prévaloir des dispositions ci-dessus :

1° Les associés ou commandités, gérants ou non, d'une entreprise exploitée sous forme de société dès lors qu'au titre de l'année considérée les revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts qu'eux-mêmes, leur conjoint, ou leur partenaire auquel ils sont liés par un pacte civil de solidarité et leurs enfants mineurs non émancipés ont perçus de ladite entreprise excèdent un seuil fixé par décret ;

2° Les assurés qui ne sont pas à jour des obligations déclaratives ou de paiement relatives à leurs cotisations et contributions personnelles et, le cas échéant, de celles relatives aux

indépendants » ;

b) Au *a* du II, les mots : « ces régimes » sont remplacés par les mots : « ce régime » ;

Textes en vigueur

cotisations et contributions afférentes aux gains et rémunérations de leurs salariés ; toutefois, la condition de paiement est considérée comme remplie dès lors que les intéressés, d'une part, ont souscrit et respectent un plan d'apurement des cotisations restant dues et, d'autre part, acquittent les cotisations en cours à leur date d'exigibilité ;

3° Les conjoints ou partenaires collaborateurs et les assurés mentionnés à l'article L. 742-6, au titre de l'année ou de la fraction d'année durant laquelle ils avaient cette qualité.

Les assurés ayant validé moins de quatre trimestres d'assurance au titre d'une année pour laquelle leurs cotisations et celles de leur conjoint ou partenaire collaborateur ont été déterminées compte tenu du 2° de l'article L. 633-10 ne peuvent se prévaloir des dispositions ci-dessus, au titre de ladite année, que si leur revenu professionnel était inférieur au revenu minimum exigé pour la validation de quatre trimestres.

Le financement des validations instituées par le présent article est assuré par une fraction des cotisations d'assurance vieillesse des régimes concernés. Ces opérations font l'objet d'un suivi comptable spécifique dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Les trimestres validés au titre du présent II ne sont pas pris en compte pour le bénéfice des dispositions des articles L. 351-1-1, L. 351-1-3, L. 634-3-2 et L. 634-3-3, des II et III des articles L. 643-3 et L. 723-10-1 du présent code, des articles L. 732-18-1 et L. 732-18-2 du code rural et de la pêche maritime, du 5° du I de l'article L. 24 et de l'article L. 25 *bis* du code des pensions civiles et militaires de retraite et de l'article 57 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

c) À l'avant-dernier alinéa du II, les mots : « des régimes concernés » sont supprimés ;

20° L'article L. 634-2-2 est ainsi modifié :

Textes en vigueur

Art. L. 634-2-2. – I. – Sont prises en compte par les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, pour l'assurance vieillesse, sous réserve du versement de cotisations fixées dans des conditions définies par décret garantissant la neutralité actuarielle et dans la limite totale de douze trimestres d'assurance :

1° Les périodes d'études accomplies dans les établissements, écoles et classes mentionnés à l'article L. 381-4 lorsque le régime d'assurance vieillesse des professions artisanales ou celui des professions industrielles et commerciales est le premier régime d'affiliation à l'assurance vieillesse après lesdites études ; ces périodes d'études doivent avoir donné lieu à l'obtention d'un diplôme, l'admission dans les grandes écoles et classes du second degré préparatoires à ces écoles étant assimilée à l'obtention d'un diplôme ; les périodes d'études ayant permis l'obtention d'un diplôme équivalent délivré par un État membre de l'Union européenne peuvent également être prises en compte ;

2° Les années civiles ayant donné lieu à affiliation à l'assurance vieillesse du régime des professions artisanales ou à celui des professions industrielles et commerciales à quelque titre que ce soit, au titre desquelles il est retenu, en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1, un nombre de trimestres inférieur à quatre.

II. – Par dérogation aux conditions prévues au I, le montant du versement de cotisations prévu pour la prise en compte des périodes mentionnées au 1° du même I peut être abaissé par décret pour les périodes de formation initiale, dans des conditions et limites tenant notamment au délai de présentation de la demande, fixé à dix ans à compter de la fin des études, et au nombre de trimestres éligibles à ce montant spécifique.

Art. L. 634-3-1. – Les prestations

Texte du projet de loi

a) Au premier alinéa du I, les mots : « les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « le régime social des indépendants » ;

b) Au 1° du I, les mots : « d'assurance vieillesse des professions artisanales ou celui des professions industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « social des indépendants » ;

c) Au 2° du I, les mots : « des professions artisanales ou à celui des professions industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « social des indépendants » ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

visées aux articles L. 634-2 et L. 634-3 peuvent être liquidées et servies dans les conditions prévues aux articles L. 351-15 et L. 351-16 lorsque l'assuré justifie d'une activité à temps partiel exercée à titre exclusif et relevant du régime d'assurance vieillesse des professions artisanales ou du régime des professions industrielles et commerciales, dans des conditions fixées par décret et relatives, notamment, à la diminution des revenus professionnels.

Art. L. 635-1. – Toute personne relevant de l'une des organisations mentionnées aux 1° ou 2° de l'article L. 621-3, y compris lorsque l'adhésion s'effectue à titre volontaire ou en vertu du bénéfice d'une pension d'invalidité, bénéficie d'un régime de retraite complémentaire obligatoire auquel elle est d'office affiliée.

Le régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales assure au bénéfice des personnes affiliées l'acquisition et le versement d'une pension exprimée en points. Le montant annuel de la pension individuelle de droit direct servie par ces régimes est obtenu par le produit du nombre total de points porté au compte de l'intéressé par la valeur de service du point. La valeur de service du point peut être différenciée suivant la date

Texte du projet de loi

21° 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 » ;

22° Aux articles L. 634-3-2, L. 634-3-3 et 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 » ;

23° À 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 » ;

24° L'article L. 635-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « l'une des organisations mentionnées aux 1° ou 2° de l'article L. 621-3 » sont remplacés par les mots : « l'assurance vieillesse du régime social des indépendants » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « des professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « du régime social des indépendants » ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

d'acquisition des points et la date de prise d'effet de la pension, ainsi que pour les points attribués antérieurement à la création du régime ou convertis lors de sa transformation. Elle peut également, s'agissant des points issus de la conversion mentionnée au second alinéa du I de l'article 57 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, être différenciée suivant le régime d'affiliation antérieur.

Art. L. 635-3. – Les conditions d'attribution et de service des prestations dues aux assurés et à leurs conjoints survivants au titre du régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales sont précisées par un règlement de la caisse nationale compétente approuvé par arrêté ministériel. Ce règlement détermine notamment les conditions dans lesquelles les pensions sont revalorisées et fixe les principes de fonctionnement et de gestion financière du régime complémentaire ainsi que la nature et les modalités d'attribution des prestations servies par son fonds d'action sociale.

Art. L. 635-4. – Les chauffeurs de taxi non salariés ayant adhéré, dans le cadre de la loi n° 56-659 du 6 juillet 1956 sur l'assurance vieillesse des chauffeurs de taxis, à l'assurance volontaire du régime général de sécurité sociale sont affiliés au régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions artisanales. Un décret, pris après avis du conseil d'administration de la section professionnelle des artisans de la Caisse nationale du régime social des indépendants, fixe les conditions d'application du présent article et notamment les modalités de validation des périodes d'activité ou assimilées, antérieures à sa date d'entrée en vigueur.

Art. L. 635-5. – Les régimes

Texte du projet de loi

25° À l'article L. 635-3, les mots : « des professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « du régime social des indépendants » ;

26° À l'article L. 635-4, les mots : « des professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « du régime social des indépendants » ;

27° L'article L. 635-5 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « Les régimes obligatoires d'assurance

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

obligatoires d'assurance invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales attribuent aux personnes affiliées une pension d'invalidité en cas d'invalidité totale ou partielle, médicalement constatée par le service du contrôle médical des caisses. La pension d'invalidité prend fin à l'âge minimum auquel s'ouvre le droit à la pension de vieillesse allouée en cas d'inaptitude au travail par le régime concerné.

Les cotisations aux régimes obligatoires d'assurance invalidité-décès mentionnés au présent article sont calculées et recouvrées dans les mêmes formes et conditions que les cotisations du régime de base d'assurance vieillesse.

Les cotisations dues par les travailleurs indépendants non agricoles ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8 ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret et sont calculées dans la limite d'un plafond fixé par décret.

Livre VI – Régimes des
travailleurs non-salariés
Titre IV – Assurance vieillesse et
invalidité-décès des professions
libérales

Art. L. 622-5. – Les professions libérales groupent les personnes exerçant l'une des professions ci-après ou dont la dernière activité professionnelle a consisté dans l'exercice de l'une de ces professions :

1° Médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien, architecte,

Texte du projet de loi

invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales attribuent » sont remplacés par les mots : « Le régime invalidité-décès des personnes mentionnées au 2° de l'article L. 611-1 attribue » ;

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 » ;

28° Le titre IV du livre VI est ainsi modifié :

a) Avant le chapitre I^{er}, il est inséré un chapitre préliminaire intitulé : « Champ d'application » ;

b) L'article L. 622-5 devient l'article L. 640-1 et est inséré au sein du chapitre préliminaire ;

c) Le premier alinéa de l'article L. 640-1 est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Sont affiliées aux régimes d'assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales les personnes exerçant l'une des professions suivantes : » ;

d) Au deuxième alinéa, les mots : « architecte, expert-comptable,

Propositions de la Commission

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>expert-comptable, vétérinaire ;</p> <p>2° Notaire, huissier de justice, personne ayant la qualité de commissaire-priseur judiciaire habilité à diriger les ventes dans les conditions prévues à l'article L. 321-4 du code de commerce, syndic ou administrateur et liquidateur judiciaire, agréé, greffier, expert devant les tribunaux, personne bénéficiaire de l'agrément prévu par l'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles, courtier en valeurs, arbitre devant le tribunal de commerce, artiste non mentionné à l'article L. 382-1, ingénieur-conseil, auxiliaire médical, agent général d'assurances ;</p> <p>3° Et d'une manière générale, toute personne autre que les avocats, exerçant une activité professionnelle non-salariée et qui n'est pas assimilée à une activité salariée pour l'application du livre III du présent code, lorsque cette activité ne relève pas d'une autre organisation autonome en vertu des articles L. 622-3, L. 622-4, L. 622-6 ou d'un décret pris en application de l'article L. 622-7.</p> <p>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 oeuvre de leur activité, sont considérés comme exerçant une activité non salariée relevant du régime des travailleurs indépendants et ce, quel que soit le public auquel ils s'adressent.</p> <p><i>Art. L. 742-6.</i> – Peuvent adhérer volontairement à l'assurance vieillesse des travailleurs non-salariés :</p> <p>1° Les personnes ayant été à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une durée déterminée, exerçant une des activités professionnelles énumérées aux</p>	<p>vétérinaire » sont remplacés par les mots : « auxiliaire médical » ;</p> <p>e) Au troisième alinéa, les mots : « auxiliaire médical » sont remplacés par les mots : « architecte, géomètre, expert-comptable, vétérinaire » ;</p> <p>f) Le quatrième alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« 3° 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. »;</p> <p>g) Le dernier alinéa est supprimé ;</p> <p>29° L'article L. 742-6 est ainsi modifié :</p> <p>a) Au 1°, les mots : « d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une durée déterminée, exerçant une des activités professionnelles énumérées aux</p>	

Textes en vigueur

articles L. 622-3 à L. 622-5 ou L. 723-1 et résidant hors du territoire français. Les modalités d'application de cette disposition sont déterminées par un décret qui précise notamment les délais dans lesquels les intéressés doivent demander leur affiliation ;

2° Les personnes qui, ayant exercé en dernier lieu une des activités énumérées aux articles L. 622-3 à L. 622-5 et ne pouvant prétendre en raison de leur âge aux prestations de vieillesse, n'exercent aucune activité professionnelle susceptible de les assujettir à un régime de sécurité sociale ;

3° Les personnes qui ont exercé une profession artisanale ou une profession industrielle ou commerciale au sens des articles L. 622-3 et L. 622-4 et qui cessent d'exercer directement cette activité en raison de la mise en location-gérance de leur fonds dont elles conservent la propriété ;

4° Les personnes ne bénéficiant pas d'un régime obligatoire d'assurance vieillesse et qui participent à l'exercice d'une activité professionnelle non-salariée non-agricole mentionnée aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 ;

5° Les conjoints collaborateurs mentionnés à l'article L. 121-4 du code de commerce qui, ayant été affiliés en dernier lieu et à titre obligatoire 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, soit au régime d'assurance vieillesse des avocats, en application du deuxième alinéa de l'article L. 723-1, cessent de remplir les conditions de l'affiliation obligatoire, ne peuvent prétendre en raison de leur âge aux prestations de vieillesse et n'exercent aucune activité professionnelle susceptible de les assujettir à un régime de sécurité sociale. Les modalités d'application du présent 5°, notamment les délais dans lesquels les intéressés

Texte du projet de loi

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 » ;

b) Au 2°, les mots : « énumérées aux articles L. 622-3 à L. 622-5 ou L. 723-1 » sont remplacés par les mots : « ayant valu affiliation au régime mentionné à l'article L. 613-1 » ;

c) Au 3°, 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° de l'article L. 611-1 » ;

d) Au 4°, les mots : « aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 » sont remplacés par les mots : « au 2° de l'article L. 611-1 » ;

e) Au 5°, 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 » ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

doivent demander leur affiliation, sont déterminées par décret.

Livre VII
Régimes divers - Dispositions diverses
Titre IV
Assurance volontaire
Chapitre II
Assurance volontaire vieillesse et
assurance volontaire invalidité
Section 2
Dispositions concernant les régimes des
non salariés non agricoles
Sous-section 1
Dispositions communes aux trois
régimes

Art. L. 742-7. – Les personnes mentionnées au 1° de l'article L. 742-6 qui adhèrent à l'assurance volontaire prévue audit article peuvent, pour des périodes postérieures au 1er janvier 1949, pendant lesquelles elles ont exercé leur activité hors du territoire français, acquérir des droits aux prestations d'allocation vieillesse ou d'assurance vieillesse moyennant le versement de cotisations fixées par référence à celles dues en application de l'article L. 634-2-2 si elles exercent une activité professionnelle énumérée aux articles L. 622-3 et L. 622-4, ou par référence à celles dues en application de l'article L. 643-2 si elles exercent une activité professionnelle énumérée à l'article L. 622-5.

La même faculté est offerte, pour acquérir les mêmes droits, aux personnes ayant été à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une durée déterminée, qui ont exercé leur activité hors du territoire français, ainsi qu'au conjoint survivant des personnes qui auraient rempli les conditions requises pour bénéficier du présent article.

Les modalités d'application du présent article sont déterminées par un décret qui précise notamment les délais dans lesquels les intéressés doivent

Texte du projet de loi

30° L'intitulé de la sous-section 1 de la section 2 du chapitre II du titre IV du livre VII est remplacé par l'intitulé suivant : « Dispositions communes » ;

31° Le premier alinéa de l'article L. 742-7 est ainsi modifié :

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 » ;

b) La référence : « à l'article L. 622-5 » est remplacée par la référence : « à l'article L. 640-1 » ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

demander leur affiliation.

Ce même décret fixe les conditions dans lesquelles sont prises en compte, pour l'attribution des allocations de vieillesse, des périodes d'exercice, par les personnes mentionnées au présent article, d'une activité non salariée antérieure au 1er janvier 1949.

Sous-section 2

Dispositions communes aux régimes des professions artisanales et à celui des professions industrielles et commerciales

Art. L. 961-1. – Les dispositions du présent titre s'appliquent aux régimes et garanties collectives établis à titre obligatoire ou facultatif dans un cadre professionnel au profit des non salariés, anciens non salariés et de leurs ayants droit et qui s'ajoutent aux régimes légalement obligatoires 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.

Les régimes et garanties collectives mentionnés au premier alinéa ont notamment pour objet de prévoir la couverture des risques et la constitution des avantages mentionnés à l'article L. 911-2.

Ces régimes et garanties collectives, obligatoires ou facultatifs, sont gérés par les entreprises régies par le code des assurances, par les mutuelles relevant du code de la mutualité, 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 et par les organismes mentionnés aux articles L. 644-1 et L. 723-1.

Texte du projet de loi

32° L'intitulé de la sous-section 2 de la section 2 du chapitre II du titre IV du livre VII est remplacé par l'intitulé suivant : « Dispositions relatives au régime social des indépendants » ;

33° L'article L. 961-1 est ainsi modifié :

a) Au 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 » ;

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 ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Les dispositions du présent titre ne s'appliquent pas aux régimes complémentaires obligatoires qui relèvent d'un règlement européen de coordination des législations nationales de sécurité sociale pris sur la base des articles 42 et 308 du traité instituant la Communauté européenne.

Code du travail
Article L. 6331-48 dans sa rédaction
résultant de la loi n° 2016 1088 du 8
août 2016 relative au travail, à la
modernisation du dialogue social et à
la sécurisation des parcours
professionnels

Art. L. 6331-48. – Les travailleurs indépendants, y compris ceux n'employant aucun salarié, ainsi que les chefs d'entreprise immatriculés au répertoire des métiers et affiliés au régime général de sécurité sociale en application des 11°, 12° et 23° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, consacrent chaque année au financement des actions définies à l'article L. 6331-1 du présent code :

1° Une contribution qui ne peut être inférieure à 0,25 % du montant annuel du plafond de la sécurité sociale pour les personnes relevant des groupes des professions industrielles et commerciales et des professions libérales mentionnés aux b et c du 1° de l'article L. 613-1 du code de la sécurité sociale. Ce taux est porté à 0,34 % lorsque ces personnes bénéficient du concours de leur conjoint collaborateur dans les conditions prévues au premier alinéa du I de l'article L. 121-4 du code

c) Au troisième alinéa, la référence : « L. 611-2, » est insérée avant la référence : « L. 644-1 » ;

34° Dans toutes les dispositions législatives du code, les mots : « travailleurs non salariés non agricoles » et les mots : « travailleurs non salariés des professions non agricoles » sont remplacés par les mots : « travailleurs indépendants non agricoles ».

II. – L'article L. 6331-48 du code du travail dans sa rédaction résultant de la loi n° 2016 1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2018, est ainsi modifié :

1° Au 1°, les mots : « relevant des groupes des professions industrielles et commerciales et des professions libérales mentionnés aux b et c du 1° de l'article L. 613-1 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « mentionnées au premier alinéa à l'exception de celles mentionnées au 2° du présent article » ;

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

de commerce ;

2° Une contribution égale à 0,29 % du montant annuel du plafond de la sécurité sociale pour les personnes relevant du groupe des professions artisanales mentionné au a du 1° de l'article L. 613-1 du code de la sécurité sociale dont :

a) Une fraction correspondant à 0,12 point est affectée, en application de l'article L. 6331-50 du présent code, aux chambres mentionnées au a de l'article 1601 du code général des impôts pour le financement d'actions de formation au sens des articles L. 6313-1 à L. 6313-11 et L. 6353-1 du présent code. Ces actions de formation font l'objet d'une comptabilité analytique et sont gérées sur un compte annexe. Cette fraction n'est pas due dans les départements du Bas-Rhin et du Haut-Rhin ;

b) Une fraction correspondant à 0,17 point est affectée, en application de l'article L. 6331-50, au fonds d'assurance-formation des chefs d'entreprise mentionné au III de l'article 8 de l'ordonnance n° 2003-1213 du 18 décembre 2003 relative aux mesures de simplification des formalités concernant les entreprises, les travailleurs indépendants, les associations et les particuliers employeurs.

Les personnes relevant du groupe des professions industrielles et commerciales mentionné au b du 1° de l'article L. 613-1 du code de la sécurité sociale et immatriculées au répertoire des métiers ainsi que les chefs d'entreprise immatriculés au répertoire des métiers et affiliés au régime général de sécurité sociale en application des 11°, 12° et 23° de l'article L. 311-3 du même code acquittent la contribution au financement des actions définies à l'article L. 6331-1 du présent code au taux mentionné au 2° du présent article.

Les travailleurs indépendants bénéficiant du régime prévu à l'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale consacrent chaque année au financement des actions définies à l'article L. 6313-1 du présent code, en

2° Au 2°, les mots : « relevant du groupe des professions artisanales mentionné au a du 1° de l'article L. 613-1 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « immatriculées au répertoire des métiers » ;

3° Le sixième alinéa est supprimé.

Textes en vigueur

sus des cotisations et contributions acquittées au titre de ce régime, une contribution égale à 0,1 % du montant annuel de leur chiffre d'affaires pour ceux mentionnés au 1° du présent article qui relèvent de la première catégorie définie au dernier alinéa du 1 de l'article 50-0 du code général des impôts, à 0,2 % du montant annuel de leur chiffre d'affaires pour les autres travailleurs indépendants mentionnés au même 1° et à 0,3 % du montant annuel de leur chiffre d'affaires pour les travailleurs indépendants mentionnés au 2° du présent article. Pour cette dernière catégorie, la contribution est répartie dans les conditions mentionnées au même 2°, au prorata des valeurs qui y sont indiquées.

Un décret en Conseil d'État détermine les modalités de mise en œuvre du présent article.

Texte du projet de loi

III. – Sous réserve des dispositions des alinéas suivants, les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

Les dispositions des 3°, 6°, 28° et *b* du 31° du I du présent article s'appliquent aux travailleurs indépendants créant leur activité :

1° À compter d'une date fixée par décret et au plus tard au 1^{er} janvier 2018, pour ceux qui relèvent des dispositions prévues à l'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale ;

2° À compter d'une date fixée par décret et au plus tard au 1^{er} janvier 2019 pour ceux n'en relevant pas.

IV. – Les travailleurs indépendants des professions libérales ne relevant pas de l'article L. 640-1 et affiliés antérieurement aux dates mentionnées aux 1° et 2° du III à la caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse restent affiliés à cette caisse. Sous réserve qu'ils soient à jour du paiement de leurs cotisations dues au titre des

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

assurances vieillesse et invalidité-décès des professions libérales et, le cas échéant, des majorations et pénalités afférentes, ils peuvent choisir avant le 31 décembre 2023, de s'affilier au régime mentionné au 2° de l'article L. 611-1.

Lorsqu'ils exercent cette option, les travailleurs indépendants concernés notifient leur décision à la caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse et à la caisse du régime social des indépendants dont ils relèvent. Cette nouvelle affiliation prend effet au 1^{er} janvier de l'année suivant celle au cours de laquelle ils l'ont notifiée, sans que cette date puisse être antérieure à la date mentionnée au 2° du III.

Ce changement d'affiliation est définitif.

V. – Les travailleurs affiliés au régime social des indépendants et ne relevant pas du champ de l'article L. 133-6-8, mentionnés au 2° du III ou mentionnés au IV, peuvent bénéficier à leur demande, de taux spécifiques pour le calcul des cotisations prévues par l'article L. 635-1 du code de la sécurité sociale jusqu'au 31 décembre 2026.

Ces taux spécifiques tiennent compte des différences existant entre les montants totaux des cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants relevant de l'organisation mentionnée à l'article L. 641-1 du même code et par ceux affiliés pour l'ensemble des risques au régime social des indépendants. Ces taux spécifiques, fixés par décret pris après avis du conseil d'administration de la caisse nationale du régime social des indépendants se réunissant dans les conditions mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 611-5 du même code, rejoignent progressivement le taux normal du régime.

VI. – Les droits à retraite de base des travailleurs indépendants des professions libérales ayant choisi de

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

s'affilier à l'assurance vieillesse du régime social des indépendants, en application du IV, sont liquidés par les caisses de ce régime.

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 dispositions des articles L. 643-1-1, L. 643-3, L. 643-4, L. 643-5 et L. 643-7 du même code. Les modalités d'application du présent alinéa sont précisées par décret.

VII. – Les points acquis dans le régime complémentaire d'assurance vieillesse de la caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse par les travailleurs indépendants ayant fait choisi de s'affilier à l'assurance vieillesse du régime social des indépendants, en application du IV, sont convertis dans le régime complémentaire mentionné à l'article L. 635-1.

Un décret détermine les règles applicables pour cette conversion, en fonction des valeurs de service de chacun des deux régimes à la date d'effet de la nouvelle affiliation. Il détermine également les conditions particulières de réversion de certains points en fonction des cotisations précédemment versées à ce titre.

VIII. – La caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse transmet à la caisse nationale du régime social des indépendants les informations nécessaires à l'application du VI et du présent VII, selon des modalités définies par décret.

IX. – Les transferts d'affiliations induits par les III et IV donnent lieu à

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

compensation financière entre les régimes concernés.

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 31 décembre 2023, un rapport évaluant l'impact, notamment démographique et financier, des dispositions précédentes. Ce rapport s'appuie notamment sur les données transmises par la caisse nationale du régime social des indépendants, la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et la caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse.

Dans un délai de six mois suivant la remise de ce rapport, la compensation financière s'organise dans les conditions prévues par une convention-cadre conclue entre les régimes concernés et approuvée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, en tenant compte des charges et des recettes respectives de chacun des organismes. À défaut de convention, un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de cet alinéa.

Code de la sécurité sociale

Art. L. 635-5. – Les régimes obligatoires d'assurance invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales attribuent aux personnes affiliées une pension d'invalidité en cas d'invalidité totale ou partielle, médicalement constatée par le service du contrôle médical des caisses. La pension d'invalidité prend fin à l'âge minimum auquel s'ouvre le droit à la pension de vieillesse allouée en cas d'inaptitude au travail par le régime concerné.

Article 33 bis (nouveau)

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

« Par dérogation au premier alinéa, lorsque l'assuré titulaire d'une pension d'invalidité qui exerce une activité professionnelle et qui, à l'âge prévu au premier alinéa, ne demande pas l'attribution de la pension de vieillesse substituée, 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

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Les cotisations aux régimes obligatoires d'assurance invalidité-décès mentionnés au présent article sont calculées et recouvrées dans les mêmes formes et conditions que les cotisations du régime de base d'assurance vieillesse.

Les cotisations dues par les travailleurs indépendants non agricoles ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8 ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret et sont calculées dans la limite d'un plafond fixé par décret.

Article 34

I. – Les pensions de retraite servies par les régimes de retraite dont la réglementation prévoit la prise en compte des bénéfices de campagne, attribués et décomptés conformément aux dispositions du c de l'article L. 12 du code des pensions civiles et militaires de retraite, et liquidées avant le 19 octobre 1999, peuvent être révisées, sur la demande des intéressés, déposée postérieurement au 1^{er} janvier 2016, et à compter de cette demande, afin de prendre en compte le droit à campagne double prévu en application des dispositions précitées, au titre de leur participation à la guerre d'Algérie ou aux combats en Tunisie et au Maroc, selon les modalités en vigueur à la date de promulgation de la présente loi.

au plus tard jusqu'à l'âge mentionné au 1° de l'article L. 351-8.

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

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

Amendement AS394

Article 34

(Sans modification)

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Loi n° 2016-816 du 20 juin 2016 pour l'économie bleue

Art. 48. – Les pensions de retraite des marins liquidées avant le 19 octobre 1999 peuvent être révisées à la demande des intéressés, déposée après la date d'entrée en vigueur de la présente loi, et à compter de cette demande, afin de bénéficier des dispositions du 1° de l'article L. 5552-17 du code des transports relatives à la prise en compte, pour le double de leur durée, des périodes de services militaires en période de guerre, au titre de leur participation à la guerre d'Algérie ou aux combats en Tunisie et au Maroc, selon les modalités en vigueur à la date de promulgation de la présente loi.

Loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites

Art. 43. – II. – Le I s'applique aux pensions prenant effet à une date fixée par décret, au plus tard le 1^{er} janvier 2017.

II. – À l'article 48 de la loi n° 2016-816 du 20 juin 2016 pour l'économie bleue, les mots : « déposée après la date d'entrée en vigueur de la présente loi » sont remplacés par les mots : « déposée postérieurement au 1^{er} janvier 2016 ».

Article 34 *bis* (nouveau)

Au 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, le mot : « janvier » est remplacé par le mot : « juillet ».

Amendement AS464 (Rect)

Article 35

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

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 230,6 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 125,0 milliards d'euros.

Article 35

(*Sans modification*)

TITRE III

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

TITRE III

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

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Article 36

I. – Le montant de la contribution de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 400 millions d'euros au titre de l'année 2017.

II. – Le montant de la contribution de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 626 millions d'euros au titre de l'année 2017.

III. – Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 1 000 millions d'euros au titre de l'année 2017.

IV. – Le montant de la contribution mentionnée à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 du même code est fixé à 59,8 millions d'euros pour l'année 2017.

Article 37

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

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 13,5 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 12,1 milliards d'euros.

TITRE IV

**DISPOSITIONS RELATIVES À LA
BRANCHE MALADIE**

Article 36

(Sans modification)

Article 37

(Sans modification)

TITRE IV

**DISPOSITIONS RELATIVES À LA
BRANCHE MALADIE**

Textes en vigueur

—

Code de la sécurité sociale

Art. L. 169-3. – Dès lors que leur délivrance résulte directement de l’acte de terrorisme, les produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l’article L. 165-1 et les prothèses dentaires inscrites sur la liste prévue à l’article L. 162-1-7 sont remboursés dans la limite des frais réellement exposés, sans pouvoir excéder des limites fixées par arrêté en référence aux tarifs fixés en application de l’article L. 432-3.

Art. L. 169-4. – Hors le cas des consultations de suivi psychiatrique mentionnées à l’article L. 169-5, les articles L. 169-2 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 et jusqu’au dernier jour du douzième mois civil suivant celui au cours duquel cet acte a eu lieu.

Texte du projet de loi

—

CHAPITRE I^{ER}

**Consolider les droits sociaux,
améliorer la santé publique**

Article 38

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

1° Il est inséré après l’article L. 169-2 un article L. 169-2-1 ainsi rédigé :

« *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. » ;

2° À l’article L. 169-3, les mots : « sans pouvoir excéder des limites fixées par arrêté en référence aux tarifs fixés en application de l’article L. 432-3 » sont supprimés ;

3° L’article L. 169-4 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 169-4.* – I. – Hors le cas des consultations de suivi psychiatrique mentionnées à l’article L. 169-5, les dispositions des 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.

« Ces dispositions cessent d’être applicables :

« 1° À l’issue d’un délai de deux mois suivant la notification de la décision du fonds mentionné à

Propositions de la Commission

—

CHAPITRE I^{ER}

**Consolider les droits sociaux,
améliorer la santé publique**

Article 38

(Sans modification)

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

l'article L. 422-1 du code des assurances relative à l'indemnisation mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 422-2 du même code ;

« 2° 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.

« II. – Toutefois, les dispositions des 1°, 4°, 5° et 6° de l'article L. 169-2 et de 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 précité.

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

« 1° Le fonds mentionné à l'article L. 422-1 du code des assurances notifié à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, au titre du rôle de coordination mentionné à l'article L. 169-11 du présent code :

« 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 ;

« 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 mentionné à l'article L. 422-1 du code des assurances à l'issue d'une période de trois ans à

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 169-5. – Pour les consultations de suivi psychiatrique résultant de l'acte de terrorisme, le droit à l'exonération prévue aux 4° et 5° de l'article L. 169-2 peut être ouvert pendant une période de dix ans à compter de la survenance de l'acte de terrorisme. La durée du bénéfice du présent article ne peut excéder deux ans.

Art. L. 169-8. – Les caisses versent directement aux professionnels de santé et aux distributeurs de produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ainsi qu'aux établissements de santé le montant des prestations mentionnées aux 1° et 4° de l'article L. 169-2 et à l'article L. 169-3.

Art. L. 169-10. – Le financement des dépenses résultant des articles L. 169-2 et L. 169-6 est assuré par l'État.

Pour la mise en œuvre de l'article L. 169-3, l'État prend en charge la différence entre la part servant de base au remboursement par l'assurance maladie et les frais remboursés.

compter de la survenance de l'acte de terrorisme ;

« 2° Le ministère de la défense notifie à la Caisse nationale d'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. » ;

4° À l'article L. 169-5, les mots : « le droit à l'exonération prévue aux 4° et 5° de l'article L. 169-2 peut être ouvert » sont remplacés par les mots : « les droits prévus aux 4° et 5° de l'article L. 169-2 et à l'article L. 169-2-1 peuvent être ouverts » ;

5° À l'article L. 169-8, après la référence : « L. 169-2 » sont insérés les mots : « , à l'article L. 169-2-1 » ;

6° L'article L. 169-10 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « Le financement » sont remplacés par les mots : « I. – Le financement » ;

b) Le second alinéa est remplacé par sept alinéas ainsi rédigés :

« II. – Pour chaque personne mentionnée à l'article L. 169-1 du présent code à qui le fonds mentionné à l'article L. 422-1 du code des assurances a présenté l'offre d'indemnisation mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 422-2 du même code :

« 1° Le financement des dépenses résultant de l'article L. 169-2-1 du présent code est assuré par le fonds

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 169-11. – Pour la mise en œuvre des articles L. 169-2 à L. 169-8, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés assure un rôle de coordination des régimes obligatoires d'assurance maladie.

mentionné à l'article L. 422-1 du code des assurances, déduction faite des sommes mentionnées au IV ;

« 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 :

« a) Jusqu'à la date de présentation de l'offre mentionnée au premier alinéa du présent II, par le fonds mentionné à l'article L. 422-1 du code des assurances, déduction faite des sommes mentionnées au IV ;

« b) À compter de la mise en œuvre du II de l'article L. 169-4, par l'État.

« III. – Pour chaque personne mentionnée à l'article L. 169-1 du présent code à qui le fonds mentionné à l'article L. 422-1 du code des assurances notifie une décision de refus d'indemnisation ou pour qui 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 est à la charge de l'État, déduction faite des sommes mentionnées au IV.

« 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 prises en charge des mêmes préjudices en l'absence des dispositions de l'article L. 169-2-1 et L. 169-3, notamment par les organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 182-3. » ;

7° À l'article L. 169-11, après la référence : « L. 169-8 » sont insérés les mots : « et de l'article L. 169-10 ».

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Code des assurances

Art. L. 422-2. – Le fonds de garantie est tenu, dans un délai d'un mois à compter de la demande qui lui est faite, de verser une ou plusieurs provisions à la victime qui a subi une atteinte à sa personne ou, en cas de décès de la victime, à ses ayants droit, sans préjudice du droit pour ces victimes de saisir le juge des référés.

Le fonds de garantie est tenu de présenter à toute victime une offre d'indemnisation dans un délai de trois mois à compter du jour où il reçoit de celle-ci la justification de ses préjudices. Cette disposition est également applicable en cas d'aggravation du dommage.

Les articles L. 211-15 à L. 211-18 sont applicables à ces offres d'indemnisation. Les offres tardives ou manifestement insuffisantes peuvent ouvrir droit à des dommages et intérêts au profit de la victime.

II. – L'article L. 422-2 du code des assurances est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le fonds rembourse aux régimes d'assurance maladie les dépenses visées aux 1° et au *a* du 2° du II de l'article L. 169-10 du code de la sécurité sociale. »

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

« *Art. L. 3131-9-1.* – En cas de mise en œuvre du dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle "ORSAN" mentionné à l'article L. 3131-11, les agences régionales de santé recueillent les données de santé à caractère personnel relatives aux victimes auprès des établissements de santé qui les ont prises en charge ou accueillies, y compris dans le cadre des cellules d'urgence médico-psychologiques, afin de les transmettre aux agents désignés au sein des ministères compétents pour assurer la gestion de la crise et le suivi des victimes, notamment pour la prise

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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

Art. 21-6. – L'arrêté prévu à l'article L. 169-3 du code de la sécurité sociale est applicable aux personnes mentionnées à l'article 21-3 de la présente ordonnance.

Art. 21-7. – Les articles L. 169-4 et L. 169-5 du code de la sécurité sociale sont applicables aux personnes mentionnées à l'article 21-3 de la présente ordonnance, sous réserve des adaptations suivantes :

1° À l'article L. 169-4, la référence à l'article L. 169-2 du même code est remplacée par la référence aux articles 21-4 et 21-5 de la présente ordonnance ;

2° À l'article L. 169-5, la référence au 4° de l'article L. 169-2 dudit code est remplacée par la référence au 1° de l'article 21-4 de la présente ordonnance.

Art. 21-9. – La caisse de sécurité sociale de Mayotte verse directement aux professionnels de santé et aux distributeurs de produits et prestations ainsi qu'aux établissements de santé le montant des prestations mentionnées au

en charge de leurs frais de santé. Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, précise la nature des données que les agences régionales de santé peuvent transmettre et fixe les modalités de cette transmission dans le respect des règles de confidentialité. »

IV. – Au titre II de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, le chapitre I^{er} *bis* est ainsi modifié :

1° À l'article 21-6, les mots : « L'arrêté prévu à l'article L. 169-3 du code de la sécurité sociale est applicable » sont remplacés par les mots : « Les articles L. 169-2-1 et L. 169-3 du code de la sécurité sociale sont applicables » ;

2° Au 1° de l'article 21-7, les mots : « À l'article L. 169-4, la référence à l'article L. 169 2 du même code est remplacée » sont remplacés par les mots : « À l'article L. 169-4, les deux occurrences de la référence à l'article L. 169-2 du même code sont remplacées » ;

3° À l'article 21-9, les mots : « et par l'arrêté prévu à l'article 21-6 » sont

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

1° de l'article 21-4 et par l'arrêté prévu à l'article 21-6.

Art. 21-10. – Le financement des dépenses mentionnées au présent chapitre est assuré par l'État.

Pour l'application de l'article 21-6, l'État prend en charge la différence entre les tarifs servant de base au remboursement par l'assurance maladie et les frais remboursés.

remplacés par les mots : « et aux articles L. 169-2-1 et L. 169-3 du code de la sécurité sociale » ;

4° L'article 21-10 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. 21-10.* – Le financement des dépenses mentionnées au présent chapitre est assuré dans les conditions prévues à l'article L. 169-10 du code de la sécurité sociale, sous réserve de l'adaptation suivante : au premier alinéa du I, la référence à l'article L. 169-2 est remplacé par la référence aux articles 21-4 et 21-5 de la présente ordonnance. »

V. – Au septième alinéa de l'article 9 de l'ordonnance^o 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, la référence : « L. 169-10 » est remplacée par la référence : « L. 169-11 ».

VI. – A. – Les articles L. 169-2-1 et L. 169-3 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction issue des 1° et 2° du I du présent article, sont applicables 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.

B. – L'application de l'article L. 169-8 du code de la sécurité sociale aux dépassements d'honoraires mentionnés à l'article L. 169-2-1 et aux dépassements de tarifs pour les produits, prestations et prothèses dentaires mentionnés à l'article L. 169-3 entre en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

C. – Les II et III de l'article L. 169-10 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction issue du 6° du I du présent article, entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

Textes en vigueur

—

Code de la sécurité sociale

Art. L. 160-17. – La prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 est effectuée, pour les personnes exerçant une activité professionnelle, par les organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires auxquels elles sont affiliées pour le service des prestations d'assurances sociales, dans des conditions définies par décret. Ce décret détermine également les conditions dans lesquelles ces organismes prennent en charge les frais de santé des personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle.

(...)

Texte du projet de loi

—

Article 39

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

1° Au premier alinéa de l'article L. 160-17, après les mots : « à l'article L. 160-1 est », sont insérés les mots : « , sous réserve des dispositions de l'article L. 160-18, » ;

2° Après l'article L. 160-17, il est inséré un article L. 160-18 ainsi rédigé :

« *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.

« 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 les cas suivants et dans des conditions fixées par décret, par l'organisme mentionné au premier, deuxième ou troisième alinéa de l'article L. 160-17, après en avoir informé le bénéficiaire :

« 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 ;

« 2° En cas d'accident du travail

Propositions de la Commission

—

Article 39

(Sans modification)

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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 cette maladie ;

« 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 des dispositions mentionnées à l'article L. 382-15 ou entreprend des études le conduisant à relever des dispositions du troisième alinéa de l'article L. 160-17 ;

« 4° Lorsque le bénéficiaire commence à exercer une activité non salariée agricole à titre exclusif ou principal, ou lorsque le bénéficiaire commence exercer une activité de travailleur indépendant non agricole sans exercer une autre activité ;

« 5° Lorsque 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.

« Les personnes rattachées pour la prise en charge de leurs frais de santé à un organisme qui couvre, à titre complémentaire, tout ou partie de la participation fixée en application des dispositions 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°, qu'à hauteur de la part de la participation fixée en application des dispositions des articles L. 160-13 à L. 160-15 couverte par l'organisme auquel elles ont continué d'être rattachées. » ;

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 161-15-2. – Si une personne relève d'un régime d'assurance maladie autre que celui au titre duquel les prestations sont servies, l'organisme qui les sert ne peut les interrompre tant que l'organisme compétent ne s'est pas substitué à lui ; il les garde à sa charge jusqu'à cette date.

3° L'article L. 161-15-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *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. » ;

4° Le chapitre II du titre VII est ainsi modifié :

a) Dans la section 3, intitulée : « Coordination entre divers régimes », la sous-section 1 est intitulée : « Assurance maladie – maternité » et comprend l'article L. 172-1 A qui devient l'article L. 172-2 ;

b) Dans la sous-section 2 de la section 3, l'article L. 172-1 devient l'article L. 172-3 ;

c) Dans la section 2, intitulée : « Coordination du régime agricole et des autres régimes », il est rétabli un article L. 172-1 ainsi rédigé :

« *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

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Code de la sécurité sociale

Art. L. 161-8. – Les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité bénéficient, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, du maintien de leur droit aux prestations en espèces des assurances maladie et maternité, pendant une période définie par décret en Conseil d'État.

Est également maintenu le droit aux prestations des assurances invalidité et décès du régime général et des régimes qui lui sont rattachés. Toutefois, si l'intéressé vient à remplir en qualité d'assuré ou d'ayant droit les conditions pour bénéficier d'un autre régime obligatoire d'assurance maladie et maternité, le droit aux prestations du régime auquel il était rattaché antérieurement est supprimé.

Les personnes mentionnées à l'article L. 5411-1 du code du travail qui bénéficient, en application du premier alinéa du présent article, du maintien de leur droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès continuent, pendant une durée déterminée par décret en Conseil d'État, d'en bénéficier lorsqu'elles reprennent une activité insuffisante pour justifier des conditions d'ouverture du droit à ces prestations.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux

indemnités journalières dues par les deux régimes.

« La compensation financière de ces opérations s'effectue entre les régimes concernés selon les modalités prévues pour l'application des dispositions mentionnées à l'article L. 134 4. » ;

II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2017, à l'exception des dispositions du 4^o qui entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

Article 39 bis (nouveau)

À la fin de la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 161-8 du code de la sécurité sociale, les mots : « et des régimes qui lui sont rattachés » sont remplacés par les mots : « , des régimes qui lui sont rattachés et du régime social des indépendants ».

Amendement AS49

Textes en vigueur

personnes qui ne résident pas en France au sens du présent code.

Texte du projet de loi

Article 40

I. – Des expérimentations peuvent être menées à partir du 1^{er} janvier 2017 et pour une durée n'excédant pas quatre ans afin d'améliorer la prise en charge et le suivi de jeunes de ~~onze~~ à vingt et un ans chez lesquels un médecin, notamment médecin généraliste, médecin scolaire ou pédiatre, a ~~évalué~~ une souffrance psychique.

Dans le cadre de ces expérimentations, les médecins, peuvent, après évaluation, orienter vers des consultations de ~~psychothérapeutes~~, en fonction des besoins et de la situation du jeune et de sa famille.

Ces consultations sont réalisées par les ~~professionnels inscrits au registre national des psychothérapeutes mentionné à l'article 52 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique~~, et donnent lieu à un financement forfaitaire sur les crédits du

Propositions de la Commission

Article 39 *ter* (nouveau)

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, de l'administration par les pharmaciens du vaccin contre la grippe saisonnière aux personnes adultes. Un décret fixe les conditions d'application de cette expérimentation.

Amendement AS255

Article 40

I. – Des expérimentations peuvent être menées à partir du 1^{er} janvier 2017 et pour une durée n'excédant pas quatre ans afin d'améliorer la prise en charge et le suivi de jeunes de six à vingt et un ans chez lesquels un médecin, notamment médecin généraliste, médecin scolaire ou pédiatre, a identifié une souffrance psychique et après évaluation de cette souffrance par un pédopsychiatre ou un psychiatre.

**Amendements AS455, AS334 et AS396
Amendements AS227, AS432 et AS440
Amendements AS229, AS433, AS437 et AS442**

Dans le cadre de ces expérimentations, les médecins, peuvent, après évaluation, orienter vers des consultations de psychologues libéraux, en fonction des besoins et de la situation du jeune et de sa famille.

Ces consultations sont réalisées par les psychologues libéraux figurant sur la liste mentionnée à l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social, et donnent lieu à un financement forfaitaire sur les crédits du fonds

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

Amendement AS448

(Alinéa sans modification)

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires retenus pour les expérimentations.

II et III. – *(Sans modification)*

II. – Un décret précise les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de ces expérimentations, notamment quant au suivi des patients et au financement des consultations.

III. – Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

Code de la santé publique

Article 41

Article 41

Art. L. 3411-9. – Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue relèvent du 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et concourent, avec les autres dispositifs, à la politique de réduction des risques et des dommages. Leurs missions sont définies par décret en Conseil d'État.

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

(Sans modification)

« Par dérogation aux dispositions de l'article L. 4211-1, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les 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. »

Les dépenses afférentes aux missions des centres mentionnés par le présent article sont prises en charge par l'assurance maladie, sans préjudice d'autres participations, notamment des collectivités territoriales. Pour le financement de ces dépenses, il n'est pas fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code

Textes en vigueur

rural et de la pêche maritime relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements, ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.

Les actions de réduction des risques et des dommages sont conduites selon les orientations définies par un document national de référence approuvé par décret.

Les personnes accueillies dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue bénéficient d'une prise en charge anonyme et gratuite.

Code de la santé publique

Art. L. 1114-5. – Les actions des associations d'usagers du système de santé ayant reçu l'agrément prévu à l'article L. 1114-1 au niveau national, qui regroupent notamment des associations d'usagers du système de santé ayant reçu l'agrément prévu au même article au niveau national, peuvent principalement bénéficier de financements de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Les actions des associations d'usagers du système de santé ayant reçu l'agrément prévu audit article au niveau national et l'École des hautes études en santé publique mentionnée à l'article 86 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique peuvent également bénéficier de financements de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget fixent chaque année, par arrêté, la liste des

Texte du projet de loi

Article 42

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

1° L'article L. 1114-5 est abrogé ;

Propositions de la Commission

Article 42

I. – *(Sans modification)*

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

bénéficiaires et les montants qui leur sont alloués au titre du présent article.

Art. L. 1114-6. – Il peut être créé une Union nationale des associations agréées d’usagers du système de santé, composée des associations d’usagers du système de santé agréées au plan national qui apportent à l’union leur adhésion.

Cette union est constituée sous le régime de la loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d’association. Ses statuts et son règlement sont soumis à l’agrément du ministre chargé de la santé.

L’Union nationale des associations agréées d’usagers du système de santé est habilitée à :

1° Donner ses avis aux pouvoirs publics sur les questions relatives au fonctionnement du système de santé et leur proposer les mesures qui paraissent conformes aux intérêts matériels et moraux de ses membres ;

2° Animer un réseau des associations agréées d’usagers aux niveaux national et régional ;

3° Agir en justice pour la défense de ses propres intérêts moraux et matériels comme de ceux des usagers du système de santé ;

4° Représenter les usagers auprès des pouvoirs publics, notamment en vue de la désignation des délégués dans les conseils, assemblées et organismes institués par les pouvoirs publics ;

5° Proposer au ministre chargé de la santé une liste des associations mentionnées à l’article L. 1114-1.

2° L’article L. 1114-6 est ainsi modifié :

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

« Cette union est réputée disposer de l’agrément délivré au niveau national en application du I de l’article L. 1114-1. » ;

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

« 5° Dispenser des formations aux représentants des usagers du système de santé, notamment la formation de base mentionnée au II de l’article L. 1114-1. »

Textes en vigueur

Chaque association d'usagers du système de santé, dans la limite de ses statuts, conserve le droit de représenter auprès des pouvoirs publics les intérêts dont elle À la charge.

Code de la sécurité sociale

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

1° Le produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code, est versé :

– à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 61,1 % ;

– à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 19,2 % ;

– à la branche mentionnée au 1° du même article, pour une fraction correspondant à 17,2 % ;

– au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour une fraction correspondant à 2,5 % ;

2° Le produit de la taxe mentionnée à l'article 1010 du code général des impôts est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 du présent code ;

3° (Abrogé) ;

4° La fraction du produit de la taxe mentionnée au *b* de l'article 1001 du code général des impôts est affectée à la Caisse nationale des allocations familiales ;

5° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-

Texte du projet de loi

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

Propositions de la Commission

II. – (*Alinéa sans modification*)

Textes en vigueur

14, L. 137-18 et L. 137-19 et au deuxième alinéa de l'article L. 137-24 est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ;

6° Le produit du droit de licence sur la rémunération des débitants de tabacs mentionné à l'article 568 du code général des impôts est versé à la branche mentionnée au même 1° ;

7° Le produit du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts est versé :

a) À la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 57,28 % ;

b) À la branche mentionnée au 4° du même article L. 200-2, pour une fraction correspondant à 9,19 % ;

c) À la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime, pour une fraction correspondant à 17,6 % ;

d) Au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire mentionné à l'article L. 732-56 du même code, pour une fraction correspondant à 1,89 % ;

e) À la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du même code, pour une fraction correspondant à 7,99 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget ;

f) À l'Établissement national des invalides de la marine, à la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires et à la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines, pour une fraction correspondant à 0,38 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ;

g) Au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de

Texte du projet de loi

1° Le *a* du 7° de l'article L. 131-8 est complété par les mots : « , dont une part égale à 0,11 % est affectée au fonds prévu à l'article L. 221-1-3 » ;

Propositions de la Commission

1° (*Sans modification*)

Textes en vigueur

l'amiante institué au III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998), pour une fraction correspondant à 0,31 % ;

h) Au fonds mentionné à l'article L. 862-1 du présent code, pour une fraction correspondant à 3,15 % ;

i) À la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour une fraction correspondant à 1,96 % ;

j) Au régime d'allocations viagères des gérants de débits de tabac, pour une fraction correspondant à 0,25 %.

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir entre leurs affectataires le produit des taxes et des impôts mentionnés au présent article. La répartition entre les affectataires est effectuée en appliquant les fractions définies au présent article pour leur valeur en vigueur à la date du fait générateur de ces taxes et impôts.

Art. L. 221-1. – La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés gère les branches mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 200-2 et, à cet effet, a pour rôle :

1° De veiller à l'équilibre financier de ces deux branches. À ce titre, elle établit les comptes consolidés de celles-ci, assure en lien avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement des organismes locaux, effectue le règlement de toute opération relevant de ces branches dont la responsabilité n'est pas attribuée aux organismes locaux et est chargée de la gestion du risque ;

2° De définir et de mettre en œuvre les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que de concourir à la détermination des recettes nécessaires au maintien de l'équilibre de cette branche selon les règles fixées par les chapitres Ier et II du titre IV du

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

présent livre et dans le respect de la loi de financement de la sécurité sociale ;

3° De promouvoir une action de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé de ses ressortissants et de coordonner les actions menées à cet effet par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et les caisses primaires d'assurance maladie, dans le cadre des programmes de santé publique mentionnés à l'article L. 1413-1, déclinés par la convention prévue à l'article L. 227-1 du présent code ;

4° D'exercer une action sanitaire et sociale et de coordonner l'action sanitaire et sociale des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie ;

5° D'organiser et de diriger le contrôle médical ;

6° D'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie, et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ;

7° De mettre en œuvre les actions conventionnelles ;

8° Abrogé ;

9° D'attribuer, dans le respect des orientations définies par le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé, les aides prévues au dernier alinéa de l'article L. 1433-1 du code de la santé publique, après avis du conseil de l'union mentionnée à l'article L. 182-2 du présent code et de l'union mentionnée à l'article L. 182-4 ;

10° De procéder, pour l'ensemble des institutions françaises de sécurité sociale intéressées, avec les institutions étrangères et les autres institutions concernées, au suivi, au recouvrement des créances et au règlement des dettes, à l'exception de celles relatives aux prestations de chômage, découlant de l'application des

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

règlements de l'Union européenne, des accords internationaux de sécurité sociale et des accords de coordination avec les régimes des collectivités territoriales et des territoires français ayant leur autonomie en matière de sécurité sociale ;

11° De participer au financement des actions mentionnées à l'article L. 1114-5 du code de la santé publique ;

12° De se prononcer sur l'opportunité, pour les organismes mentionnés aux articles L. 211-1, L. 215-1 et L. 752-4 du présent code, de porter les litiges devant la Cour de cassation.

La caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées ci-dessus, un pouvoir de contrôle sur les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et primaires d'assurance maladie. Elle exerce également la mission qui lui est confiée au quatrième alinéa de l'article L. 1111-14 du même code.

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés publie chaque année un rapport d'activité et de gestion, qui comporte des données présentées par sexe, en particulier sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

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

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

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

« II. – Les ressources de ce fonds sont constituées d'une fraction de 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 des dispositions

2° (*Sans modification*)

3° (*Alinéa sans modification*)

« Art. L. 221-1-3. – I à III. (*Sans modification*)

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

de l'article L. 131-8.

« III. – Ce fonds finance :

« 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 ;

« 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.

« Le fonds peut également participer au financement d'actions des associations d'usagers du système de santé agréées au titre de l'article L. 1114-1 du même code 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.

« 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.

« 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

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Code de la sécurité sociale

Art. L. 162-5. – Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins sont définis par des conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes ou de médecins spécialistes ou par une convention nationale conclue par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes et une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins spécialistes.

La ou les conventions déterminent notamment :

1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des médecins d'exercice libéral ;

2° Les conditions de l'exercice de la médecine générale et de la médecine spécialisée ainsi que les dispositions permettant, d'une part, une meilleure coordination de leurs interventions et, d'autre part, l'amélioration du recours aux

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

III. – Par dérogation aux dispositions des articles L. 131-8 et L. 221-1-3 du code de la sécurité sociale, le montant de la fraction mentionnée au II de cet article est fixé à 0,07 % pour l'année 2017.

CHAPITRE II

Promouvoir les parcours de soins

Article 43

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

versée.

Amendement AS447

« V. – (*Sans modification*)

III. – (*Sans modification*)

CHAPITRE II

Promouvoir les parcours de soins

Article 43

I. – (*Alinéa sans modification*)

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

établissements de soins hospitaliers ;

2° *bis* Le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires aux médecins ;

3° (Abrogé) ;

3° *bis* Le cas échéant, les conditions de promotion des actions d'évaluation des pratiques professionnelles individuelles ou collectives ;

4° Les modalités de financement des expérimentations et des actions innovantes ;

5° Les modalités de réalisation et de financement de programmes d'évaluation des stratégies diagnostiques et thérapeutiques permettant l'établissement de références médicales nationales et locales ;

6° Les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales concourant au respect des dispositions prévues à l'article L. 162-5-2, et notamment des mesures appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés, la sélection des thèmes de références médicales, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application, et la mise en œuvre de contrats locaux de maîtrise de dépenses dans chaque circonscription de caisse ;

7° Le cas échéant, les modalités de financement et d'organisation de la reconversion professionnelle des médecins exerçant à titre libéral et les conditions d'attribution d'une aide à la reconversion dont le montant peut varier en fonction de la zone géographique et de l'exercice, par le médecin, d'une spécialité ou de la médecine générale. Elles peuvent prévoir de subordonner cette aide à l'engagement du médecin à renoncer à tout exercice de la médecine nécessitant une inscription au tableau de l'Ordre des médecins ainsi que les modalités de son remboursement en cas de reprise d'une activité telle que définie ci-dessus ;

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

8° Le cas échéant, les conditions dans lesquelles les tarifs et les rémunérations visés à l'article L. 162-5-2 peuvent être majorés pour certains médecins conventionnés ou certaines activités en vue de valoriser une pratique médicale correspondant à des critères de qualité qu'elles déterminent ;

9° Les conditions de l'utilisation pour l'application de la convention des informations mentionnées aux articles L. 161-28 et L. 161-29, relatives à l'activité des praticiens et notamment les modalités de transmission de ces données aux instances conventionnelles et aux unions de médecins visées à l'article 6 de la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie ;

10° Les conditions dans lesquelles est assuré le suivi des dépassements d'honoraires et de leur évolution ;

11° (Abrogé) ;

12° Le cas échéant :

a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins par un médecin généraliste choisi par le patient, et les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, y afférents ;

b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des médecins participant à ces réseaux ;

c) Les droits et obligations respectifs des médecins, des patients et des caisses, ainsi que des modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux *a* et *b* ci-dessus ;

13° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités

Textes en vigueur

non curatives des médecins, et notamment de prévention, d'éducation pour la santé, de formation, d'évaluation, d'études de santé publique, de veille sanitaire, prévus par des contrats passés entre les médecins concernés et les organismes d'assurance maladie et définissant les obligations relatives aux conditions d'exercice qui en résultent pour les intéressés.

Pour la mise en œuvre des 12° et 13°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1 ;

13° *bis* Les propositions d'orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel continu, relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique ;

14° (Abrogé) ;

15° Les mesures et procédures applicables aux médecins dont les pratiques abusives sont contraires aux objectifs de bonnes pratiques et de bon usage des soins fixés par la convention ;

16° (Abrogé) ;

17° Les missions particulières des médecins traitants mentionnés à l'article L. 162-5-3 et les modalités de l'organisation de la coordination des soins. Ces missions et modalités d'organisation sont distinctes de celles prévues au 23° ;

18° Les modalités selon lesquelles les médecins relevant de certaines spécialités sont autorisés à pratiquer, dans certaines limites respectant les dispositions de l'article L. 162-2-1, des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins, et les engagements des professionnels pour assurer l'égalité de traitement des patients au regard des délais d'accès au médecin. Ces modalités ne sont pas applicables aux patients âgés de moins

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

de seize ans ;

19° Des objectifs de prescription de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique ;

20° Les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et du présent article applicables aux médecins en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones au sens du 2° de l'article L. 162-47. Ces modalités sont définies après concertation des organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes, des chefs de clinique et des médecins récemment diplômés ou installés avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ;

21° Le cas échéant, le montant et les conditions d'attribution d'une aide à l'utilisation ou à l'acquisition d'un logiciel d'aide à la prescription certifié suivant la procédure prévue à l'article L. 161-38 ;

22° Le cas échéant, la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage, de prévention, la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. Ces engagements sont distincts de ceux prévus au 23. La contrepartie financière est fonction de l'atteinte des objectifs par le professionnel de santé ;

23° Les missions particulières des médecins traitants des patients de moins de seize ans mentionnés à l'article L. 162-5-3 et les modalités de l'organisation de la coordination des soins spécifique à ces patients, le cas échéant, avec les médecins d'autres spécialités, notamment en ce qui

Textes en vigueur

concerne le parcours de soins des enfants atteints d'une maladie chronique et la transition vers le parcours de soins de l'adulte ;

24° Le cas échéant, les modes de rémunération autres que le paiement à l'acte, y compris ceux intervenant en contrepartie d'engagements individualisés définis au 22° relatifs aux missions et aux modalités d'organisation prévues au 23°.

Code de la santé publique

Art. L. 1435-4-2. – I. – Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un médecin spécialisé en médecine générale, à la condition qu'il n'exerce pas d'activité médicale libérale ou que son installation en cabinet libéral date de moins d'un an, ou avec un assistant spécialiste à temps partiel au sein d'un établissement public de santé un contrat de praticien territorial de médecine générale sur la base duquel il perçoit une rémunération complémentaire aux revenus de ses activités de soins exercées en qualité de praticien territorial de médecine générale. Le praticien territorial de médecine générale s'engage à exercer, pendant une durée fixée par le contrat, la médecine générale dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, mentionnée à l'article L. 1434-4.

(...)

Texte du projet de loi

« 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. »

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

1° Le I de l'article L. 1435-4-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La conclusion de ce contrat est exclusive de la perception de l'aide financière prévue au 25° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. » ;

Propositions de la Commission

« 25° Le cas échéant, les modalités de versement d'une aide financière complémentaire aux médecins, quel que soit le secteur d'exercice, interrompant leur activité médicale pour cause de maternité ou de paternité. »

Amendement AS356

II. – (*Sans modification*)

Textes en vigueur

Art. L. 1435-4-3. – I. – Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un médecin conventionné, régi par les articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, un contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire en application duquel il perçoit une rémunération forfaitaire lorsqu'il interrompt son activité médicale pour cause de maternité ou de paternité sans bénéficiaire de la prestation partagée d'éducation de l'enfant prévue à l'article L. 531-4 du même code.

Le praticien territorial de médecine ambulatoire s'engage pendant une durée fixée par le contrat, qui ne peut être inférieure à trente-six mois et supérieure à soixante-douze mois :

1° À respecter les tarifs opposables ou, lorsqu'il est autorisé à pratiquer des honoraires différents des tarifs conventionnels, à limiter ses dépassements d'honoraires ;

2° À exercer une activité médicale libérale dans une zone définie par l'agence régionale de santé et caractérisée, pour la spécialité qu'il exerce, par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins ;

3° À se faire remplacer pendant toute la période de cessation de son activité en cas d'interruption pour cause de maternité ou de paternité ;

4° À ne pas être lié par un contrat de praticien territorial de médecine générale mentionné à l'article L. 435-4-2 du présent code.

Texte du projet de loi

2° Le I de l'article L. 1435-4-3 est ainsi modifié :

a) Après les mots : « pour cause », sont insérés les mots : « de maladie ou » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« La rémunération complémentaire perçue lors de l'interruption d'activité pour cause de maternité ou de paternité, au titre du présent contrat, n'est pas cumulable avec l'aide financière prévue au 25° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. »

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

II. – Le contrat prévoit des engagements individualisés qui peuvent porter sur les modalités d'exercice, des actions d'amélioration des pratiques, des actions de dépistage, de prévention et d'éducation à la santé et des actions destinées à favoriser la continuité de la coordination des soins et la permanence des soins.

III. – Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article, notamment les règles limitant les dépassements d'honoraires des médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents des tarifs conventionnels.

Code de la sécurité sociale

Art. L. 162-14-2. – I. – En cas de rupture des négociations préalables à l'élaboration d'une convention ou d'un accord conventionnel interprofessionnel mentionnés à l'article L. 162-14-1 ou d'opposition à la nouvelle convention ou à l'accord dans les conditions

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Article 43 bis (nouveau)

Après l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-6-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-6-1. – Dans les zones, définies par les agences régionales de santé en concertation avec les organisations syndicales représentatives des médecins au plan national, dans lesquelles est constaté un fort excédent en matière d'offre de soins, le conventionnement à l'assurance maladie d'un médecin libéral ne peut intervenir qu'en concomitance avec la cessation d'activité libérale d'un médecin exerçant dans la même zone. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article. »

Amendement AS419

Article 43 ter (nouveau)

La section 3.1 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° Au premier alinéa du I de l'article L. 162-14-2, après la référence : « L. 162-14-1 », est insérée la référence : « ou » à l'article L. 162-16-1 » ;

Textes en vigueur

prévues à l'article L. 162-15, un arbitre arrête un projet de convention ou d'accord dans le respect du cadre financier pluriannuel des dépenses de santé.

Le projet est soumis aux ministres pour approbation et publication, selon les règles prévues à l'article L. 162-15, sous la forme d'un règlement arbitral.

Les dispositions conventionnelles antérieures continuent de produire leurs effets jusqu'à la date d'entrée en vigueur du règlement.

Le règlement arbitral est arrêté pour une durée de cinq ans. Toutefois, les partenaires conventionnels engagent des négociations en vue d'élaborer une nouvelle convention ou un nouvel accord au plus tard dans les deux ans qui suivent l'entrée en vigueur du règlement arbitral. Celui-ci cesse d'être applicable à compter de l'entrée en vigueur d'une nouvelle convention ou d'un nouvel accord.

Les dispositions du présent article sont applicables à son renouvellement.

II. – L'arbitre est désigné par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative des professionnels de santé libéraux concernés. A défaut ou en cas d'opposition à cette désignation, formée dans les mêmes conditions que celles définies au quatrième alinéa de l'article L. 162-15, il est désigné par le président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Art. L 162-15. – Les conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre, l'accord-cadre prévu à l'article L. 162-1-13 et les accords conventionnels interprofessionnels

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

2° L'article L. 162-15 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, après le mot : « chapitre », sont insérés les mots : « la convention prévue à l'article L. 162-16-1. » ;

Textes en vigueur

prévus à l'article L. 162-14-1, leurs annexes et avenants sont transmis, au nom des parties signataires, lors de leur conclusion ou d'une tacite reconduction, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Conseil national de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des masseurs-kinésithérapeutes, des infirmiers ou des pédicures-podologues est consulté par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie de ces professions. L'avis rendu est transmis simultanément à l'union et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

L'accord-cadre, les accords conventionnels interprofessionnels, les conventions, annexes et avenants sont approuvés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ils sont réputés approuvés si les ministres n'ont pas fait connaître aux signataires, dans le délai de vingt et un jours à compter de la réception du texte, qu'ils s'opposent à leur approbation du fait de leur non-conformité aux lois et règlements en vigueur ou pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire ou lorsqu'il est porté atteinte au principe d'un égal accès aux soins.

Toutefois, lorsque la non-conformité aux lois et règlements en vigueur de l'accord-cadre, des accords conventionnels interprofessionnels, de la convention, de l'avenant ou de l'annexe concerne seulement une ou plusieurs dispositions divisibles, les ministres compétents peuvent, dans le délai prévu ci-dessus, disjoindre cette ou ces seules dispositions de l'approbation. Ils notifient cette disjonction à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Ils peuvent également, dans les mêmes conditions, lorsque l'accord-cadre, une convention ou un avenant a pour objet de rendre opposables les références professionnelles mentionnées à l'article L. 162-12-15, exclure certaines références de l'approbation dans l'intérêt de la santé publique. Il est fait mention de ces exclusions lors de la

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

— à la deuxième phrase, après le mot : « des sages-femmes, », sont insérés les mots : « des pharmaciens, » :

Textes en vigueur

publication.

L'opposition formée à l'encontre d'une convention ou d'un accord prévu à la section 1 du présent chapitre par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 réunissant la majorité des suffrages exprimés, dans chacun des deux collèges, lors des élections à l'union régionale des professionnels de santé regroupant les médecins fait obstacle à sa mise en œuvre.

L'opposition formée à l'encontre d'une convention ou d'un accord prévu aux sections 2 et 3 du présent chapitre, de l'accord-cadre prévu à l'article L. 162-1-13 et des accords conventionnels interprofessionnels prévus à l'article L. 162-14-1 par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 réunissant la majorité des suffrages exprimés lors des élections aux unions régionales des professionnels de santé prévues à l'article L. 4031-2 du code de la santé publique fait obstacle à sa mise en œuvre.

Pour les professions pour lesquelles, en application de l'article L. 4031-2 du même code, ne sont pas organisées d'élections aux unions régionales des professionnels de santé, l'opposition fait obstacle à la mise en œuvre de la convention ou de l'accord si elle est formée par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 du présent code réunissant au moins le double des effectifs de professionnels représentés par les organisations syndicales signataires.

L'accord-cadre, les accords conventionnels interprofessionnels, les conventions et leurs avenants approuvés sont publiés au Journal officiel de la République française.

L'accord-cadre, les conventions nationales, leurs avenants, le règlement et les accords de bon usage des soins

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

b) Au cinquième alinéa, après le mot : « chapitre, », sont insérés les mots : « de la convention prévue à l'article L. 162-16-1, ».

Amendement AS219

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

mentionnés à l'article L. 162-12-17 sont applicables :

1° Aux professionnels de santé qui s'installent en exercice libéral ou qui souhaitent adhérer à la convention pour la première fois s'ils en font la demande ;

2° Aux autres professionnels de santé tant qu'ils n'ont pas fait connaître à la caisse primaire d'assurance maladie qu'ils ne souhaitent plus être régis par ces dispositions.

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie soumet pour avis à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, avant transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-14-1 ou des rémunérations mentionnées par les conventions ou accords prévus aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-32-1 et L. 322-5-2. Cet avis est réputé rendu au terme d'un délai de vingt et un jours à compter de la réception du texte. Il est transmis à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, qui en assure la transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale simultanément à celle de la convention, l'avenant, l'accord-cadre ou l'accord interprofessionnel. Le présent alinéa ne s'applique pas lorsque l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire participe aux négociations dans les conditions prévues à l'article L. 162-14-3.

Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012

Article 44

Article 44

Art. 66. – I. – Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1^{er} janvier 2012 et pour une période n'excédant pas cinq ans, portant sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents préhospitaliers réalisés à la

I. – Au I de l'article 66 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, le chiffre : « cinq » est remplacé par le chiffre : « huit ».

I. – (Sans modification)

Textes en vigueur

demande du service d'aide médicale urgente, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité de l'offre de transports sanitaires urgents en région.

(...)

Code de la sécurité sociale

Art. L. 133-4. – En cas d'inobservation des règles de tarification ou de facturation :

1° Des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17, L. 165-1, L. 162-22-7 ou relevant des dispositions des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 ;

2° Des frais de transports mentionnés à l'article L. 160-8,

L'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel ou de l'établissement à l'origine du non-respect de ces règles et ce, que le paiement ait été effectué à l'assuré, à un autre professionnel de santé ou à un établissement.

Il en est de même en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés.

Lorsque le professionnel ou l'établissement faisant l'objet de la notification d'indu est également débiteur à l'égard de l'assuré ou de son organisme complémentaire, l'organisme de prise en charge peut récupérer la totalité de l'indu. Il restitue à l'assuré et, le cas échéant, à son organisme complémentaire les montants qu'ils ont versés à tort.

Texte du projet de loi

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

1° Après le sixième alinéa de l'article L. 133-4, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 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

Propositions de la Commission

II. – *(Alinéa sans modification)*

1° à 9° *(Sans modification)*

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

L'action en recouvrement, qui se prescrit par trois ans, sauf en cas de fraude, à compter de la date de paiement de la somme indue, s'ouvre par l'envoi au professionnel ou à l'établissement d'une notification de payer le montant réclamé ou de produire, le cas échéant, leurs observations.

Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir.

En cas de rejet total ou partiel des observations de l'intéressé, le directeur de l'organisme d'assurance maladie adresse, par lettre recommandée, une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. La mise en demeure ne peut concerner que des sommes portées sur la notification.

Lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'organisme peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux sommes réclamées qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure. Cette majoration peut faire l'objet d'une remise.

Un décret en Conseil d'État définit les modalités d'application des quatre alinéas qui précèdent.

somme correspondant aux tarifs des actes inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du présent code qui auraient dû être facturés à raison de l'activité réalisée. » ;

2° Après l'article L. 162-22-6, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22-6-1. – La prise en charge d'une affection nécessitant

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L.162-22-7. – I. – L'État fixe, sur demande du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, la liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché dispensées aux patients hospitalisés dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 qui peuvent être prises en charge, sur présentation des factures, par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° du même article, ainsi que les conditions dans lesquelles certains produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peuvent faire l'objet d'une prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation susmentionnées. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des médicaments en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6.

Bénéficient d'un remboursement intégral de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie les établissements qui ont adhéré au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations établi conjointement par le directeur général de l'agence régionale de santé et l'assurance maladie dans des conditions définies par décret.

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° de l'article L. 162-22-6.

« 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. » ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 162-22-7, le mot : « hospitalisés » est supprimé ;

Textes en vigueur

Lorsque l'établissement adhérent ne respecte pas les stipulations de ce contrat et après qu'il a été mis en demeure de présenter ses observations, ce remboursement peut être réduit dans la limite de 30 % de la part prise en charge par l'assurance maladie et en tenant compte des manquements constatés.

Les établissements qui n'ont pas adhéré au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations bénéficient d'un remboursement à hauteur de 70 % de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.

La prise en charge des médicaments orphelins au sens du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins est subordonnée à la validation de la prescription initiale par le centre de référence de la maladie pour le traitement de laquelle la prescription est envisagée, lorsqu'il existe, ou par l'un des centres de compétence qui lui sont rattachés.

(...)

Art. L. 162-8-1. – Lorsqu'elles répondent à des critères d'isolement géographique, les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 exercées par des établissements de santé situés dans des zones à faible densité de population peuvent être financées selon des modalités dérogatoires aux articles L. 162-22-6 et L. 162-22-10, sous réserve que les prestations d'hospitalisation assurées par ces établissements et la situation financière de ceux-ci le justifient. Un décret en Conseil d'État détermine ces modalités dérogatoires de financement, les critères permettant de caractériser l'isolement géographique des activités concernées ainsi que les critères d'éligibilité des établissements de santé tenant, d'une

Texte du projet de loi

4° Au premier alinéa de l'article L. 162-22-8-1, les mots : « situés dans des zones à faible densité de population » sont supprimés et après les mots : « densité de population des zones dans lesquelles ils sont situés », sont insérés les mots : « sauf lorsqu'il s'agit d'un territoire insulaire » ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

part, à la densité de population des zones dans lesquelles ils sont situés et, d'autre part, aux prestations qu'ils assurent et à leur situation financière.

La liste des établissements exerçant des activités auxquelles s'appliquent les modalités de financement définies au premier alinéa est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sur proposition, pour chaque région, du directeur général de l'agence régionale de santé.

Art. L. 162-22-9-1. – I. – Les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 peuvent être minorés par l'application d'un coefficient, de manière à concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. La valeur de ce coefficient peut être différenciée par catégorie d'établissements.

Texte du projet de loi

5° Après l'article L. 162-22-8-2, il est inséré un article ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-8-3. –* Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6, les établissements de santé mentionnés aux *a, b, c* et *d* du même article exerçant des activités de soins critiques définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, eu égard notamment aux conditions de fonctionnement des unités dans lesquelles ces activités sont réalisées et aux caractéristiques des personnes prises en charge, peuvent bénéficier d'un financement mixte sous la forme de tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 et d'une dotation complémentaire. » ;

6° L'article L. 162-22-9-1 est ainsi modifié :

a) Le II devient le III ;

b) Après le I, il est rétabli un II ainsi rédigé :

« II. – Le montant de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-8-3,

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

II. – 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 les montants issus de la valorisation de l’activité des établissements par les tarifs mentionnés au 1° du I de l’article L. 162-22-10 et ceux issus de la valorisation de cette même activité par les tarifs minorés du coefficient mentionné au I du présent article.

Les modalités d’application du présent article sont définies par décret en Conseil d’État.

Art. L. 162-22-10. – I. – Chaque année, l’État fixe, selon les modalités prévues au II de l’article L. 162-22-9, les éléments suivants/

1° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l’article L. 162-22-6 servant de base au calcul de la participation de l’assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d’établissements, notamment en fonction des conditions d’emploi du personnel médical ;

2° Les montants des forfaits annuels mentionnés à l’article L. 162-22-8 ;

déterminé selon les modalités prévues au 2° de l’article L. 162-22-10, peut être minoré par l’application du coefficient défini au I. » ;

c) Après le premier alinéa du III, il est inséré un IV ainsi rédigé :

« 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 mentionnée à l’article L. 162-22-8-3, déterminé selon les modalités prévues au 2° de l’article L. 162-22-10 et le montant de cette dotation minoré dans les conditions définies au II. » ;

7° Le I de l’article L. 162-22-10 est ainsi modifié :

a) Le 2° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 2° Les modalités de détermination du montant des forfaits annuels mentionnés à l’article L. 162-22-8 et de la dotation

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés ci-dessus, des établissements implantés dans certaines zones afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ;

4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 ;

5° Les seuils mentionnés à l'article L. 162-22-9-2.

Les éléments mentionnés aux 1°, 3° et 4° prennent effet le 1^{er} mars de l'année en cours et ceux mentionnés aux 2° et 5° le 1^{er} janvier de la même année, à l'exception de ceux fixés en application du II *bis*.

(...)

Art. L. 162-22-12. – L'État arrête le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 de chaque établissement.

Art. L. 162-22-15. – Les forfaits annuels et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés respectivement aux articles L. 162-22-8 et L. 162-22-14 sont versés aux établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, d'une part, et aux établissements mentionnés au d du même article, d'autre part, dans les conditions fixées par voie réglementaire, par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18.

mentionnée à l'article L. 162-22-8-3 ; »

b) Au 3°, les mots : « et aux forfaits annuels mentionnés ci-dessus » sont remplacés par les mots : « , aux forfaits annuels et à la dotation mentionnés au 2° » ;

8° À l'article L. 162-22-12, après les mots : « mentionnés à l'article L. 162-22-8 » sont insérés les mots : « et de la dotation 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 » ;

9° À l'article L. 162-22-15, les mots : « Les forfaits annuels et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés respectivement aux articles L. 162-22-8 et L. 162-22-14 » sont remplacés par les mots : « 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 » ;

9° bis Le premier alinéa de l'article L. 162-25 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Lorsqu'elle

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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

Art. L. 162-27. – Les spécialités pharmaceutiques classées par leur autorisation de mise sur le marché dans la catégorie des médicaments à prescription hospitalière et devant être administrées dans un environnement hospitalier peuvent être directement fournies par la pharmacie à usage intérieur en vue de leur administration au cours de la prise en charge d'un patient dont l'état de santé nécessite des soins non suivis d'hospitalisation dans un établissement de santé.

Dans ce cas, ces spécialités font l'objet d'une prise en charge, en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 ou des actes et consultations mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-26, sur la base des tarifs définis aux alinéas suivants du présent article. Lorsque le montant de la facture est inférieur au tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base du montant de la facture, majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Lorsque ces spécialités sont inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7, elles bénéficient d'un remboursement sur facture de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, sur la base du tarif de responsabilité prévu à l'article L. 162-16-6.

Lorsque ces spécialités ne sont pas inscrites sur la liste mentionnée à

10° L'article L. 162-27 est abrogé ;

10° et 11° (*Sans modification*)

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 » ;

Amendement AS454

Textes en vigueur

l'article L. 162-22-7, le Comité économique des produits de santé fixe un tarif de prise en charge des spécialités selon la procédure mentionnée au I de l'article L. 162-16-6. Toutefois, dans ce cas, la décision du comité mentionnée au premier alinéa du I de l'article L. 162-16-6 intervient au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours suivant, soit l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, soit, pour les médicaments déjà inscrits sur cette liste, la notification de la décision prévoyant leur classement dans la catégorie des médicaments à prescription hospitalière mentionnée au premier alinéa du présent article.

Sont applicables aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les dispositions des articles L. 162-21-1, L. 162-22-6, L. 162-22-7, L. 162-22-8, L. 162-22-9-1, L. 162-22-10, L. 162-22-11, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15, L. 162-22-18 et L. 162-26.

Les compétences du directeur général de l'agence régionale de santé mentionnées aux articles visés au premier alinéa sont exercées en ce qui concerne le service de santé des armées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Les missions des caisses mentionnées aux articles L. 174-2 et L. 174-2-1 sont assurées en ce qui concerne le service de santé des armées par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale.

Les dépenses afférentes aux activités visées au premier alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-9.

Texte du projet de loi

11° L'article L. 174-15 est ainsi modifié :

a) Après la référence : « L. 162-22-6, » est insérée la référence : « L. 162-22-6-1, » ;

b) Après la référence : « L. 162-22-8 » est insérée la référence : « L. 162-22-8-3 ».

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Code de la santé publique

Art. L. 6312-1. – L'accès des salariés à des actions de formation professionnelle continue est assuré :

1° À l'initiative de l'employeur, le cas échéant, dans le cadre d'un plan de formation ;

2° À l'initiative du salarié notamment par la mobilisation du compte personnel de formation prévu à l'article L. 6323-1 et dans le cadre du congé individuel de formation défini à l'article L. 6322-1 ;

3° Dans le cadre des périodes de professionnalisation prévues à l'article L. 6324-1 ;

4° Dans le cadre des contrats de professionnalisation prévus à l'article L. 6325-1.

Code général des collectivités territoriales

Art. L. 2223-43. – Les établissements de santé publics ou privés qui assurent le transport de corps avant mise en bière et le transfert de corps dans une chambre funéraire doivent être titulaires de l'habilitation prévue à l'article L. 2223-23 au seul vu de la capacité professionnelle des agents et de la conformité des véhicules aux prescriptions fixées par les décrets visés aux 2° et 5° du même article.

III. – A. – Après le deuxième alinéa de l'article L. 6312-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le transport médicalisé d'enfants décédés de cause médicalement inexpliquée, en vue de prélèvements à des fins diagnostiques et scientifiques, ainsi que le transport de leurs représentants légaux en vue d'une prise en charge adaptée, effectué à l'aide de moyens de transport terrestre, aérien ou maritime spécialement adaptés à cet effet, est considéré comme un transport sanitaire depuis le lieu de prise en charge de l'enfant décédé jusqu'à l'établissement de santé appelé à réaliser les prélèvements. »

III. – (*Sans modification*)

Textes en vigueur

Cette habilitation peut être retirée dans les conditions prévues à l'article L. 2223-25.

Les dispositions des deux premiers alinéas du même article ne s'appliquent pas aux établissements de santé publics ou privés qui assurent le transport des corps de personnes décédées, en vue de prélèvement à des fins thérapeutiques, vers les établissements de santé autorisés à pratiquer ces prélèvements.

Ces établissements ne peuvent exercer aucune autre mission relevant du service extérieur des pompes funèbres.

Code de la sécurité sociale

Art. L. 162-22-8-2. – Par dérogation à l'article L. 162-22-6 du présent code, les activités de médecine exercées par les hôpitaux de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique bénéficient d'un financement mixte sous la forme de tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du présent code et

Texte du projet de loi

B. – Le troisième alinéa de l'article L. 2223-43 du code général des collectivités territoriales est complété par les mots : « ou qui assurent le transport d'enfants décédés de cause médicalement inexpliquée, en vue de prélèvements à des fins diagnostiques et scientifiques, vers l'établissement de santé appelé à réaliser les prélèvements ».

Article 45

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

1° L'article L. 162-22-8-2 est abrogé ;

Propositions de la Commission

IV. – Le premier alinéa de l'article L. 162-30-4 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de l'article 81 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, le sixième alinéa de l'article L. 6113-12 du code de la santé publique et le deuxième alinéa de l'article L. 6113-13 du même code sont complétés par une phrase ainsi rédigé : « Cette pénalité est versée à l'assurance maladie ».

Amendement AS453

Article 45

I et II. – *(Sans modification)*

Textes en vigueur

d'une dotation forfaitaire, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État.

Art. L. 162-23-4. – Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-23 :

1° Le niveau des fractions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 162-23-3 ;

2° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements. Ces tarifs sont calculés en fonction de l'objectif défini à l'article L. 162-23 ;

3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux mentionnés au 2° du présent article et au forfait prévu à l'article L. 162-23-7 des établissements implantés dans certaines zones, afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ;

4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 ;

5° Le coefficient mentionné au II de l'article L. 162-23-6 ;

6° Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-23-7.

Sont applicables au 1^{er} mars de l'année en cours les éléments mentionnés aux 1° à 3°.

Sont applicables au 1^{er} janvier de l'année en cours les éléments mentionnés aux 4° à 6°.

Texte du projet de loi

2° L'article L. 162-23-4 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, avant les mots : « Chaque année », il est inséré un : « I » ;

b) Au 2°, après les mots : « catégories d'établissements », sont insérés les mots : « , notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical » ;

c) Après le dernier alinéa, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 174-1-1. – Chaque année est défini un objectif des dépenses d'assurance maladie constitué des activités suivantes :

1° Les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 exercées par les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 ;

2° L'ensemble des activités des établissements mentionnés à l'article L. 162-22-16 ;

3° Les activités mentionnées au 3° de l'article L. 162-22 ;

4° Les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 dispensées par le service de santé des armées et l'ensemble des activités de soins de l'Institution nationale des invalides ;

5° Les activités de soins dispensés par l'établissement public territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon ;

6° Les activités de soins dispensés par l'établissement public de santé de Mayotte ;

7° Les activités de soins

« II. – Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de soins de suite et de réadaptation exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 sont fixés par l'État. » ;

3° Après l'article L. 162-23-14, il est inséré un article L. 162-23-15 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-23-15.* – Par dérogation aux articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 du présent code, les activités de médecine ou de soins de suite et de réadaptation exercées par les hôpitaux de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique bénéficient d'un financement mixte sous la forme de recettes issues de leur activité et d'une dotation forfaitaire, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. » ;

4° À l'article L. 174-1-1, après

Textes en vigueur

dispensés par un hôpital établi dans un autre État à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, en application d'un accord conclu entre la France et l'État concerné.

Cet objectif est constitué du montant total des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre du 7° du présent article et des dotations annuelles de financement fixées en application des articles L. 162-22-16, L. 174-1, L. 174-5 et L. 174-15 et de celles fixées en application des articles L. 6147-5 et L. 6416-1 du code de la santé publique.

Le montant de cet objectif est arrêté par l'État en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Il distingue la part afférente à chacune des activités mentionnées au 1°. Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.

Le montant de cet objectif est constitué en dotations régionales. Certaines des dépenses incluses dans l'objectif mentionné au premier alinéa peuvent ne pas être incluses dans ces dotations régionales. Le montant des dotations régionales, qui présente un caractère limitatif, est fixé par l'État en tenant compte de l'activité des établissements, des orientations des schémas d'organisation des soins et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire.

Texte du projet de loi

le 7°, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« 8° Les activités de soins dispensés par les maisons d'enfants à caractère sanitaire mentionnées à l'article L. 2321-2 du code de la santé publique. »

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Code de la santé publique

Art. L. 6111-3-1. – I. – Les hôpitaux de proximité sont des établissements de santé publics ou privés qui contribuent, par des coopérations avec les structures et professionnels de médecine ambulatoire et avec les établissements et services médico-sociaux, à l'offre de soins de premier recours dans les territoires qu'ils desservent. Ils permettent aux patients qui s'adressent à eux d'accéder à des consultations spécialisées, dans le cadre des coopérations qu'ils développent, et assurent, en cas de nécessité, l'orientation des patients vers des structures dispensant des soins de second recours.

II. – Les hôpitaux de proximité exercent une activité de médecine. Ils n'exercent pas d'activité de chirurgie ou d'obstétrique.

Le volume de leur activité de médecine n'excède pas un seuil défini dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

III. – Pour chaque région, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, sur proposition du directeur de l'agence régionale de santé, la liste des hôpitaux de proximité au regard des besoins de la population et de l'offre de soins dans la région.

IV. – Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article, notamment les modalités de révision de la liste mentionnée au III.

Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016

Art. 78. – I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

II. – L'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa du II, après le mot : « médecine », sont insérés les mots : « ou de soins de suite et de réadaptation » ;

2° Au second alinéa du II, les mots : « n'excède pas un seuil défini » sont remplacés par les mots : « ou celui de leur activité de soins de suite et de réadaptation n'excède pas un seuil défini, qui peut être différencié pour chacune de ces activités, » ;

3° Au III, il est ajouté une phrase ainsi rédigée : « La liste distingue les établissements reconnus comme hôpitaux de proximité au titre de leur activité de médecine ou de soins de suite et de réadaptation. » ;

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 :

III. – (*Alinéa sans modification*)

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

1° Le 1° de l'article L. 133-4 est ainsi modifié :

a) Après la référence « L. 162-22-7 », est insérée la référence : « et L. 162-23-6 » ;

b) À la fin, la référence : « et L. 162-22-6 » est remplacée par les références : « , L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;

2° À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 138-10, la référence : « , à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « ou aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;

3° À la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 162-1-14-2, la référence : « de l'article L. 162-22-6 » est remplacée par les références : « des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;

4° Au premier alinéa de l'article L. 162-5-17, la référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;

5° L'article L. 162-16-6 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa du I, la référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » et la référence : « au même article L. 162-22-7 » est remplacée par les mots : « aux mêmes articles » ;

b) À la première phrase du II, la référence : « au 1° de l'article L. 162-22-6 » est remplacée par les références : « au 1° des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » et la référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;

6° Au premier alinéa de l'article L. 162-17-5, la référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;

7° L'article L. 162-22 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22.* – Les établissements de santé autorisés en application de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique sont financés :

« 1° Pour les activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie, conformément à l'article L. 162-22-6 du présent code ;

« 2° Pour les activités de psychiatrie, conformément à l'article L. 162-22-1 dans les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 et conformément à l'article L. 174-1 dans les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 ;

« 3° Pour les activités réalisées dans les unités ou centres de soins de longue durée mentionnés à l'article L. 174-5, conformément à l'article L. 174-1 ;

« 4° Pour les activités de soins de suite et de réadaptation, conformément à l'article L. 162-23-1. » ;

8° L'intitulé de la sous-section 3 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} est ainsi rédigé : « Dispositions relatives aux activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie » ;

9° La sous-section 4 de la même section 5 devient la sous-section 6 ;

10° La même sous-section 4 est ainsi rétablie :

« *Sous-section 4*

« *Dispositions relatives aux activités de soins de suite et de réadaptation*

« *Art. L. 162-23.* – I. – Chaque année, est défini un objectif de dépenses

Textes en vigueur

d'assurance maladie afférent aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret.

« Le montant de cet objectif est arrêté par l'État en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

« Il prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés, pour tout ou partie, sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment les conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte les évolutions intervenues en cours d'année.

« Il distingue les parts afférentes :

« 1° Aux dépenses relatives au financement de la liste des spécialités pharmaceutiques définie à l'article L. 162-23-6 ;

« 2° À la dotation nationale définie à l'article L. 162-23-8.

« II. – Un décret en Conseil d'État précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif ainsi que les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminés les éléments mentionnés aux 1° à 6° de l'article L. 162-23-4 compatibles avec le respect de l'objectif, en prenant en compte à cet effet, notamment, les prévisions d'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours, mesurée notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

de la santé publique. Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 2° de l'article L. 162-23-4 du présent code peuvent être déterminés, en tout ou partie, à partir des données afférentes au coût relatif des prestations, issues notamment de l'étude nationale de coûts définie à l'article L. 6113-11 du code de la santé publique.

« *Art. L. 162-23-1.* – Pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22, un décret en Conseil d'État, pris après avis des organisations les plus représentatives des établissements de santé, détermine :

« 1° Les catégories de prestations d'hospitalisation sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;

« 2° Les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à une facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;

« 3° Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.

« *Art. L. 162-23-2.* – Les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 sont financées par :

« 1° Des recettes issues de l'activité de soins, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-3 ;

« 2° Le cas échéant, des financements complémentaires prenant en charge :

« *a)* Les spécialités pharmaceutiques, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-6 ;

« *b)* Les plateaux techniques spécialisés, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-7 ;

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

« c) Les missions mentionnées à l'article L. 162-23-8 ;

« d) L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-15.

« *Art. L. 162-23-3.* – Les activités de soins mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-2 exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 sont financées par :

« 1° Une dotation calculée chaque année sur la base de l'activité antérieure, mesurée par les données prévues aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, valorisée par une fraction des tarifs mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 du présent code et par le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie au titre de cette activité, affectés le cas échéant du coefficient géographique mentionné au 3° de l'article L. 162-23-4 ainsi que du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 ;

« 2° Pour chaque séjour, un montant forfaitaire correspondant à une fraction des tarifs mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4, affectés le cas échéant du coefficient géographique mentionné au 3° de l'article L. 162-23-4 ainsi que du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5.

« *Art. L. 162-23-4.* – Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-23 :

« 1° Le niveau des fractions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 162-23-3 ;

« 2° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements. Ces tarifs sont calculés en fonction de l'objectif défini à l'article L. 162-23 ;

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« 3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux mentionnés au 2° du présent article et au forfait prévu à l'article L. 162-23-7 des établissements implantés dans certaines zones, afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ;

« 4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 ;

« 5° Le coefficient mentionné au II de l'article L. 162-23-6 ;

« 6° Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-23-7.

« Sont applicables au 1^{er} mars de l'année en cours les éléments mentionnés aux 1° à 3°.

« Sont applicables au 1^{er} janvier de l'année en cours les éléments mentionnés aux 4° à 6°.

« *Art. L. 162-23-5. – I. –* Les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 servant de base au calcul de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 162-23-3 et du montant forfaitaire mentionné au 2° du même article peuvent être minorés par l'application d'un coefficient, de manière à concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. La valeur de ce coefficient peut être différenciée par catégorie d'établissements de santé.

« II. – Au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'État peut décider de verser aux établissements de santé tout ou partie du montant correspondant à la différence entre les montants issus de la valorisation de l'activité des établissements par les tarifs mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 et ceux issus de la valorisation de cette même activité par

Textes en vigueur

les tarifs minorés du coefficient mentionné au I du présent article.

« *Art. L. 162-23-6.* – I. – L'État fixe, sur demande du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, la liste des spécialités pharmaceutiques dispensées aux patients pris en charge dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 et bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché qui peuvent être prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des spécialités pharmaceutiques mentionnées au même 1°.

« Sous réserve du respect du montant défini au même 1°, l'État peut verser aux établissements de santé le montant correspondant à la différence entre les montants issus des factures et ceux issus des factures minorés du coefficient mentionné au premier alinéa du présent II. Avant le 1^{er} mai de l'année suivante, l'État arrête le montant à verser aux établissements de santé.

« *Art. L. 162-23-7.* – Les charges non prises en compte par les tarifs des prestations mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 liées à l'utilisation de plateaux techniques spécialisés par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 qui, par leur nature, nécessitent la mobilisation de moyens importants peuvent être compensées en tout ou partie par un forfait.

« Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des plateaux techniques spécialisés mentionnés au premier alinéa du présent article.

« *Art. L. 162-23-8.* – I. – La part prévue au 2° du I de l'article L. 162-23, affectée à la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

des établissements de santé mentionnés aux *a, b, c* et *d* de l'article L. 162-22-6, participe notamment au financement des engagements relatifs :

« 1° Aux missions mentionnées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique, à l'exception des formations prises en charge par la région en application des articles L. 4151-9, L. 4244-1 et L. 4383-5 du même code ;

« 2° À la mise en œuvre des orientations du schéma régional d'organisation des soins ;

« 3° À l'amélioration de la qualité des soins ;

« 4° À la réponse aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, notamment la création de communautés hospitalières de territoire, par dérogation à l'article L. 162-1-7 du présent code ;

« 5° À la mise en œuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements.

« Par dérogation à l'article L. 162-23-1, cette dotation participe également au financement des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques.

« Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des missions financées par cette dotation.

« Les engagements mentionnés aux 1° à 5° sont mentionnés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique.

« Lorsque des établissements de santé ont constitué un groupement de coopération sanitaire pour mettre en œuvre tout ou partie de leurs missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, la dotation de

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

financement relative aux missions transférées peut être versée directement au groupement de coopération sanitaire par la caisse d'assurance maladie désignée en application des articles L. 174-2 ou L. 174-18, selon le cas.

« Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, en fonction du montant mentionné au 2° du I de l'article L. 162-23 et après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés, le montant des dotations régionales ainsi que les critères d'attribution aux établissements.

« II. – Le montant annuel de la dotation de chaque établissement de santé est fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé en fonction des missions d'intérêt général, des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques et des objectifs et des orientations prévus dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de leur état d'avancement ou, à défaut, dans le cadre de l'engagement contractuel spécifique prévu au 1° du I du présent article.

« Les modalités de versement et de prise en charge de cette dotation sont fixées à l'article L. 162-23-10.

« *Art. L. 162-23-9.* – Dans les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6, les tarifs nationaux prévus au 2° de l'article L. 162-23-4, affectés le cas échéant du coefficient géographique prévu au 3° de l'article L. 162-23-4, servent de base à l'exercice des recours contre les tiers et à la facturation des prestations prévues au 1° de l'article L. 162-23-1 des malades non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve de l'article L. 174-20.

« *Art. L. 162-23-10.* – Le forfait relatif aux plateaux techniques spécialisés et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés, respectivement, aux articles L. 162-23-7 et L. 162-23-8 sont

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

versés par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18 aux établissements de santé dans les conditions fixées par voie réglementaire.

« Art. L. 162-23-11. – Les modalités d'application de la présente sous-section sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;

11° Après la même sous-section 4, telle qu'elle résulte du 10° du présent I, est insérée une sous-section 5 intitulée : « Dispositions communes aux activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie et aux activités de soins de suite et de réadaptation » et comprenant les articles L. 162-22-17, L. 162-22-18, L. 162-22-19 et L. 162-22-20 qui deviennent, respectivement, les articles L. 162-23-12, L. 162-23-13, L. 162-23-14 et L. 162-23-15 ;

12° Au premier alinéa de l'article L. 162-22-18, les mots : « des dispositions de l'article L. 162-22-6 » sont remplacés par les références : « des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;

13° L'article L. 162-22-19 est ainsi modifié :

a) Après le 1°, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :

« 1° *bis* Le financement des activités de soins de suite et de réadaptation et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés ; »

b) À la fin de la première phrase du 2°, la référence : « à l'article L. 162-22-13 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-13 et L. 162-23-8 » ;

14° L'article L. 162-22-20 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence : « au 1° » est remplacée par les références : « aux 1° et 4° » ;

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

b) À la seconde phrase du second alinéa, le mot : « définis » est remplacé le mot : « définies » ;

15° L'article L. 162-26 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, la référence : « et L. 162-14-1 » est remplacée par les références : «, L. 162-14-1 et L. 162-21-1 » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « de soins de suite ou de réadaptation » sont supprimés ;

16° L'article L. 162-27 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, la référence : « au 1° de l'article L. 162-22-6 » est remplacée par les références : « au 1° des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;

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

« Lorsque ces spécialités sont inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-23-6, elles bénéficient d'un remboursement sur facture dans les conditions définies au même article et sur la base du tarif de responsabilité prévu à l'article L. 162-16-6. » ;

c) À la première phrase du dernier alinéa, après la référence : « L. 162-22-7 », est insérée la référence : « ou à l'article L. 162-23-6 » ;

17° Le premier alinéa de l'article L. 174-2-1 est ainsi modifié :

a) La référence : « au 1° de l'article L. 162-22-6 » est remplacée par les références : « au 1° des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;

b) La référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;

18° L'article L. 174-15 est ainsi

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

modifié :

a) Au premier alinéa, la référence : « L. 162-22-18 » est supprimée ;

b) Après le premier alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Sont applicables aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les articles L. 162-23-1 à L. 162-23-11.

« Sont applicables aux activités mentionnées aux 1° et 4° de l'article L. 162-22, lorsqu'elles sont exercées par le service de santé des armées, les articles L. 162-23-12 à L. 162-23-15. » ;

c) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les dépenses afférentes aux activités mentionnées au deuxième alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-23. » ;

19° L'article L. 753-4 est ainsi modifié :

a) À la fin du premier alinéa, la référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;

b) À la fin du 3°, les mots : « la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 » sont remplacés par les mots : « les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 ».

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

1° À la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 6114-1, la référence : « L. 162-22-18 » est remplacée par la référence : « L. 162-23-13 » ;

2° La première phrase du premier alinéa de l'article L. 6145-1 est ainsi modifiée :

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

a) Après la référence : « L. 162-22-10 », est insérée la référence : « et au 2° de l'article L. 162-23-4 » ;

b) La référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;

c) La référence : « à l'article L. 162-22-8 » est remplacée par les mots : « aux articles L. 162-22-8 et L. 162-23-7 du même code, de la dotation prévue à l'article L. 162-23-15 » ;

d) La référence : « à l'article L. 162-22-14 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-14 et L. 162-23-8 » ;

e) Après la référence : « L. 162-22-16 », est insérée la référence : « L. 162-23-3 » ;

3° Le I de l'article L. 6145-4 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après la référence : « L. 162-22-10 », est insérée la référence : « ou au 2° de l'article L. 162-23-4 » ;

b) Au 2°, après la référence : « L. 162-22-14 », est insérée la référence : « et au II de l'article L. 162-23-8 » ;

c) Il est ajouté un 4° ainsi rédigé :

« 4° Une modification des éléments mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 6° de l'article L. 162-23-4 du même code. »

III. – Le présent article est applicable à compter du 1^{er} janvier 2017, sous réserve des dispositions suivantes.

A. – Par dérogation à l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au plus tard jusqu'au 1^{er} mars 2022, le niveau des fractions mentionnées au 1° du même article peut

1° Au A du III, après les mots : « code de la sécurité sociale », sont ajoutés les mots : « , à compter du 1^{er} mars 2018 » ;

1° et 2° (*Sans modification*)

Textes en vigueur

être différencié entre les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du même code, d'une part, et les établissements mentionnés aux *d* et *e* du même article, d'autre part.

B. – Par dérogation aux articles L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au plus tard jusqu'au 1^{er} mars 2022, les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1^o de l'article L. 162-23-1 du même code sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 dudit code, dans les conditions définies aux articles L. 162-23-2 et L. 162-23-3 du même code, affectés d'un coefficient de transition, déduction faite, le cas échéant, de la participation de l'assuré.

Le coefficient de transition mentionné au premier alinéa du présent B est calculé, pour chaque établissement, afin de prendre en compte les conséquences sur les recettes d'assurance maladie de celui-ci des modalités de financement définies aux articles L. 162-23-2, L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale par rapport à celles préexistantes. Le coefficient ainsi calculé prend effet à compter du 1^{er} mars 2017 et s'applique jusqu'au 28 février 2022 au plus tard. Le coefficient doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1^{er} mars 2022.

Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent le taux moyen régional de convergence des coefficients de transition des établissements de santé.

L'État fixe les règles générales de modulation du taux moyen régional de convergence entre les établissements de la région. Le taux moyen de convergence des coefficients de transition des établissements pour lesquels la valeur du coefficient est inférieure à 1 peut excéder le taux moyen régional de convergence à la condition que la masse financière supplémentaire résultant de ce

Texte du projet de loi

2° Au premier alinéa du B du III, après les mots : « code de la sécurité sociale » sont ajoutés les mots : « , à compter du 1^{er} mars 2018 » et au deuxième alinéa, l'année : « 2017 » est remplacée par l'année : « 2018 » ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

dépassement soit prélevée sur les établissements pour lesquels la valeur du coefficient de transition est supérieure à 1. Ce prélèvement résulte de l'application d'un taux de convergence pour ces établissements supérieur au taux moyen régional.

La valeur du coefficient de transition de chaque établissement est fixée par le directeur général de l'agence régionale de santé et prend effet à la date d'entrée en vigueur des tarifs de prestation mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code. Le coefficient de transition de chaque établissement doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1^{er} mars 2022.

Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent B.

C. – Par dérogation à l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-23-6 du même code ne sont pas facturés à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 dudit code. Les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du même code transmettent à échéances régulières à l'agence régionale de santé, pour les activités mentionnées au 4^o de l'article L. 162-22 dudit code, leurs données d'activité, y compris celles relatives aux consultations externes. Ils lui transmettent simultanément la consommation des spécialités pharmaceutiques mentionnées au présent alinéa.

Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.

L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, d'une part, de l'activité par

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

application des tarifs des prestations fixés en application de l'article L. 162-23-4 dudit code dans les conditions prévues au B du présent III et, d'autre part, de la consommation des spécialités pharmaceutiques mentionnées au premier alinéa du présent C. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice de l'article L. 162-23-13 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.

La dérogation prévue au présent c prend fin au plus tard le 1^{er} mars 2020 selon des modalités calendaires, précisées par décret, qui peuvent être différentes en fonction de la catégorie des établissements et selon qu'il s'agit, d'une part, d'actes et de consultations externes ou, d'autre part, de prestations d'hospitalisation et de spécialités pharmaceutiques, mentionnées à l'article L. 162-23-6 dudit code.

Texte du projet de loi

3° Après le c du III, il est ajouté les dispositions suivantes :

« D. – À compter du 1^{er} mars 2017 et au plus tard jusqu'au 1^{er} mars 2022, afin de prendre en compte le niveau de spécialisation de chaque établissement, les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1, 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 du même code, sont affectées d'un coefficient de majoration.

« Ce coefficient est réduit chaque année et doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1^{er} mars 2022.

« Les modalités de détermination de ce coefficient sont définies par décret en Conseil d'État.

Propositions de la Commission

3° (*Alinéa sans modification*)

« D. – (*Sans modification*)

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« 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° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 sont financées selon les modalités suivantes :

« 1° Du 1^{er} janvier 2017 au 28 février 2017, elles demeurent financées selon les modalités antérieures à la publication de la présente loi sous réserve des exceptions prévues au 3° ci-après ;

« 2° Du 1^{er} mars 2017 au 28 février 2018, elles sont financées par deux montants cumulatifs :

« a) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement antérieures à la présente loi.

« En application du précédent alinéa, les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale des établissements mentionnés au 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 précédent alinéa ;

« b) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement prévues au 1° de l'article L. 162-23-2 du code de la sécurité sociale .Ce montant peut être affecté d'un coefficient de transition défini selon des modalités de calcul fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

« E. – (Alinéa *sans modification*)

« 1° (Alinéa *sans modification*)

« 2° (Alinéa *sans modification*)

« a) (Sans *modification*)

« b) (Alinéa *sans modification*)

« Pour chaque établissement mentionné au d et e de l'article L. 162-22-6, ce montant est minoré afin de neutraliser une fraction du montant des honoraires facturés dans

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

les conditions définies à l'article L. 162-1-7 par les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral au sein de ces établissements et précisées par un décret en Conseil d'État. Cette fraction est identique à celle mentionnée à l'alinéa précédent.

Amendement AS456

« 3° (*Sans modification*)

« 3° Les financements complémentaires prévus au 2° de l'article L. 162-23-2 du code de la sécurité sociale sont applicables au 1^{er} janvier 2017 sauf en ce qui concerne :

« a) Le financement complémentaire, mentionné au a du 2° de l'article L. 162-23-2, prenant en charge les molécules onéreuses, applicable à compter du 1^{er} mars 2018 ;

« b) Le financement complémentaire, mentionné au b du même article, prenant en charge les plateaux techniques spécialisés, applicable à compter du 1^{er} janvier 2018 ;

~~« 4° La prise en charge des actes et consultations externes pour les activités de soins de suite ou de réadaptation, définie à l'article L. 162-26, est applicable au 1^{er} janvier 2017 à hauteur d'une fraction dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;~~

« 4° Du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2017, les actes et consultations externes pour les activités de soins de suite ou de réadaptation, définies à l'article L. 162-26, sont financés par deux montants cumulatifs :

« a) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement telles que définies à l'article L. 162-26 dans sa version antérieure à la présente loi ;

« b) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement telles que définies à l'article L. 162-26. »

Amendement AS457

« 5° (*Alinéa sans modification*)

« 5° Du 1^{er} janvier 2017 au 31

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

décembre 2017, l'objectif de dépenses prévu à l'article L. 162-23 est constitué :

« a) Des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22, dans les conditions prévues ~~au 1° et au 4° du E~~ pour la période du 1^{er} janvier 2017 au 28 février 2017 ;

« b) Des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22, dans les conditions prévues ~~au 2° et au 4° du E~~ pour la période du 1^{er} mars 2017 au 31 décembre 2017 ;

« 6° Du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2018, l'objectif de dépenses prévu à l'article L. 162-23 du code de la sécurité sociale est constitué :

« a) Pour la période du 1^{er} janvier 2018 au 28 février 2018, des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 dans les conditions prévues ~~au 2° et au 4° du présent E~~ ;

« b) Pour la période du 1^{er} mars 2018 au 31 décembre 2018, des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 telles que prévues par l'article L. 162-23.

« F. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, du 1^{er} mars 2017 au 28 février 2018, le montant forfaitaire prévu au b du 2° du E n'est pas facturé par les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2.

« Ces établissements transmettent leurs données d'activité à échéances régulières à l'agence régionale de santé, au titre de leurs activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22.

« Ces établissements transmettent une copie de ces

« a) Des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22, dans les conditions prévues aux 1°, 3° et au 4° du présent E pour la période du 1^{er} janvier 2017 au 28 février 2017 ;

« b) Des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22, dans les conditions prévues aux 2°, 3° et au 4° du présent E pour la période du 1^{er} mars 2017 au 31 décembre 2017 ;

« 6° (*Alinéa sans modification*)

« a) Pour la période du 1^{er} janvier 2018 au 28 février 2018, des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 dans les conditions prévues aux 2°, 3° et au 4° du présent E ;

Amendement AS458

« b) (*Alinéa sans modification*)

« F et G. – (*Sans modification*)

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.

« L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, du montant forfaitaire prévu au *b* du 2° du E et arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2.

« L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice de l'article L. 162-23-13, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.

« Les modalités d'application du F sont définies par décret en Conseil d'État.

« G. – Dans les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, par exception au 2° de l'article L. 162-23-4 du même code, les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation du patient, jusqu'à la date mentionnée au II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

« Les conditions et modalités de la participation du patient aux tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 162-23-1 du même code sont fixées par voie réglementaire.

« L'augmentation de la base de calcul de cette participation ne peut excéder la limite maximale fixée par le décret mentionné au II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

« 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

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

IV. – Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2016, par dérogation aux articles L. 162-22-2 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, une part du montant des objectifs mentionnés aux mêmes articles est affectée, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à la constitution d'une dotation. Cette dotation participe au financement des missions d'intérêt général exercées par les établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 du même code dans le cadre de leurs activités de soins de suite et de réadaptation.

Les engagements des établissements de santé sont inscrits au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique.

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent :

1° La liste des missions financées par cette dotation ainsi que les critères d'attribution aux établissements ;

2° Le montant des dotations régionales, en fonction du montant mentionné au premier alinéa du présent IV et après avis des organisations

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, ainsi qu'à la facturation des soins et de l'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 du code de la sécurité sociale, et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État ou de la prise en charge des soins urgents en application des articles L. 251-1 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles. » ;

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

nationales les plus représentatives des établissements de santé.

Le montant annuel de la dotation de chaque établissement est fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé en fonction des missions d'intérêt général, des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques et des objectifs et orientations prévus dans le cadre de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de leur état d'avancement. Ces dotations sont versées aux établissements, dans des conditions fixées par décret, par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18 du code de la sécurité sociale.

V. – Du 1^{er} janvier 2016 au 28 février 2017, un montant afférent aux dépenses relatives à la consommation de molécules onéreuses est identifié au sein de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale allouée aux établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code, au titre de leurs activités de soins de suite et de réadaptation.

4° Au V, l'année : « 2017 » est remplacée par l'année : « 2018 » ;

4° et 5° (*Sans modification*)

5° Après le V, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« VI. – Du 1^{er} janvier 2017 au 28 février 2018, par dérogation au 8° 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 présente loi. »

Code de l'action sociale et des familles

Article 46

Article 46

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

I. – (*Alinéa sans modification*)

Art. L. 313-1. – Sauf pour les établissements et services mentionnés

1° Le deuxième alinéa de l'article L. 313-1 est remplacé par un

1° à 3° (*Sans modification*)

Textes en vigueur

au 4° du I de l'article L. 312-1, l'autorisation est accordée pour une durée de quinze ans. Le renouvellement, total ou partiel, est exclusivement subordonné aux résultats de l'évaluation externe mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 312-8.

Toute autorisation est caduque si elle n'a pas reçu un commencement d'exécution dans un délai fixé par décret à compter de sa date de notification.

Lorsque l'autorisation est accordée à une personne physique ou morale de droit privé, elle ne peut être cédée qu'avec l'accord de l'autorité compétente concernée. Cette autorité assure la publicité de cette décision dans la forme qui lui est applicable pour la publication des actes et décisions à caractère administratif.

Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement d'un établissement ou d'un service soumis à autorisation doit être porté à la connaissance de l'autorité compétente.

Les dispositions du présent article sont applicables aux couples ou aux personnes qui accueillent habituellement de manière temporaire ou permanente, à temps complet ou partiel, à leur domicile, à titre onéreux, plus de trois personnes âgées ou handicapées adultes.

Art. L. 313-11. – Sans préjudice des dispositions de l'article L. 313-12, des contrats pluriannuels peuvent être conclus entre les personnes physiques et morales gestionnaires d'établissements et services et la ou les autorités chargées de l'autorisation et, le cas échéant, les organismes de protection sociale, afin notamment de permettre la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont ils relèvent, la mise en oeuvre du

Texte du projet de loi

alinéa ainsi rédigé :

« Toute autorisation est réputée caduque si l'établissement ou le service n'est pas ouvert au public dans un délai et selon des conditions fixées par décret. Ce même décret fixe également les conditions selon lesquelles l'autorité compétente mentionnée à l'article L. 313-3 peut prolonger ce délai. » ;

2° À la première phrase de l'article L. 313-11, les mots : « Sans préjudice des dispositions de l'article L. 313-12 » sont supprimés ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

projet d'établissement ou de service ou de la coopération des actions sociales et médico-sociales.

Ces contrats fixent les obligations respectives des parties signataires et prévoient les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis, sur une durée maximale de cinq ans notamment dans le cadre de la tarification. Dans ce cas, les tarifs annuels ne sont pas soumis à la procédure budgétaire annuelle prévue aux II et III de l'article L. 314-7.

Ces contrats peuvent concerner plusieurs établissements et services.

Art. L. 313-12. – I. – Les établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 qui accueillent un nombre de personnes âgées dépendantes dans des proportions supérieures à des seuils appréciés dans des conditions fixées par décret sont des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

I bis. – (Abrogé)

I ter. – (Abrogé)

II. – Les établissements mentionnés au I dont la capacité est inférieure à un seuil fixé par décret sont des petites unités de vie.

Ces établissements peuvent déroger, dans des conditions fixées par décret, aux modalités de tarification des prestations remboursables aux assurés sociaux fixées au 1° du I de l'article L. 314-2.

III. – Sont dénommés résidences autonomie les établissements qui relèvent de façon combinée du 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code et de l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation et qui accueillent des personnes âgées dépendantes dans des proportions inférieures aux seuils mentionnés au I du présent article.

Les résidences autonomie proposent à leurs résidents des

Textes en vigueur

prestations minimales, individuelles ou collectives, qui concourent à la prévention de la perte d'autonomie, définies par décret. Ces prestations, qui peuvent être mutualisées et externalisées, peuvent également être proposées à des non-résidents.

L'exercice de leur mission de prévention donne lieu, sous réserve de la conclusion d'un contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 313-11 du présent code ou le cas échéant au IV *ter* du présent article et dans la limite des crédits correspondants attribués en application de l'article L. 14-10-10, à une aide dite " forfait autonomie ", allouée par le département. Un décret détermine les dépenses prises en charge à ce titre, ainsi que les conditions dans lesquelles le département fixe le montant du forfait.

Les résidences autonomie facilitent l'accès de leurs résidents à des services d'aide et de soins à domicile. Elles ne peuvent accueillir de nouveau résident remplissant les conditions de perte d'autonomie mentionnées à l'article L. 232-2 que si le projet d'établissement le prévoit et que des conventions de partenariat, dont le contenu minimal est prévu par décret, ont été conclues avec, d'une part, un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionné au I du présent article et, d'autre part, au moins l'une des catégories de praticiens de santé suivantes : un service de soins infirmiers à domicile, un service polyvalent d'aide et de soins à domicile, un centre de santé, des professionnels de santé ou un établissement de santé, notamment d'hospitalisation à domicile.

Dans le cadre d'un projet d'établissement à visée intergénérationnelle, les résidences autonomie peuvent accueillir des personnes handicapées, des étudiants ou des jeunes travailleurs, dans des proportions inférieures à un seuil fixé par décret.

Les places de l'établissement occupées par ces personnes ne sont prises en compte ni pour déterminer les

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

seuils mentionnés au même I, ni pour déterminer le nombre de places de l'établissement éligibles au forfait autonomie mentionné au présent III.

IV. – Les établissements mentionnés au premier alinéa du III qui, d'une part, ne bénéficiaient pas au 1^{er} janvier 2008 d'une autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux et, d'autre part, accueillent un nombre de personnes âgées dans une proportion inférieure aux seuils mentionnés au I conservent, sous réserve de la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 313-11 ou, le cas échéant, au IV *ter* du présent article et dans la limite du financement des dépenses relatives à la rémunération de leurs personnels de soins salariés et des charges sociales et fiscales y afférentes, le montant des forfaits de soins attribués par l'autorité compétente de l'État au titre de l'exercice 2007. Ces forfaits sont revalorisés annuellement dans la limite du taux de reconduction des moyens retenu au titre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie applicable aux établissements mentionnés au 3° de l'article L. 314-3-1.

Ces dépenses font l'objet d'un compte d'emploi, dans des conditions prévues par décret.

Le III du présent article s'applique à ces établissements.

IV *bis*. – Les établissements de santé autorisés, en application de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique, à délivrer des soins de longue durée concluent une convention pluriannuelle avec le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé.

La tarification de ces établissements est arrêtée :

1° Pour les prestations de soins remboursables aux assurés sociaux, par le directeur général de l'agence régionale de santé en application de l'article L. 174-5 du code de la sécurité sociale ;

Textes en vigueur

2° Pour les prestations relatives à la dépendance acquittées par l'usager ou, si celui-ci remplit les conditions mentionnées à l'article L. 232-2 du présent code, prises en charge par l'allocation personnalisée d'autonomie, par le président du conseil départemental ;

3° Pour les prestations relatives à l'hébergement, dans les établissements habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, par le président du conseil départemental.

Les tarifs correspondant à des prestations complémentaires et librement acceptées et acquittées par les résidents, à la condition qu'elles ne relèvent pas des tarifs cités aux 1° à 3° du présent IV *bis*, constituent des suppléments aux tarifs journaliers afférents à l'hébergement. Ils doivent être établis par l'organe délibérant de la personne morale gestionnaire pour chaque catégorie homogène de prestation faisant l'objet d'un paiement par les résidents ou leurs représentants au sein de l'établissement. Les tarifs des suppléments aux tarifs journaliers doivent être communiqués aux titulaires d'un contrat de séjour ou à leurs représentants et portés à la connaissance du président du conseil départemental et du public, dans des conditions fixées par décret.

Dans les établissements de santé mentionnés au premier alinéa du présent IV *bis* et remplissant les conditions mentionnées aux 1° à 3° de l'article L. 342-1, les prestations relatives à l'hébergement sont fixées et contrôlées dans les conditions prévues aux articles L. 342-2 à L. 342-6.

Pour les résidents non admis à l'aide sociale, dans les établissements de santé mentionnés au premier alinéa du présent IV *bis* et remplissant les conditions mentionnées à l'article L. 342-1, les prestations relatives aux suppléments aux tarifs journaliers afférents à l'hébergement sont fixées et contrôlées dans les conditions prévues aux articles L. 342-2

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

à L. 342-6.

IV *ter*. – A. – La personne physique ou morale qui gère un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionné aux I ou II conclut un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec le ou les présidents du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé concernés.

Lorsqu'un organisme gère plusieurs de ces établissements situés dans le même département, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est conclu pour l'ensemble de ces établissements entre la personne physique ou morale qui en est gestionnaire, le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé. Sous réserve de l'accord des présidents de conseils départementaux concernés et du directeur général de l'agence, ce contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens peut inclure les établissements situés dans d'autres départements de la même région.

Ce contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens peut inclure d'autres catégories d'établissements ou de services mentionnés au I de l'article L. 312-1 et relevant, pour leur autorisation, du président du conseil départemental ou du directeur général de l'agence régionale de santé, lorsque ces établissements ou services sont gérés par un même organisme gestionnaire et relèvent du même ressort territorial.

Lorsque la personne gestionnaire refuse de signer le contrat pluriannuel ou de le renouveler, le forfait mentionné au 1° du I de l'article L. 314-2 est minoré à hauteur d'un montant dont le niveau maximum peut être porté à 10 % du forfait par an, dans des conditions fixées par décret.

B. – Le contrat est conclu pour une durée de cinq ans.

Le contrat fixe les obligations respectives des parties signataires et

3° Le B du IV *ter* de l'article L. 313-12 est ainsi modifié :

Textes en vigueur

prévoit leurs modalités de suivi, notamment sous forme d'indicateurs. Il définit des objectifs en matière d'activité, de qualité de prise en charge, d'accompagnement et d'intervention d'établissements de santé exerçant sous la forme d'hospitalisation à domicile, y compris en matière de soins palliatifs. Le cas échéant, il précise la nature et le montant des financements complémentaires mentionnés au I de l'article L. 314-2.

Pour les établissements et les services habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, ce contrat vaut convention d'aide sociale, au sens de l'article L. 313-8-1 et de l'article L. 342-3-1.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens respecte le cahier des charges comprenant notamment un modèle de contrat, établi par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des collectivités territoriales et de la sécurité sociale.

Par dérogation aux II et III de l'article L. 314-7, ce contrat fixe les éléments pluriannuels du budget des établissements et des services. Il fixe les modalités d'affectation des résultats en lien avec ses objectifs.

C. – La personne gestionnaire transmet l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 314-7-1 pour les établissements et les services relevant du contrat, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État.

Texte du projet de loi

a) À la dernière phrase du deuxième alinéa, après le mot : « montant », est inséré le mot : « prévisionnel » ;

b) À la fin du cinquième alinéa, il est ajouté une phrase ainsi rédigée : « 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. » ;

c) Après le cinquième alinéa, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Sans préjudice des dispositions des articles L. 315-14 et L. 313-14-1, le contrat intègre, le cas échéant, un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige. » ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

V. – Le personnel des établissements mentionnés au I et au IV *bis* comprend un médecin coordonnateur. Le médecin coordonnateur contribue, auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement, à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. À cette fin, il élabore une liste, par classe pharmacothérapeutique, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents et avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien d'officine référent mentionné au premier alinéa de l'article L. 5126-6-1 du code de la santé publique. Ses autres missions sont définies par décret. Le médecin coordonnateur de l'établissement est associé à l'élaboration et à la mise en œuvre des contrats prévus à l'article L. 183-1-1 du code de la sécurité sociale. Le personnel des établissements publics mentionnés au I et au IV *bis* peut comprendre des médecins, des biologistes, des odontologistes et des pharmaciens visés par l'article L. 6152-1 du code de la santé publique. Les établissements privés mentionnés au I peuvent faire appel à ces praticiens dans les conditions prévues par les statuts de ces derniers.

Art. L. 313-12-2. – Les établissements et services mentionnés aux 2°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 ainsi que les services mentionnés au 6° du même I, relevant de la compétence tarifaire du directeur général de l'agence régionale de santé et, le cas échéant, de la compétence tarifaire conjointe de ce dernier et du président du conseil départemental, font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens dans les conditions prévues à l'article L. 313-11. Ce contrat définit des objectifs en matière d'activité et de qualité de prise en charge. La conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

Texte du projet de loi

4° L'article L. 313-12-2 est ainsi modifié :

~~a) À la fin du premier alinéa, il est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Il peut prévoir une modulation du tarif en fonction d'objectifs d'activité définis dans le contrat, selon des modalités~~

Propositions de la Commission

4° (*Alinéa sans modification*)

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– après la référence : » 2° », est insérée la référence : » , 3° » :

Textes en vigueur

entraîne l'application d'une tarification selon des modalités définies par décret en Conseil d'État.

À compter de la conclusion du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, les documents budgétaires mentionnés au 3° du I de l'article L. 314-7 sont remplacés par un état des prévisions de recettes et de dépenses dont le modèle est fixé par arrêté des ministres chargés des personnes handicapées et de la sécurité sociale.

Les établissements et services, qui font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, peuvent disposer pour son élaboration et sa mise en œuvre des outils méthodologiques fournis par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et s'appuyer sur les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Art. L. 313-14-2. – Pour les établissements et services relevant d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, l'autorité compétente en matière de tarification peut demander le reversement de certains montants dès lors qu'elle constate :

1° Des dépenses sans rapport ou manifestation hors de proportion avec

Texte du projet de loi

~~fixées par décret en Conseil d'État.~~ » ;

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

« Sans préjudice des dispositions des articles L. 315-14 et L. 313-14-1, le contrat intègre, le cas échéant, un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige. » ;

5° L'article L. 313-14-2 est ainsi modifié :

a) Les mots : « le reversement » sont remplacés par les mots : « la récupération » ;

Propositions de la Commission

– les mots : « , le cas échéant, » sont supprimés ;

– est ajoutée une phrase ainsi rédigée : » 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. » ;

Amendement AS414

b) (*Sans modification*)

5° à 9° (*Sans modification*)

Textes en vigueur

le service rendu ou avec les coûts des établissements ou des services fournissant des prestations comparables en termes de qualité de prise en charge ou d'accompagnement ;

2° Des recettes non comptabilisées.

Art. L. 314-7. – I. – (...)

En application de l'article L. 313-11, l'autorisation de ces frais de siège social peut être effectuée dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Au titre de l'autorisation des financements mentionnés à l'alinéa précédent, les contrôles sur les sièges sociaux des organismes gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux s'effectuent dans les conditions prévues à la section 4 du chapitre III du titre I^{er} du livre III et au titre III du livre III.

Art. L. 314-9. – L'évaluation de la perte d'autonomie des résidents de chaque établissement réalisée à l'aide de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2 est transmise, pour contrôle et validation, à un médecin appartenant à une équipe médico-sociale du département et à un médecin de l'agence régionale de santé territorialement compétente désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé.

L'évaluation des besoins en soins requis des résidents de chaque établissement réalisée à l'aide du référentiel mentionné au III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 précitée est transmise, pour contrôle et validation, à

Texte du projet de loi

b) L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 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. » ;

6° Au dernier alinéa du VI de l'article L. 314-7, les mots : « de l'article L. 313-11 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 313-11, L. 313-11-1, L. 313-12 et L. 313-12-2 » ;

7° L'article L. 314-9 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « appartenant à une équipe médico-sociale du département et à un médecin de l'agence régionale de santé territorialement compétente désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé » sont remplacés par les mots : « désigné par le président du conseil départemental et à un médecin désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « de l'agence régionale de santé territorialement compétente » sont supprimés et l'alinéa est complété par les mots : « territorialement compétente » ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

un médecin de l'agence régionale de santé territorialement compétente désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé.

La périodicité de révision du niveau de perte d'autonomie et de l'évaluation des besoins en soins requis des résidents est définie par décret.

Une commission régionale de coordination médicale dont la composition, les missions et les modalités d'organisation et de fonctionnement sont définies par un décret en Conseil d'État, détermine le classement définitif, en cas de désaccord entre les deux médecins mentionnés au premier alinéa du présent article et en cas de désaccord entre le médecin coordonnateur de l'établissement et le ou les médecins chargés du contrôle et de la validation du niveau de perte d'autonomie des résidents ou de leurs besoins en soins requis.

Lorsqu'un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes conteste la répartition des résidents qu'il accueille selon les niveaux de perte d'autonomie ou des besoins en soins requis arrêtés dans les conditions mentionnées ci-dessus, il peut introduire un recours devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 351-1.

Texte du projet de loi

8° Au deuxième alinéa de l'article L. 313-14-1, au 1° de l'article L. 315-12, et au premier alinéa du I de l'article L. 315-15, les mots : « L. 313-11 et L. 313-12 » sont remplacés par les mots : « L. 313-11, L. 313-11-1, L. 313-12 et L. 313-12-2 » ;

9° Au cinquième alinéa de l'article L. 315-12, les mots : « ne relevant pas de l'article L. 314-7-1 » sont supprimés.

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Art. 58. – VI. – À compter du 1^{er} janvier 2017, dans l'attente de la signature du contrat mentionné au IV *ter* de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, le montant des financements complémentaires mentionnés au 1^o du I de l'article L. 314-2 du même code est maintenu à son niveau fixé au titre de l'exercice précédent et revalorisé chaque année par application d'un taux fixé par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale.

**Loi n° 2013-1203
du 23 décembre 2013 de financement
de la sécurité sociale**

Art. 36. – I. – Des expérimentations portant sur le déploiement de la télémédecine, définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, peuvent être menées à compter du 1^{er} janvier 2014 pour une durée de quatre ans, dans des régions pilotes dont la liste est arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Texte du projet de loi

II. – Au VI de l'article 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, les mots : « maintenu à son niveau fixé au titre de l'exercice précédent et revalorisé chaque année par application d'un taux fixé par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente ».

Article 47

L'article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1^o Le premier alinéa du I est ainsi modifié :

a) Le chiffre : « quatre » est remplacé par le chiffre : « cinq » ;

b) Les mots : « dans des régions pilotes dont la liste est arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « dans l'ensemble des régions, dans la collectivité territoriale de Corse, dans l'ensemble des collectivités territoriales mentionnées à l'article 73 de la Constitution, ainsi que dans les collectivités de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin, de Saint-Pierre-et-Miquelon et dans les îles

Propositions de la Commission

II. – (*Sans modification*)

Article 46 bis (*nouveau*)

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} mars 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.

Amendement AS452

Article 47

(*Alinéa sans modification*)

1^o à 5^o (*Sans modification*)

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Ces expérimentations portent sur la réalisation d'actes de télé-médecine pour des patients pris en charge, d'une part, en médecine de ville et, d'autre part, en structures médico-sociales.

Les conditions de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies dans un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Les expérimentations sont mises en œuvre par les agences régionales de santé dans le cadre de conventions signées avec les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les établissements de santé et les établissements sociaux et médico-sociaux volontaires.

II. – Pour la mise en œuvre des expérimentations mentionnées au I, il peut être dérogé :

1° Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-26, L. 162-32-1 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux établissements de santé, centres de santé et professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;

2° Aux articles L. 314-1, L. 314-2, L. 314-8 et L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles, en tant qu'ils concernent les modes de tarification des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du même code ;

3° Aux règles tarifaires et

Wallis et Futuna. » ;

2° Au deuxième alinéa du I, les mots : « , d'une part, en médecine de ville et, d'autre part, en structures médico-sociales » sont remplacés par les mots : « en médecine de ville, en établissement de santé dans le cadre des consultations et actes externes visés à l'article L. 162-26 du code la sécurité sociale et en structures médico-sociales » ;

3° Le quatrième alinéa du I est supprimé ;

Textes en vigueur

d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés au même article L. 312-1 ;

4° À l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

5° Aux articles L. 322-1, L. 322-2 et L. 322-3 du même code, relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

Les dépenses qui résultent de la mise en œuvre des expérimentations sont prises en charge par le fonds prévu à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique. Elles s'imputent sur la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 1435-9 du même code et font l'objet d'une identification spécifique par l'arrêté prévu au même 1°. Par dérogation audit article L. 1435-9, les crédits affectés aux régions pilotes par cet arrêté ne peuvent être affectés au financement d'autres activités.

Texte du projet de loi

5° Au sixième alinéa du II, les mots : « L. 322-1, L. 322-2 et L. 322-3 » sont remplacés par les mots : « L. 160-10, L. 160-13 et L. 160-14 » ;

4° Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les établissements mentionnés aux articles L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, aux 6° et 7° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et les structures mentionnées aux articles L. 6323-1 et L. 6323-3 du code de la santé publique, requérant, pour la prise en charge des patients qu'ils accueillent, des consultations dans le cadre d'une activité de télémédecine bénéficient d'un financement forfaitaire arrêté par les ministres de la santé et de la sécurité sociale sur la base de critères d'efficacité organisationnelle. Ce financement est imputé sur le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique. » ;

6° Après le II, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« II bis. – Les ~~dispositifs médicaux~~ ayant pour objet de réaliser la

Propositions de la Commission

6° (*Alinéa sans modification*)

« II bis. – Les produits ou prestations ayant pour objet de réaliser

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

transmission de données permettant à un professionnel de santé d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient ne peuvent pas être inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pendant la durée des expérimentations, dès lors que leur indication inclut le diagnostic, la prévention, le contrôle ou le traitement d'une pathologie prévue dans l'un des cahiers des charges mentionné au I du présent article.

« Ces dispositions ne s'appliquent pas aux produits ~~et~~ prestations dont le fonctionnement et la finalité sont comparables à des produits ou prestations ayant pour objet de réaliser la transmission de données permettant à un professionnel de santé d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient déjà inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. » ;

la transmission de données permettant à un professionnel de santé d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient ne peuvent pas être inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pendant la durée des expérimentations, dès lors que leur indication inclut le diagnostic, la prévention, le contrôle ou le traitement d'une pathologie prévue dans l'un des cahiers des charges mentionné au I du présent article.

« Ces dispositions ne s'appliquent pas aux produits ou prestations dont le fonctionnement et la finalité sont comparables à des produits ou prestations ayant pour objet de réaliser la transmission de données permettant à un professionnel de santé d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient déjà inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. » ;

Amendement AS461

III. – Les agences régionales de santé et les organismes de sécurité sociale des régions pilotes transmettent et partagent les informations qu'ils détiennent, dans la stricte mesure de leur utilité pour la connaissance et le suivi du parcours des patients pris en charge par télémédecine dans le cadre des expérimentations définies au I et des dépenses associées. Ces informations peuvent faire l'objet d'un recueil à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques ou des activités de soins et de prévention, dans des conditions garantissant le respect du secret médical. La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés met en œuvre les adaptations de ses systèmes d'information qui s'avèrent nécessaires pour le suivi de l'activité réalisée en télémédecine dans le cadre de ces expérimentations.

IV. – Au terme de ces expérimentations, une évaluation est réalisée par la Haute Autorité de santé

7° Le IV est ainsi modifié :

a) Après le mot : « réalisée »

7° (*Sans modification*)

Textes en vigueur

en vue d'une généralisation, en liaison avec les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les centres de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux participant à l'expérimentation. Elle fait l'objet d'un rapport transmis au Parlement par le ministre chargé de la santé avant le 30 septembre 2016.

Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012

Art. 70. – I. – Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1^{er} janvier 2012 et pour une période n'excédant pas cinq ans, dans le cadre de projets pilotes mettant en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en prévenant leur hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, en gérant leur sortie d'hôpital et en favorisant la continuité des différents modes de prise en charge sanitaires et médico-sociaux.

Les expérimentations sont mises en œuvre par convention entre les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie ainsi que les professionnels de santé, les établissements hospitaliers, les établissements sociaux et médico-sociaux et les collectivités territoriales volontaires.

Le cahier des charges des expérimentations est arrêté par les ministres chargés de la santé, des affaires sociales et de la sécurité sociale.

II. – Pour la mise en œuvre des expérimentations mentionnées au I et portant sur de nouveaux modes de coordination des soins pour prévenir l'hospitalisation en établissement de santé avec hébergement et gérer la sortie d'hôpital des personnes âgées en risque

Texte du projet de loi

sont ajoutés les mots : « ou validée » ;

b) La date : « 2016 » est remplacée par la date : « 2017 ».

Article 48

~~Au premier alinéa du I de l'article 70 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, le chiffre : « cinq » est remplacé par le chiffre : « six ».~~

Propositions de la Commission

Article 48

I. – L'article 70 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 est ainsi modifiée :

1° Au premier alinéa du I le mot : « cinq » est remplacé par le mot : « sept » ;

Textes en vigueur

de perte d'autonomie, il peut être dérogé aux règles de facturation et de tarification mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie, aux 1°, 2°, 6° et 9° de l'article L. 321-1 du même code en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie, à l'article L. 162-2 du même code en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade et aux articles L. 322-2 et L. 322-3 du même code relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

Les dépenses à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent de ces expérimentations sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au 3° du D du I de l'article LO 111-3 du même code.

(...)

Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013

Art. 48. – I. – Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1^{er} janvier 2013 et pour une durée n'excédant pas cinq ans, dans le cadre de projets pilotes mettant en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

(...)

Texte du projet de loi

CHAPITRE III

Garantir la pertinence des prises en charge

Propositions de la Commission

2° Au premier alinéa du II les références : « L. 322-2 et L. 322-3 » sont remplacées par les références : » L. 160-13 et L. 160-14 ».

« II. – Au premier alinéa du I de l'article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, le mot : « cinq » est remplacé par le mot : « six ». ».

Amendement AS460

CHAPITRE III

Garantir la pertinence des prises en charge

Textes en vigueur

—

Code de la sécurité sociale

Art. L. 221-1. – La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés gère les branches mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 200-2 et, à cet effet, a pour rôle :

1° De veiller à l'équilibre financier de ces deux branches. À ce titre, elle établit les comptes consolidés de celles-ci, assure en lien avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement des organismes locaux, effectue le règlement de toute opération relevant de ces branches dont la responsabilité n'est pas attribuée aux organismes locaux et est chargée de la gestion du risque ;

2° De définir et de mettre en œuvre les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que de concourir à la détermination des recettes nécessaires au maintien de l'équilibre de cette branche selon les règles fixées par les chapitres I^{er} et II du titre IV du présent livre et dans le respect de la loi de financement de la sécurité sociale ;

3° De promouvoir une action de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé de ses ressortissants et de coordonner les actions menées à cet effet par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et les caisses primaires d'assurance maladie, dans le cadre des programmes de santé publique mentionnés à l'article L. 1413-1, déclinés par la convention prévue à l'article L. 227-1 du présent code ;

4° D'exercer une action sanitaire et sociale et de coordonner l'action sanitaire et sociale des caisses d'assurance retraite et de la santé au

Texte du projet de loi

—

Article 49

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

1° L'article L. 221-1 est ainsi modifié :

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

« 1° *bis* D'établir les états financiers combinant les opérations mentionnées à l'article L. 241-2 ; »

Propositions de la Commission

—

Article 49

I. – (*Alinéa sans modification*)

1° (*Sans modification*)

Textes en vigueur

travail et des caisses primaires d'assurance maladie ;

5° D'organiser et de diriger le contrôle médical ;

6° D'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie, et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ;

7° De mettre en œuvre les actions conventionnelles ;

8° Abrogé ;

9° D'attribuer, dans le respect des orientations définies par le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé, les aides prévues au dernier alinéa de l'article L. 1433-1 du code de la santé publique, après avis du conseil de l'union mentionnée à l'article L. 182-2 du présent code et de l'union mentionnée à l'article L. 182-4 ;

10° De procéder, pour l'ensemble des institutions françaises de sécurité sociale intéressées, avec les institutions étrangères et les autres institutions concernées, au suivi, au recouvrement des créances et au règlement des dettes, à l'exception de celles relatives aux prestations de chômage, découlant de l'application des règlements de l'Union européenne, des accords internationaux de sécurité sociale et des accords de coordination avec les régimes des collectivités territoriales et des territoires français ayant leur autonomie en matière de sécurité sociale ;

11° De participer au financement des actions mentionnées à l'article L. 1114-5 du code de la santé

Texte du projet de loi

b) Il est rétabli un 8° ainsi rédigé :

« 8° De gérer les fonds mentionnés aux articles L. 221-1-1 à 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° *bis* ; »

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

publique ;

12° De se prononcer sur l'opportunité, pour les organismes mentionnés aux articles L. 211-1, L. 215-1 et L. 752-4 du présent code, de porter les litiges devant la Cour de cassation.

La caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées ci-dessus, un pouvoir de contrôle sur les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et primaires d'assurance maladie. Elle exerce également la mission qui lui est confiée au quatrième alinéa de l'article L. 1111-14 du même code.

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés publie chaque année un rapport d'activité et de gestion, qui comporte des données présentées par sexe, en particulier sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

2° 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° 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 au 2° à 5°, 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° La part des remises recouvrées par les organismes désignés en application de l'article L. 162-18 correspondant à l'usage de médicaments

2° (Alinéa sans modification)

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

pris en charge au titre de leur inscription sur les listes mentionnée aux articles L. 162-22-7 du présent code et L. 5126-4 du code de la santé publique ;

« 3° Les remises mentionnées à l'article L. 162-16-5-1 ;

« 4° Les contributions et remises dues en application de la contribution relative au taux "Lh" mentionnée à l'article L. 138-10 ;

~~« 5° Les contributions et remises dues en application de la contribution au titre de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C mentionnée à l'article L. 138-19-4.~~

« 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 ou à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique ;

« La part des remises retenues pour l'application du 2° 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 mentionnée 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° De leur inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code ;

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

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

« 5° 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. »

Amendement AS462

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

« III. – *(Sans modification)*

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« 3° Du bénéfice d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ;

« 4° De leur prise en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code ;

« 5° 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 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° du II est modifié, le cas échéant, pour assurer le respect des dispositions des deux alinéas précédents.

« 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 mentionné au sixième 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. » ;

« IV. – *(Sans modification)*

« V. – *(Sans modification)*

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><i>Art. L. 133-4.</i> – En cas d'observation des règles de tarification ou de facturation :</p>	<p>3° Au 1° de l'article L. 133-4, après la référence : « L. 162-22-7 », sont insérés les mots : « et L. 162-22-7-3 » ;</p>	<p>3° à 7° (<i>Sans modification</i>)</p>
<p>1° Des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17, L. 165-1, L. 162-22-7 ou relevant des dispositions des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 ;</p>	<p>4° À l'article L. 174-2-1 dans sa rédaction applicable au 1^{er} janvier 2017, les mots : « L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » sont remplacés par les mots : « L. 162-22-7, L. 162-23-6 et L. 162-22-7-3 » ;</p>	
<p>(...)</p>		
<p><i>Art. L. 174-15.</i> – Sont applicables aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les dispositions des articles L. 162-21-1, L. 162-22-6, L. 162-22-7, L. 162-22-8, L. 162-22-9-1, L. 162-22-10, L. 162-22-11, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15, L. 162-22-18 et L. 162-26.</p>	<p>5° À l'article L. 174-15, après la référence : « L. 162-22-7, » sont insérés les mots : « L. 162-22-7-3, » ;</p>	
<p>(...)</p>		
	<p>6° Après l'article L. 162-22-7-2, il est inséré un article L. 162-22-7-3 ainsi rédigé :</p>	
	<p>« <i>Art. L. 162-22-7-3.</i> – Les médicaments mentionnés aux articles L. 5121-12 du code de la santé publique et L. 162-16-5-2, 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. » ;</p>	
<p><i>Art. L. 241-2.</i> – I. – La couverture des dépenses afférentes à la prise en charge des frais de santé mentionnés à l'article L. 160-1, des prestations mentionnées aux titres II à IV et VI du livre III, des frais de gestion et des autres charges de la branche maladie est assurée par les cotisations, contributions et autres ressources mentionnées aux II à IV du</p>	<p>7° L'article L. 241-2 est ainsi modifié :</p>	

Textes en vigueur

présent article centralisées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, qui assure l'enregistrement de l'ensemble de ces opérations.

II. – Les ressources mentionnées au I sont constituées de cotisations acquittées, dans chacun des régimes :

1° Par les salariés des professions agricoles et non agricoles ainsi que par leurs employeurs. Ces cotisations sont assises sur les rémunérations perçues par ces salariés ;

2° Par les travailleurs indépendants des professions non agricoles et des personnes non salariées des professions agricoles ;

3° Par les personnes mentionnées aux articles L. 380-2 et L. 380-3-1.

III. – Les ressources mentionnées au I du présent article sont constituées, en outre, de cotisations assises sur :

1° Les avantages de retraite, soit qu'ils aient été financés en tout ou partie par une contribution de l'employeur, soit qu'ils aient donné lieu à rachat de cotisations ainsi que les avantages de retraite versés au titre des articles L. 381-1 et L. 742-1 du présent code, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires ;

2° Les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2.

IV. – Les cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont à la charge des employeurs et des travailleurs salariés et personnes assimilées ainsi que des titulaires des avantages de retraite et des allocations et revenus de remplacement mentionnés aux 1° et 2° du présent article.

Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont en outre constituées par :

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

a) Au neuvième alinéa, la référence : « IV » est supprimée et le mot : « article » est remplacé par la référence : « III » ;

b) Le dixième alinéa est précédé par un : « IV » et le mot : « par » est remplacé par les mots : « des impositions et remboursements suivants

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

1° Le produit des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8, dans les conditions fixées par ce même article ;

2° Le remboursement par la Caisse nationale des allocations familiales des indemnités versées en application des articles L. 331-8 et L. 722-8-3 ;

3° Une fraction égale à 7,19 % du produit de la taxe sur la valeur ajoutée brute budgétaire, déduction faite des remboursements et restitutions effectués pour l'année en cours par les comptables assignataires ;

4° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 245-13 et L. 651-1, fixée à l'article L. 651-2-1 ;

5° Une fraction des prélèvements sur les jeux et paris prévus aux articles L. 137-20, L. 137-21 et L. 137-22 ;

6° Les contributions prévues aux articles L. 245-1, L. 245-5-1 et L. 245-6 ;

7° Les taxes perçues au titre des articles 1600-0 O et 1600-0 R du code général des impôts et les droits perçus au titre des articles 1635 *bis* AE, 1635 *bis* AF, 1635 *bis* AG et 1635 *bis* AH du même code et de l'article L. 5321-3 du code de la santé publique ;

8° Le produit de la taxe mentionnée au IV de l'article L. 862-4 ;

9° La fraction du produit de la contribution sociale généralisée mentionnée au 4° du IV de l'article L. 136-8.

attribués, en ce qui concerne le 8°, dans les conditions fixées par le décret mentionné au 4° du IV de l'article L. 136-8, à la branche maladie, maternité, invalidité et décès du régime général : ».

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

II. – Au premier alinéa du I de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, les mots : « à l'article L. 162-22-7 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-22-7-3 ».

III. – En 2017, afin de constituer une dotation initiale au bénéficiaire du fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique défini à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale, il est identifié au sein des fonds propres de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés une somme de 876 millions d'euros.

Pour les exercices 2018 à 2021, par dérogation au 1° du II du même article L. 221-1-1, la dotation de l'assurance maladie au fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique ne peut être inférieure à la dotation de l'exercice précédent, majorée de 5 %.

Article 50

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

1° L'article L. 5125-23-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« 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".

II et III. – *(Sans modification)*

Article 50

(Alinéa sans modification)

1° *(Alinéa sans modification)*

« Art. L. 5125-23-2. – *(Alinéa sans modification)*

Code de la santé publique

Art. L. 5125-23-2. – Dans le 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 du renouvellement du traitement, sauf dans l'intérêt du patient, le même médicament biologique que celui initialement délivré au patient est prescrit et le prescripteur porte sur la prescription la mention expresse "non substituable, en continuité de traitement". Dans tous les cas, le prescripteur peut exclure, pour des raisons particulières tenant au patient, la possibilité de substitution par la mention expresse "non substituable" portée sur

Textes en vigueur

la prescription sous forme exclusivement manuscrite.

Texte du projet de loi

« Lors de l'initiation ou du renouvellement du traitement, 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. » ;

Art. L. 5125-23-3. – Par
dérogation au premier alinéa de l'article L. 5125-23, le pharmacien peut délivrer, par substitution au médicament biologique prescrit, un médicament biologique similaire lorsque les conditions suivantes sont remplies :

1° Le médicament biologique similaire délivré appartient au même groupe biologique similaire mentionné au *b* du 15° de l'article L. 5121-1 ;

2° La substitution est réalisée en initiation de traitement ou afin de permettre la continuité d'un traitement déjà initié avec le même médicament biologique similaire ;

3° Le prescripteur n'a pas exclu la possibilité de cette substitution ;

Propositions de la Commission

« 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 d'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. » ;

Amendement AS444

« 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. »

Amendement AS445

Textes en vigueur

4° Si le médicament prescrit figure sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, cette substitution s'effectue dans les conditions prévues à l'article L. 162-16 du même code.

Lorsque le pharmacien délivre par substitution au médicament biologique prescrit un médicament biologique similaire du même groupe, il inscrit le nom du médicament qu'il a délivré sur l'ordonnance et informe le prescripteur de cette substitution.

Le pharmacien assure la dispensation de ce même médicament biologique lors du renouvellement de la prescription ou d'une nouvelle ordonnance de poursuite de traitement.

Lorsqu'un grand conditionnement est disponible pour la forme biologique similaire du médicament et que le traitement en est prescrit pour une durée d'au moins trois mois, y compris par renouvellement multiple d'un traitement mensuel, le pharmacien délivre un grand conditionnement.

Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de substitution du médicament biologique et d'information du prescripteur à l'occasion de cette substitution de nature à assurer la continuité du traitement avec le même médicament, sont précisées par décret en Conseil d'État.

Code de la sécurité sociale

Art. L. 162-16-5-1. – Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'un médicament bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à

Texte du projet de loi

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

Article 51

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

1° L'article L. 162-16-5-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 162-16-5-1.* – I. – Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité bénéficiant d'une ou plusieurs autorisations mentionnées à

Propositions de la Commission

2° (*Sans modification*)

Article 51

(*Sans modification*)

Textes en vigueur

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 déclare au comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame aux établissements de santé pour le produit. En l'absence de laboratoire exploitant, toute pharmacie à usage intérieur intéressée à l'achat de ce médicament déclare au comité le montant de l'indemnité qui lui est réclamée pour acquérir le produit si cette indemnité n'a pas déjà fait l'objet d'une déclaration au comité. Le comité rend publiques ces déclarations.

Le laboratoire exploitant la spécialité ou, à défaut, les pharmacies à usage intérieur qui se sont procuré ce produit informent annuellement le comité économique du chiffre d'affaires correspondant à ces spécialités ainsi que du nombre d'unités fournies ou reçues.

Si le prix ou le tarif de remboursement fixé ultérieurement par le comité économique des produits de santé pour le médicament lors de son inscription au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché 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 sur la base de l'indemnité et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix ou au tarif de remboursement fixé par le comité. Le produit de cette remise est affecté aux régimes d'assurance maladie selon les règles prévues à l'article L. 138-8.

Texte du projet de loi

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 économique du chiffre d'affaires correspondant à ces spécialités ainsi que du nombre d'unités fournies ou reçues, au titre de l'année civile écoulée.

« 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, 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

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

indication thérapeutique, si le prix net nouvellement calculé est inférieur au précédent prix net :

« 1° Le Comité économique des produits de santé calcule, après que le laboratoire a été mis à même de présenter ses observations :

« *a*) Le chiffre d'affaires facturé aux établissements qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au dernier prix net pour la période s'étendant de la précédente fixation d'un prix ou tarif de remboursement et 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 ;

« *b*) Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation de ces mêmes unités vendues au nouveau prix net.

« 2° 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 *a* et *b* du 1°.

« III. – Pour l'application du II, 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 sont également applicables lorsque, pour une indication thérapeutique, il est mis fin à la prise en charge :

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 162-16-5-2. – I. – Un médicament qui, préalablement à l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, a bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue au 1° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique peut, à compter de la date à laquelle l'autorisation temporaire d'utilisation cesse de produire ses effets, être acheté, fourni, pris en charge et utilisé au profit des patients par les collectivités publiques pour une indication répondant à l'une des situations suivantes :

1° L'indication a fait l'objet de l'autorisation temporaire d'utilisation et est mentionnée soit dans l'autorisation de mise sur le marché, soit dans une extension d'autorisation de mise sur le marché en cours d'évaluation par les autorités compétentes ;

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

« 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, les dispositions du premier alinéa s'appliquent pour la fixation du prix de référence, ou sa modification éventuelle.

« 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 à ce même article. 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° Le III de l'article L. 162-16-5-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

Textes en vigueur

2° L'indication n'a pas fait l'objet de l'autorisation temporaire d'utilisation, est mentionnée dans l'autorisation de mise sur le marché et soit il n'existe pas d'alternative thérapeutique prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale identifiée par la Haute Autorité de santé, soit le patient est en échec de traitement ou présente une contre-indication aux alternatives thérapeutiques prises en charge identifiées.

Par dérogation au premier alinéa du présent I, lorsque le traitement a été initié au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation soit mentionnée au 1° du I du même article L. 5121-12 dans une indication non reprise dans l'autorisation de mise sur le marché, soit mentionnée au 2° du même I, la prise en charge du médicament est autorisée, sous réserve que l'indication n'ait pas fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché au sens du premier alinéa de l'article L. 5121-9 du code de la santé publique.

II. — La prise en charge des indications mentionnées au 2° du I du présent article est autorisée sur avis conforme de la Haute Autorité de santé, saisie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

La saisine est transmise dans un délai de deux semaines à compter de l'avis du comité des médicaments à usage humain.

La Haute Autorité de santé mentionne, pour chaque indication concernée, les alternatives thérapeutiques prises en charge au titre des articles L. 162-17 ou L. 162-17-2-1 du présent code ou de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. Elle transmet son avis aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ainsi qu'à l'agence et le rend public, au plus tard un mois après l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché.

III. — La prise en charge mentionnée au I du présent article dure jusqu'à ce qu'une décision relative à

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« III. – A. – Pour chaque indication thérapeutique considérée individuellement, la prise en charge

Textes en vigueur

l'inscription de ce médicament, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur 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 ait été prise et, le cas échéant, jusqu'à ce que l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix ait été publié.

Le présent article cesse de s'appliquer si 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'a été déposée, pour le médicament considéré, dans le mois suivant l'obtention de son autorisation de mise sur le marché.

Texte du projet de loi

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 ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« 2° 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 ;

« 3° 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 ;

« 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.

« 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 précisées 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 deux alinéas ainsi rédigés :

« IV. – Les établissements de santé restent soumis aux obligations relatives au protocole d'utilisation, au

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 162-18. – Les entreprises qui exploitent une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux peuvent s'engager collectivement par une convention nationale à faire bénéficier la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs

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 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 l'article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale, 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, ainsi que 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. » ;

6° L'article L. 162-18 est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

Textes en vigueur

salariés d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires de ces spécialités réalisé en France.

Elles peuvent s'engager individuellement par des conventions ayant le même objet.

Ces conventions, individuelles ou collectives, déterminent le taux de ces remises et les conditions auxquelles se trouve subordonné leur versement qui présente un caractère exceptionnel et temporaire. Elles peuvent notamment contribuer au respect d'objectifs relatifs aux dépenses de promotion des spécialités pharmaceutiques remboursables ou des médicaments agréés à l'usage des collectivités.

Ces conventions sont conclues entre, d'une part, le comité visé à l'article L. 162-17-3, et, d'autre part, soit une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de la profession, soit une entreprise. Les remises sont recouvrées par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Texte du projet de loi

« 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 qui pourraient être dues au titre des trois prochaines années, et relevant de cet article, du prix ou du tarif de

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Code de la santé publique

Art. L. 512112. – I. – Les articles L. 5121-8 et L. 5121-9-1 ne font pas obstacle à l'utilisation, à titre exceptionnel, de certains médicaments destinés à traiter des maladies graves ou rares, en l'absence de traitement approprié, lorsque la mise en œuvre du traitement ne peut pas être différée et que l'une des conditions suivantes est remplie :

1° L'efficacité et la sécurité de ces médicaments sont fortement présumées au vu des résultats d'essais thérapeutiques auxquels il a été procédé en vue d'une demande d'autorisation de mise sur le marché qui a été déposée ou que l'entreprise intéressée s'engage à déposer dans un délai déterminé ;

2° Ces médicaments, le cas échéant importés, sont prescrits, sous la responsabilité d'un médecin, à un patient nommément désigné et ne pouvant participer à une recherche biomédicale dès lors qu'ils sont susceptibles de présenter un bénéfice pour lui et que leur efficacité et leur sécurité sont présumées en l'état des connaissances scientifiques. Le médecin prescripteur doit justifier que le patient, son représentant légal ou la personne de confiance qu'il a désignée en application de l'article L. 1111-6 a reçu une information adaptée à sa situation sur l'absence d'alternative thérapeutique, les risques courus, les contraintes et le bénéfice susceptible d'être apporté par le médicament. La

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 des dispositions de l'alinéa précédent.

« À défaut de convention prévoyant des remises, le prix ou tarif de remboursement tient lieu de prix net de référence. »

II. – Au deuxième alinéa de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, après les mots : « dans un délai déterminé », sont insérés les mots : « , d'un an au maximum ».

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.</p> <p>(...)</p>	<p>III. – Tant que le décret relatif aux conditions de transmission de l'indication mentionnée à l'article L. 162-16-5-3 du code de la sécurité sociale n'est pas entré en vigueur, la répartition des volumes de vente selon les indications, nécessaires à l'application au 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.</p>	<p>Article 52</p> <p>(Sans modification)</p>
<p>Code de la sécurité sociale</p>	<p>I. – L'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	
<p><i>Art. L. 162-16-4.</i> – Le prix de vente au public de chacun des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du comité, sauf opposition conjointe des ministres concernés qui arrêtent dans ce cas le prix dans un délai de quinze jours après la décision du comité. La fixation de ce prix tient compte principalement de l'amélioration du service médical rendu apportée par le médicament, le cas échéant des résultats de l'évaluation médico-économique, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés ainsi que des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament. Lorsque la fixation du prix du médicament est fondée sur une appréciation de l'amélioration du service médical rendu différente de celle de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, le Comité</p>	<p>1° Le premier alinéa est ainsi modifié :</p> <p>a) Au début du premier alinéa, il est inséré le chiffre : « I. – » ;</p> <p>b) Dans la deuxième phrase, le mot : « apportée » est supprimé et après les mots : « prévus ou constatés », sont insérés les mots : « , des montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés » ;</p> <p>c) La dernière phrase est supprimée ;</p>	

Textes en vigueur

économique des produits de santé fait connaître à la commission les motifs de son appréciation.

Ce prix comprend les marges prévues par la décision mentionnée à l'article L. 162-38 ainsi que les taxes en vigueur.

Texte du projet de loi

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

« 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, pour au moins l'un des motifs suivants :

« 1° L'ancienneté de l'inscription de la spécialité concernée ou des médicaments comparables 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 de la fin des droits de propriété intellectuelle conférant une exclusivité de commercialisation de la spécialité ;

« 2° Le prix ou le tarif des médicaments comparables, et les remises applicables à la spécialité concernée et aux médicaments comparables recouvrées dans les conditions prévues à l'article L. 162-18 au bénéfice de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

« 3° Le prix d'achat constaté de la spécialité concernée et des médicaments comparables 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 ;

« 4° Le prix ou le tarif et les remises applicables aux médicaments utilisés concomitamment ou

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article, et notamment les procédures et délais de fixation des prix.

Sont constatées et poursuivies, dans les conditions prévues au titre V du livre IV du code de commerce, les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.

Art. L. 162-16-5. – I. – Le prix de cession au public des spécialités disposant d'une autorisation de mise sur

séquentiellement avec la spécialité concernée ;

« 5° L'existence de prix ou de tarifs, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, inférieurs dans d'autres pays européens ;

« 6° Un niveau de service médical rendu inférieur à celui des médicaments comparables, ou un niveau de service médical rendu faible ou modéré lorsque le médicament ne dispose pas de comparateur.

« Les médicaments comparables sont des médicaments soit appartenant à la même classe pharmaco-thérapeutique, soit ayant la même visée thérapeutique, soit présentant un mécanisme d'action similaire, ou soit traitant des pathologies similaires ou comparables en termes notamment de gravité. » ;

3° Avant les mots : « Un décret en Conseil d'État », il est inséré le chiffre : « III. – » ;

4° Après le III, il est ajouté un IV ainsi rédigé :

« IV. – L'accord-cadre mentionné à l'article L. 162-17-4 peut préciser les modalités de mise en œuvre des conventions mentionnées au I et au II. » ;

5° Avant les mots : « Sont constatées et poursuivies », il est inséré le chiffre : « V. – ».

II. – L'article L. 162-16-5 du même code est ainsi modifié :

1° Les deux premiers alinéas du I sont remplacés par deux alinéas ainsi rédigés :

« I. – Le prix de cession au public des spécialités disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de

Textes en vigueur

le marché, de l'autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique ou de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 du même code et inscrites sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, majoré le cas échéant du montant de la taxe sur la valeur ajoutée, est égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au Comité économique des produits de santé et publié par ce dernier, auquel s'ajoute une marge dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités.

À défaut de déclaration ou en cas d'opposition définitive du comité, le prix de cession au public est fixé par décision du Comité économique des produits de santé et au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours après l'inscription de la spécialité sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ou lorsque la spécialité figurait sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché, dans un délai de soixante-quinze jours après l'obtention de cette autorisation. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe à la décision du comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours après cette décision. La fixation du prix de cession tient compte principalement des prix de vente

Texte du projet de loi

l'autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique ou de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 du même code et inscrites sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, majoré le cas échéant du montant de la taxe sur la valeur ajoutée et d'une marge dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités, est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité. Il est fixé au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours après l'inscription de la spécialité sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ou lorsque la spécialité figurait sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché, dans un délai de soixante quinze jours après l'obtention de cette autorisation. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe à la décision du Comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours après cette décision.

« Ce prix est fixé dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-16-4. Il peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé dans les conditions prévues par le II de ce même article. » ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

pratiqués pour cette spécialité, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation du médicament, de l'amélioration du service médical apportée par le médicament appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du même code et, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique, ainsi que des frais inhérents à la gestion et à la délivrance de la spécialité pharmaceutique.

Tant que le prix de vente déclaré ou le prix de cession au public n'est pas publié, les spécialités pharmaceutiques qui figuraient sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché sont prises en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'elles sont délivrées par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisé sur la base de leur prix d'achat majoré de la marge mentionnée au premier alinéa et, le cas échéant, du montant de la taxe sur la valeur ajoutée.

Un accord conclu à cet effet entre le comité et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des entreprises concernées ou, à défaut, un décret en Conseil d'État précise la procédure, les conditions dans lesquelles sont effectuées les déclarations des laboratoires exploitants, les critères de l'opposition du comité, les conditions dans lesquelles les prix de vente déclarés peuvent être révisés et les engagements que doit prendre l'entreprise.

Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées par le titre V du livre IV du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.

II. – Lorsque le prix d'achat des spécialités acquitté par l'établissement est inférieur au prix de vente publié par le Comité économique des produits de santé ou, le cas échéant, au prix de cession fixé en application du deuxième

Texte du projet de loi

2° Au troisième alinéa du I, les mots : « le prix de vente déclaré ou » sont supprimés ;

3° Le quatrième alinéa du I est supprimé ;

4° Au II, les mots : « au prix de vente publié par le Comité économique des produits de santé ou, le cas échéant, » sont supprimés et le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « premier ».

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

alinéa du I minoré de la marge mentionnée au premier alinéa du même I, le prix de cession facturable et servant de base au calcul de la participation de l'assuré est égal au prix d'achat majoré d'une fraction de la différence entre ces deux éléments, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, auquel s'ajoute la marge précitée.

Art. L 162-16-6. – I. – Le tarif de responsabilité des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7 est fixé par convention entre l'entreprise et le Comité économique des produits de santé et publié par ce dernier au plus tard dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la réception de la demande d'inscription de l'entreprise sur la liste mentionnée au même article L. 162-22-7 ou, en cas d'inscription sur cette même liste à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter du jour où l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique a été rendu public. À défaut d'accord conventionnel au terme des délais mentionnés à la première phrase du présent alinéa, le tarif de responsabilité est fixé et publié par le comité dans les quinze jours suivant le terme de ces mêmes délais. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe au tarif publié par le comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours après cette publication. La fixation du tarif de responsabilité tient compte principalement des prix de vente pratiqués pour cette spécialité, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation de la spécialité pharmaceutique, de l'amélioration du service médical apportée par la spécialité appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé

Texte du projet de loi

III. – L'article L. 162-16-6 du même code est ainsi modifié :

1° La dernière phrase du premier alinéa du I est supprimé ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

publique et, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique.

En aucun cas la différence entre le tarif de responsabilité et le prix de vente aux établissements ne peut être facturée aux patients.

Un accord conclu entre le Comité économique des produits de santé et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des entreprises concernées ou, à défaut, un décret en Conseil d'État précise notamment les conditions dans lesquelles les tarifs peuvent être révisés et les engagements que doit prendre l'entreprise.

Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées aux articles L. 450-1 à L. 450-8 du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.

II. – Les spécialités pharmaceutiques mentionnées au I sont remboursées en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 dans les conditions fixées à l'article L. 162-22-7, sur la base du tarif de responsabilité mentionné au I. Lorsque le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base du montant de la facture majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Art. L. 162-17-4. – (...)

1° Le prix ou le prix de vente déclaré mentionné à l'article

Texte du projet de loi

2° Après le premier alinéa du I, il est inséré un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« Ce tarif est fixé dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-16-4. Il peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé dans les conditions prévues par le II de ce même article. » ;

3° Le troisième alinéa du I est supprimé.

IV. – Au 1° de l'article L. 162-17-4, les mots : « ou le prix de vente déclaré » sont supprimés.

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

L. 162-16-5 de ces médicaments, à l'exception de ceux inscrits sur la liste prévue à l'article L 5126-4 du code de la santé publique qui ne bénéficient pas d'une autorisation de mise sur le marché et, le cas échéant, l'évolution de ces prix, notamment en fonction des volumes de vente ;

(...)

Art. L. 162-38. – Sans préjudice des dispositions relatives aux conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie et les professions de santé 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, les ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale, ou ledit comité pour ce qui concerne les produits mentionnés à l'article L. 165-1, peuvent fixer par décision les prix et les marges des produits et les prix des prestations de services pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. Cette fixation tient compte de l'évolution des charges, des revenus et du volume d'activité des praticiens ou entreprises concernés.

Les dispositions du titre V du livre IV du code de commerce sont applicables aux infractions à ces décisions.

Art. L. 165-2. – Les tarifs de responsabilité de chacun des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits sous forme de nom de marque ou de nom commercial sont établis par convention entre le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation concerné et le Comité économique des produits de santé dans

Texte du projet de loi

V. – L'article L. 162-38 est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, 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 ;

2° Après la première phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « 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. »

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

1° Avant le premier alinéa, il est inséré le chiffre : « I. – » ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.

Les tarifs de responsabilité des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits par description générique ou par description générique renforcée sont établis par convention entre un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique ou, le cas échéant, une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.

La fixation de ce tarif tient compte principalement du service rendu, de l'amélioration éventuelle de celui-ci, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique des tarifs et des prix des produits ou prestations comparables, des volumes de vente prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation.

Texte du projet de loi

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 » ;

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 » ;

4° Après le troisième alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé :

« II. – Le tarif de responsabilité mentionné au I peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé, pour au moins l'un des motifs suivants :

« 1° L'ancienneté de l'inscription du produit ou de la prestation associée, ou d'un ensemble de produits et de prestations comparables, sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ;

« 2° Les tarifs des produits et prestations comparables et les remises applicable au produit ou à la prestation et à ceux comparables recouvrées dans les conditions prévues à

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

l'article L. 165-4 au bénéfice de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

« 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 ;

« 4° Les tarifs, les prix et les remises applicables aux produits et prestations utilisés concomitamment ou séquentiellement avec le produit ou la prestation concernée ;

« 5° L'existence de tarifs, de prix ou de coûts de traitement inférieurs dans d'autres pays européens, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur ;

« 6° Les volumes de vente prévus ou constatés des produits ou prestations ;

« 7° Les montants des produits ou prestations remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés ;

« 8° Les conditions prévisibles et réelles d'utilisation des produits ou prestations.

« 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 ou prestations comparables.

« Les produits ou prestations comparables sont des produits ou prestations, ou une catégorie de produits ou prestations, ayant la même visée thérapeutique, présentant un mécanisme d'action similaire ou traitant des pathologies similaires ou comparables

Textes en vigueur

La publication du tarif des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 intervient au plus tard dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la réception de la demande d'inscription de l'entreprise sur la liste mentionnée au même article L. 162-22-7 ou, en cas d'inscription sur cette même liste à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter du jour où l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 165-1 a été rendu public.

Art. L. 165-3. – Le Comité économique des produits de santé peut fixer par convention ou, à défaut, par décision les prix des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 dans les conditions prévues à l'article L. 162-38. Lorsque le produit ou la prestation est inscrit sous forme de nom de marque ou de nom commercial, la convention est établie entre le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation concerné et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.

Lorsque les produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 sont inscrits par description générique ou par description générique renforcée, la convention est établie entre un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou

Texte du projet de loi

en termes notamment de gravité. » ;

3° Avant le dernier alinéa, il est inséré le chiffre : « III. – » ;

4° Après le dernier alinéa, il est ajouté un IV ainsi rédigé :

« IV. – L'accord-cadre mentionné à l'article L. 165-4-1 peut préciser les modalités de mise en œuvre des conventions mentionnées au I et au II. »

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

1° À la première phrase du premier alinéa, les mots : « dans les conditions prévues à l'article L. 162-38 » sont supprimés ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

prestations répondant à la description générique ou, le cas échéant, une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.

Texte du projet de loi

2° Au second alinéa, les mots : « mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 » sont remplacés par les mots : « dans les conditions visées à l'article L. 165-3-3 » ;

3° Après le second alinéa, il est ajouté un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« Les prix mentionnés au premier alinéa sont fixés dans les conditions prévues au I de l'article L. 165-2. Ils peuvent être fixés à un niveau inférieur ou baissés dans les conditions prévues par le II de ce même article. »

VIII. – Après l'article L. 165-3-2, il est inséré un article L. 165-3-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 165-3-3.* – I. – Les fabricants ou, le cas échéant, les organisations regroupant ces fabricants sont habilités à négocier et à conclure les conventions fixant, en application des articles L. 165-2 et L. 165-3, les tarifs de responsabilité et le cas échéant les prix des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 par description générique ou description générique renforcée, lorsque les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

« 1° Les fabricants ou organisations ont fait connaître au Comité économique des produits de santé leur intention de négocier à la suite d'un avis de projet de fixer les tarifs de responsabilité et, le cas échéant, les prix ;

« 2° Chaque fabricant ou organisation participant à cette négociation justifie d'une part du montant remboursé, constaté ou prévisionnel, représentant au moins 10 % du montant relatif des produits et prestations concernés remboursé par l'assurance maladie obligatoire.

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« Pour chaque fabricant ou organisation, et pour chaque inscription à 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 correspondant, et en appliquant le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Lorsque l'inscription de produits et prestations à cette liste est réalisée conjointement pour plusieurs produits, le comité économique des produits de santé peut appliquer un taux de pondération, compris entre 0 et 1, à chaque produit ; la somme des taux employés est égale à 1.

« Un fabricant ne peut pas participer à la négociation à la fois en son nom propre et au titre d'une organisation.

« 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 :

« 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 ;

« 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.

« Pour chaque distributeur ou organisation, et pour chaque inscription

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

à 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 correspondant, et en appliquant le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

« Un distributeur ne peut pas participer à la négociation à la fois en son nom propre et au titre d'une organisation.

« 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 d'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 I pour les descriptions génériques ou descriptions génériques renforcées concernées.

« La convention mentionnée au II est valablement conclue si elle est signée par des distributeurs ou organisations qui représentent une part du montant remboursé, constaté ou prévisionnel, représentant d'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 II pour les descriptions génériques ou descriptions génériques renforcées concernées.

« Dès lors que l'une des conventions mentionnées aux deux alinéas précédents est valablement conclue, le prix ou le tarif fixé par convention s'applique à l'ensemble des acteurs concernés, y compris à ceux qui n'ont pas signé de convention.

« IV. – Pour l'application des I, II et III, les produits et prestations concernés peuvent regrouper plusieurs produits et prestations comparables, au sens de l'article L. 165-2.

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« Les références temporelles sur lesquelles les contributions sont effectuées sont précisées par le Comité économique des produits de santé.

« 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.

« Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d’affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou le distributeur, ou les fabricants ou distributeurs regroupés au sein de l’organisation, au titre du dernier exercice clos pour la ou les descriptions génériques ou descriptions génériques renforcées considérées. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté.

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

« Lorsqu’une procédure de sanction est engagée par le Comité économique des produits de santé conformément au premier alinéa du présent V, l’invalidation de la convention conclue sur la base des éléments de chiffre d’affaires en cause n’intervient qu’à l’issue d’un délai de six mois suivant l’engagement de cette procédure. Il en est de même, le cas

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

échéant, de la décision du Comité fixant le tarif ou le prix de la description en l'absence d'accord conventionnel.

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

IX. – À la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 165-4, les mots : « , la Caisse nationale du régime social des indépendants » sont supprimés.

X. – L'article L. 165-5-1 devient l'article L. 165-5-2 et il est inséré, après l'article L. 165-5, un nouvel article L. 165-5-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 165-5-1.* – À une date et dans des conditions fixée par décret en Conseil d'État, et au plus tard le 1^{er} janvier 2019, l'inscription par description générique des produits et prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1 est subordonnée à la détention d'un code permettant une identification individuelle de chacun de ces produits et prestations, et de son fabricant ou distributeur. Ces codes identifiants sont collectés par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et rendus publics sur son site internet.

« Le décret mentionné au premier alinéa précise notamment les obligations respectives des fabricants ou distributeurs et de la Caisse nationale pour l'élaboration de ces codes identifiants dans les délais requis. Ce code est exigé par la caisse locale d'assurance maladie compétente en vue de la prise en charge ou du remboursement du produit ou de la prestation. »

XI. – Le prix de cession des spécialités pharmaceutiques fixé sur le fondement de l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction applicable avant l'entrée en vigueur de la présente loi reste valable jusqu'à leur modification par une nouvelle convention ou, à défaut, une nouvelle décision du Comité économique des produits de santé.

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Article 53

I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionnée à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est fixé à 44,4 millions d'euros pour l'année 2017.

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.

Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles mentionnées à l'article L. 137-3 du code de la sécurité sociale.

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 de financement de la sécurité sociale pour 2001, 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. Cette contribution est versée avant le 31 décembre 2017.

Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à cette contribution sont régis par les règles mentionnées à l'article L. 137-3 du code de la sécurité sociale.

IV. – Le montant de la dotation

Article 53

(Sans modification)

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 107 millions d'euros pour l'année 2017.

V. – Le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 129,6 millions d'euros pour l'année 2017.

Article 54

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

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 ainsi fixés :

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	86,6
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	79,2
Contribution de l'assurance maladie	9,1

Article 54

(Sans modification)

Article 55

(Alinéa sans modification)

Amendement AS459

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	
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
Total	190,7

(en milliards d'euros)

**TITRE V
DISPOSITIONS RELATIVES AUX
ORGANISMES CONCOURANT AU
FINANCEMENT DES RÉGIMES
OBLIGATOIRES**

Article 56

Pour l'année 2017, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont ainsi fixées :

	Prévision de charges
Fonds de solidarité vieillesse	19,6

(En milliards d'euros)

**TITRE VI
MESURES COMMUNES AUX
DIFFÉRENTES BRANCHES**

CHAPITRE I^{ER}

Gestion

Article 57

**TITRE V
DISPOSITIONS RELATIVES AUX
ORGANISMES CONCOURANT AU
FINANCEMENT DES RÉGIMES
OBLIGATOIRES**

Article 56

(Sans modification)

**TITRE VI
MESURES COMMUNES AUX
DIFFÉRENTES BRANCHES**

CHAPITRE I^{ER}

Gestion

Article 57

Supprimé

**Amendements AS225, AS353
et AS382**

Art. L. 815-7. – L'allocation de solidarité aux personnes âgées est liquidée et servie par les organismes ou services débiteurs d'un avantage de vieillesse de base résultant de dispositions législatives ou

Textes en vigueur

réglementaires après une information spécifique par ces organismes auprès des intéressés et demande expresse de ces derniers.

Pour les personnes qui ne relèvent d'aucun régime de base obligatoire d'assurance vieillesse, l'organisme compétent est le service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées géré par la Caisse des dépôts et consignations sous la surveillance d'une commission dont la composition est fixée par décret.

Les conditions d'organisation du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées sont fixées par décret.

Art. L. 815-8. – La commission du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées mentionnée à l'article L. 815-7 statue sur les demandes de subventions, aides individuelles et secours instruites par la Caisse des dépôts et consignations.

Les décisions d'attribution de subvention ne sont exécutoires qu'en l'absence d'opposition formée, dans les conditions fixées par décret, par l'autorité compétente de l'État.

Les dépenses entraînées par l'action sociale prévue au présent article sont remboursées au service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées par le fonds institué par l'article L. 135-1.

Texte du projet de loi

~~I. Au deuxième alinéa de l'article L. 815-7 du code de la sécurité sociale, les mots : « la Caisse des dépôts et consignations » sont remplacés par les mots : « la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ».~~

~~II. Au premier alinéa de l'article L. 815-8 du même code, les mots : « la Caisse des dépôts et consignations » sont remplacés par les mots : « la Caisse 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. Les dispositions du I et du II sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2018.~~

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

—

Code de la sécurité sociale

Art. L. 114-19. – Le droit de communication permet d’obtenir, sans que s’y oppose le secret professionnel, les documents et informations nécessaires :

1° Aux agents des organismes chargés de la gestion d’un régime obligatoire de sécurité sociale pour contrôler la sincérité et l’exactitude des déclarations souscrites ou l’authenticité des pièces produites en vue de l’attribution et du paiement des prestations servies par lesdits organismes ;

2° Aux agents chargés du contrôle mentionnés aux articles L. 243-7 du présent code et L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime pour accomplir leurs missions de contrôle définies aux mêmes articles et leur mission de lutte contre le travail dissimulé définie à l’article L. 324-12 du code du travail ;

3° Aux agents de contrôle des organismes de sécurité sociale pour recouvrer les prestations versées indûment à des tiers.

Le droit prévu au premier alinéa peut porter sur des informations relatives à des personnes non identifiées, dans des conditions fixées par décret en Conseil d’État pris après avis de la Commission nationale de l’informatique et des libertés.

Le droit prévu au premier alinéa s’exerce quel que soit le support utilisé pour la conservation des documents et peut s’accompagner de la prise immédiate d’extraits et de copies.

Les documents et informations sont communiqués à titre gratuit dans les trente jours qui suivent la réception de la demande.

Texte du projet de loi

—

Article 58

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 3° de l’article L. 114-19, après les mots : « des tiers » sont ajoutés les mots : « ou des prestations recouvrables sur la succession » ;

Propositions de la Commission

—

Article 58

(Sans modification)

Textes en vigueur

Le refus de déférer à une demande relevant du présent article est puni d'une amende de 1 500 € par cotisant, assuré ou allocataire concerné, sans que le total de l'amende puisse être supérieur à 10 000 €.

Ce délit peut faire l'objet de la procédure simplifiée de l'ordonnance pénale prévue aux articles 495 à 495-6 du code de procédure pénale.

Art. L. 161-1-5. – Pour le recouvrement d'une prestation indûment versée et sans préjudice des articles L. 133-4 du présent code et L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime, le directeur d'un organisme de sécurité sociale peut, dans les délais et selon les conditions fixés par voie réglementaire, délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant la juridiction compétente, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire.

Art. L. 376-4. – La caisse de sécurité sociale de l'assuré est informée du règlement amiable intervenu entre l'assuré et le tiers responsable ou l'assureur.

L'assureur ayant conclu un règlement amiable sans respecter l'obligation mentionnée au premier alinéa ne peut opposer à la caisse la prescription de sa créance. Il verse à la caisse, outre les sommes obtenues par celle-ci au titre du recours subrogatoire prévu à l'article L. 376-1, une pénalité qui est fonction du montant de ces sommes et de la gravité du manquement à l'obligation d'information, dans la limite de 50 % du remboursement obtenu.

Le deuxième alinéa du présent article est également applicable à l'assureur du tiers responsable lorsqu'il ne respecte pas l'obligation d'information de la caisse prévue au septième alinéa de l'article L. 376-1. Une seule pénalité est due à raison du même sinistre.

Texte du projet de loi

2° À l'article L. 161-1-5, après les mots : « indûment versée » sont insérés les mots : « ou d'une prestation recouvrable sur la succession » ;

3° L'article L. 376-4 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, après les mots : « L'assureur » sont insérés les mots : « ou le tiers responsable », le mot : « peut » est remplacé par le mot : « peuvent » et les mots : « il verse » sont remplacés par les mots : « ils versent » ;

b) Au troisième alinéa, après les mots : « du tiers responsable » sont insérés les mots : « ou au tiers responsable » et les mots : « il ne respecte pas » sont remplacés par les mots : « ils ne respectent pas » ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

La contestation de la décision de la caisse de sécurité sociale relative au versement de la pénalité relève du contentieux de la sécurité sociale. La pénalité est recouvrée selon les modalités définies au septième alinéa du IV de l'article L. 114-17-1. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de la caisse.

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

Art. L. 454-2. – La caisse d'assurance maladie de l'assuré est informée du règlement amiable intervenu entre l'assuré et le tiers responsable ou l'assureur.

L'assureur ayant conclu un règlement amiable sans respecter l'obligation mentionnée au premier alinéa du présent article ne peut opposer à la caisse la prescription de sa créance. Il verse à la caisse, outre les sommes obtenues par celle-ci au titre des recours subrogatoires prévus aux articles L. 454-1, L. 455-1 et L. 455-1-1, une pénalité qui est fonction du montant de ces sommes et de la gravité du manquement à l'obligation d'information, dans la limite de 50 % du remboursement obtenu.

Le deuxième alinéa du présent article est également applicable à l'assureur du tiers responsable lorsqu'il ne respecte pas l'obligation d'information de la caisse prévue au cinquième alinéa de l'article L. 454-1. Une seule pénalité est due à raison du même sinistre.

c) Il est inséré, après le troisième alinéa, un alinéa ainsi rédigé :

« La pénalité appliquée au tiers responsable ne peut excéder 30 000 euros lorsqu'il s'agit d'un particulier. » ;

4° L'article L. 454-2 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, après les mots : « L'assureur » sont insérés les mots : « ou le tiers responsable », le mot : « peut » est remplacé par le mot : « peuvent » et les mots : « il verse » sont remplacés par les mots : « ils versent » ;

b) Au troisième alinéa, après les mots : « du tiers responsable » sont insérés les mots : « ou au tiers responsable » et les mots : « il ne respecte pas » sont remplacés par les mots : « ils ne respectent pas » ;

c) Il est inséré, après le troisième

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

La contestation de la décision de la caisse d'assurance maladie relative au versement de la pénalité relève du contentieux de la sécurité sociale. La pénalité est recouvrée selon les modalités définies au septième alinéa du IV de l'article L. 162-1-14. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de la caisse.

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

Code de la sécurité sociale

Livre I^{er}
Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base
Titre I^{er}
Généralités
Chapitre IV *ter*
Contrôle et lutte contre la fraude

Art. L. 114-12-1. – Il est créé un répertoire national commun aux organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, aux caisses assurant le service des congés payés, aux organismes chargés de la gestion d'un régime de retraite complémentaire ou additionnel obligatoire, ainsi qu'à l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du code du travail, relatif aux bénéficiaires des prestations et avantages de toute nature qu'ils servent.

Ce répertoire est utilisé par ces organismes, notamment pour les échanges mentionnés à l'article L. 114-12 du présent code et pour ceux prévus, en application du présent code, avec les administrations

alinéa, un quatrième alinéa ainsi rédigé :

« La pénalité appliquée au tiers responsable ne peut excéder 30 000 euros lorsqu'il s'agit d'un particulier. »

CHAPITRE II

Lutte contre la fraude

Article 59

Le chapitre IV *ter* du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 114-12-1 est ainsi modifié :

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 » ;

CHAPITRE II

Lutte contre la fraude

Article 59

(Sans modification)

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

fiscales.

Les échanges d'informations et données relatives à ce répertoire peuvent prendre la forme de transmissions de données par voie électronique. Les traitements automatisés de données qui se limitent à l'organisation de ces échanges, notamment en vue de garantir l'authenticité, la fiabilité, la provenance, l'intégrité et la confidentialité des données échangées, sont soumis aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dès lors que les informations et données échangées sont celles définies par les dispositions législatives et réglementaires relatives au répertoire défini au premier alinéa.

Ont également accès aux données de ce répertoire :

1° Les organismes de la branche recouvrement du régime général et le Centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociale dans le cadre de l'exercice de leurs missions ;

2° Les collectivités territoriales pour les procédures d'attribution d'une forme quelconque d'aide sociale et les centres communaux et intercommunaux d'action sociale mentionnés aux articles L. 123-4 à L. 123-9 du code de l'action sociale et des familles ;

3° L'organisme chargé de la gestion du système d'information du compte personnel de formation mentionné au III de l'article L. 6323-8 du code du travail, dans le cadre de la gestion de ce compte ;

4° Les institutions mentionnées à l'article L. 3253-14 du code du travail.

Le répertoire contient les

b) Au 2°, après les mots : « les collectivités territoriales », sont insérés les mots : « et leurs groupements, ainsi que les métropoles, » ;

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

« 5° Les entreprises qui fournissent des services faisant l'objet d'une tarification définie par la loi sur la base de critère sociaux, s'agissant des données strictement nécessaires à la mise en œuvre de ces tarifs ; »

Textes en vigueur

données communes d'identification des individus, les informations relatives à leur affiliation aux différents régimes concernés, à leur rattachement à l'organisme qui leur sert les prestations ou avantages, à la nature de ces derniers, l'adresse déclarée aux organismes pour les percevoir, ainsi que les informations permettant d'attester du respect des conditions de résidence. Au 1^{er} janvier 2016, il contient également le montant des prestations en espèces servies par les organismes mentionnés au premier alinéa.

Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques est l'identifiant utilisé.

Le contenu ainsi que les modalités de gestion et d'utilisation de ce répertoire sont fixés par décret en Conseil d'État, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine également les conditions d'identification des personnes qui ne disposent pas d'un numéro d'inscription au répertoire mentionné à l'avant-dernier alinéa.

L'autorité judiciaire est habilitée à communiquer aux organismes de protection sociale toute indication qu'elle peut recueillir de nature à faire présumer une fraude commise en matière sociale ou une manœuvre quelconque ayant eu pour objet ou ayant pour résultat de frauder ou de compromettre le recouvrement des cotisations sociales, qu'il s'agisse d'une instance civile ou commerciale ou d'une information criminelle ou correctionnelle même terminée par un non-lieu.

Texte du projet de loi

2° L'article L. 114-16 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « elle », la fin de l'article L. 114-16 est remplacée par les mots suivants : « recueille, 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 sociales. » ;

b) L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'Agence de gestion et de recouvrement des avoirs saisis et confisqués peut communiquer aux organismes de protection sociale toute

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Code de la sécurité sociale

Art. L. 114-16. – L'autorité judiciaire est habilitée à communiquer aux organismes de protection sociale toute indication qu'elle peut recueillir de nature à faire présumer une fraude commise en matière sociale ou une manœuvre quelconque ayant eu pour objet ou ayant pour résultat de frauder ou de compromettre le recouvrement des cotisations sociales, qu'il s'agisse d'une instance civile ou commerciale ou d'une information criminelle ou correctionnelle même terminée par un non-lieu.

Art. L. 322-6. – Le service de l'indemnité journalière est subordonné à l'obligation pour le bénéficiaire :

1° D'observer les prescriptions du praticien ;

information utile à l'accomplissement de leur mission de recouvrement des cotisations et contributions dues et des prestations versées indûment. »

Article 60

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

1° L'article L. 114-16 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« 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.

« Cette information est communiquée par le ministère public près la juridiction pénale ayant prononcé la condamnation définitive et par le conseil de l'ordre dont la chambre disciplinaire a prononcé la sanction définitive. » ;

2° L'article L. 323-6 est ainsi modifié :

Article 60

(Sans modification)

Textes en vigueur

2° De se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical prévus à l'article L. 315-2 ;

3° De respecter les heures de sorties autorisées par le praticien selon des règles et des modalités prévues par décret en Conseil d'État après avis de la Haute Autorité de santé ;

4° De s'abstenir de toute activité non autorisée.

En cas d'inobservation volontaire de ces obligations, le bénéficiaire restitué à la caisse les indemnités versées correspondantes.

En outre, si l'activité mentionnée au 4° a donné lieu à une rémunération, à des revenus professionnels ou à des gains, il peut être prononcé une sanction financière dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-14.

En cas de recours formé contre les décisions de la caisse, les juridictions visées à l'article L. 142-2 contrôlent l'adéquation du montant de la sanction prononcée par la caisse à l'importance de l'infraction commise par l'assuré.

Texte du projet de loi

a) Au sixième alinéa, après le mot : « correspondantes » sont insérés les mots : « dans les conditions prévues à l'article L. 133-4-1 » ;

b) Au septième alinéa, la référence à l'article L. 162-1-14 est remplacée par la référence à l'article L. 114-17-1 ;

c) Le dernier alinéa est supprimé ;

3° Après l'article L. 323-6, il est inséré un article L. 323-6-1 ainsi rédigé :

« 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.

« En cas de manquement par l'employeur à cette obligation et si celui-ci 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.

« L'organisme d'assurance maladie procède à la récupération des indemnités journalières auprès de l'employeur dans les conditions prévues

Propositions de la Commission

Textes en vigueur

—

Texte du projet de loi

—

Propositions de la Commission

—

à l'article L. 133-4-1. »

II. – Les dispositions du 1° du I du présent article entrent en vigueur au titre des condamnations ou sanctions prononcées à compter du 1^{er} janvier 2017.

Les dispositions du 3° du I du présent article entrent en vigueur au titre des reprises d'activité des salariés intervenant à compter du 1^{er} janvier 2017.

**ANNEXE 1 :
TABLEAUX FIGURANT DANS LES ARTICLES DU PROJET DE LOI**

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017

Article 1^{er}

Article 1^{er}

Au titre de l'exercice 2015, sont approuvés :

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	191,3	197,1	-5,8
Vieillesse	223,8	223,6	0,2
Famille	52,8	54,3	-1,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,1	13,3	0,8
Toutes branches (hors transferts entre branches)	468,4	474,7	-6,3
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	464,9	475,1	-10,2

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	167,4	173,2	-5,8
Vieillesse	120,1	120,5	-0,3
Famille	52,8	54,3	-1,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,6	11,9	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	340,3	347,2	-6,8
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	338,5	349,2	-10,8

Texte du projet de loi

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	16,6	20,5	-3,9

Article 4

I. – Au titre de l'année 2016, sont rectifiés :

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	197,0	201,1	-4,0
Vieillesse	228,3	227,1	1,2
Famille	48,7	49,7	-1,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,1	13,4	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	474,4	477,6	-3,1
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	471,1	478,0	-6,9

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	195,8	199,8	-4,1
Vieillesse	124,0	122,9	1,1
Famille	48,7	49,7	-1,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,7	12,0	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	368,2	371,6	-3,4
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	366,3	373,5	-7,1

Propositions de la Commission

Article 4

Texte du projet de loi

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

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	16,5	20,3	-3,8

Article 5

Au titre de l'année 2016, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs sont rectifiés ainsi qu'il suit :

(en milliards d'euros)

	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	84,6
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	58,3
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,6
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,8
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,2
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,1
Autres prises en charge	1,6
Total	185,2

Propositions de la Commission

Article 5

Texte du projet de loi**Propositions de la Commission**

Article 22

Article 22

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	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

Article 23

Article 23

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	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

Texte du projet de loi

Article 24

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, 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

III. – Pour l'année 2017, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes affectées	0
Total	0

IV. – Pour l'année 2017, les prévisions de recettes par catégorie mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes	0
Total	0

Propositions de la Commission

Article 24

Texte du projet de loi

Article 25

I. – Sont habilités en 2017 à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les organismes mentionnés dans le tableau ci-dessous, dans les limites indiquées :

(en millions d'euros)

	Montants limites
Agence centrale des organismes de sécurité sociale	33 000
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	4 450
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF – période du 1 ^{er} au 31 janvier	450
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF – période du 1 ^{er} février au 31 décembre	200
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	350
Caisse nationale des industries électriques et gazières	300

Article 55

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 ainsi fixés :

(en milliards d'euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	86,6
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	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
Total	190,7

Propositions de la Commission

Article 25

Article 55

Texte du projet de loi

—

Article 56

Pour l'année 2017, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont ainsi fixées :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de charges
Fonds de solidarité vieillesse	19,6

Propositions de la Commission

—

Article 56

ANNEXE 2 : RAPPORTS ANNEXÉS AU PROJET DE LOI

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017

ANNEXE A

ANNEXE A

RAPPORT RETRAÇANT LA SITUATION PATRIMONIALE, AU 31 DÉCEMBRE 2015, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT À LEUR FINANCEMENT, À L'AMORTISSEMENT DE LEUR DETTE OU À LA MISE EN RÉSERVE DE RECETTES À LEUR PROFIT ET DÉCRIVANT LES MESURES PRÉVUES POUR L'AFFECTATION DES EXCÉDENTS ET LA COUVERTURE DES DÉFICITS CONSTATÉS POUR L'EXERCICE 2015

RAPPORT RETRAÇANT LA SITUATION PATRIMONIALE, AU 31 DÉCEMBRE 2015, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT À LEUR FINANCEMENT, À L'AMORTISSEMENT DE LEUR DETTE OU À LA MISE EN RÉSERVE DE RECETTES À LEUR PROFIT ET DÉCRIVANT LES MESURES PRÉVUES POUR L'AFFECTATION DES EXCÉDENTS ET LA COUVERTURE DES DÉFICITS CONSTATÉS POUR L'EXERCICE 2015

I. – Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2015

(Sans modification)

(en milliards d'euros)

ACTIF	2015 (net)	2014 (net)
Immobilisations	6,9	7,0
Immobilisations non financières	4,4	4,3
Prêts, dépôts de garantie	1,6	1,7
Avances, prêts accordés à des organismes de la sphère sociale	0,9	1,0
Actif financier	60,8	58,5
Valeurs mobilières et titres de placement	50,1	50,4
<i>Régime général</i>	<i>0,0</i>	<i>0,1</i>
<i>Autres régimes</i>	<i>7,8</i>	<i>7,5</i>
<i>CADES</i>	<i>9,5</i>	<i>7,0</i>
<i>FRR</i>	<i>32,8</i>	<i>35,9</i>
Encours bancaire	10,3	7,9
<i>Régime général</i>	<i>1,6</i>	<i>2,2</i>
<i>Autres régimes</i>	<i>2,1</i>	<i>1,5</i>
<i>FSV</i>	<i>0,9</i>	<i>1,2</i>
<i>CADES</i>	<i>2,3</i>	<i>1,7</i>
<i>FRR</i>	<i>3,4</i>	<i>1,3</i>
Créances nettes au titre des instruments financiers	0,4	0,2
<i>CADES</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>
<i>FRR</i>	<i>0,2</i>	<i>0,0</i>
Actif circulant	75,0	69,7

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Créances de prestations	8,1	7,8
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	10,7	11,1
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et autres impositions	38,7	35,7
Créances sur entités publiques et organismes de sécurité sociale	8,3	9,4
Produits à recevoir de l'État	0,5	0,5
Autres actifs	8,8	5,2
Total de l'actif	142,7	135,2

(en milliards d'euros)

PASSIF	2015	2014
Capitaux propres	-109,5	-110,7
Dotations	27,4	29,2
<i>Régime général</i>	0,6	0,6
<i>Autres régimes</i>	4,9	4,5
<i>Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)</i>	0,2	0,2
<i>Fonds de réserve pour les retraites (FRR)</i>	21,8	23,9
Réserves	14,3	12,1
<i>Régime général</i>	2,7	2,6
<i>Autres régimes</i>	6,1	5,5
<i>FRR</i>	5,5	4,1
Report à nouveau	-158,8	-156,9
<i>Régime général</i>	-14,2	-10,0
<i>Autres régimes</i>	-4,2	-3,8
<i>CADES</i>	-140,3	-143,1
Résultat de l'exercice	4,7	1,4
<i>Régime général</i>	-6,8	-9,6
<i>Autres régimes</i>	0,4	0,4
<i>Fonds de solidarité vieillesse (FSV)</i>	-3,9	-3,5
<i>CADES</i>	13,5	12,7
<i>FRR</i>	1,5	1,4
Écart d'estimation (réévaluation des actifs du FFR en valeur de marché)	2,9	3,4
Provisions pour risques et charges	15,8	15,0
Passif financier	181,6	179,9
Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, euro paper commerciaux)	165,2	162,5
<i>Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)</i>	27,4	24,2
<i>CADES</i>	137,8	138,2

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dettes à l'égard d'établissements de crédits	10,6	12,4
<i>ACOSS (prêts Caisse des dépôts et consignations)</i>	4,0	6,0
<i>Régime général (ordres de paiement en attente)</i>	4,6	4,6
<i>Autres régimes</i>	1,1	0,8
<i>CADES</i>	1,0	1,0
Dépôts reçus	1,1	1,9
<i>ACOSS</i>	1,1	1,9
Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,0	0,2
<i>ACOSS</i>	0,0	0,2
Autres	4,6	3,0
<i>Autres régimes</i>	0,0	0,1
<i>CADES</i>	4,6	2,9
Passif circulant	54,7	51,0
Dettes et charges à payer à l'égard des bénéficiaires	27,4	27,1
Dettes et charges à payer à l'égard des cotisants	2,6	1,2
Dettes et charges à payer à l'égard d'entités publiques	10,5	9,6
Autres passifs	14,2	13,1
Total du passif	142,7	135,2

Sur le champ des régimes de base, du FSV, de la CADES et du FRR, le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, mesuré par ses capitaux propres négatifs qui représentent le cumul des déficits passés restant à financer, s'élevait à 109,5 milliards d'euros au 31 décembre 2015, soit l'équivalent de 5 points de PIB. Après une forte dégradation consécutive à la crise économique des années 2008-2009, l'amélioration constatée en 2014 s'est confirmée en 2015 (baisse de 1,3 milliard d'euros par rapport à 2014). Cette amélioration reflète la poursuite de la réduction des déficits des régimes de base et du FSV amorcée en 2013 (10,3 milliards d'euros en 2015 contre 12,7 milliards d'euros en 2014, 16,0 milliards d'euros en 2013 et 19,1 milliards d'euros en 2012) et de l'amortissement de la dette portée par la CADES (13,5 milliards d'euros en 2015 contre 12,7 milliards d'euros en 2014).

Cette amélioration se traduit en particulier par le constat, pour la deuxième année consécutive, d'un résultat consolidé positif sur le périmètre d'ensemble de la sécurité sociale retracé ci-dessus (4,7 milliards d'euros en 2015, 1,4 milliard d'euros en 2014).

Le financement du passif net de la sécurité sociale est assuré à titre principal par un recours à l'emprunt, essentiellement porté par la CADES et l'ACOSS. L'endettement financier net de la sécurité sociale, qui

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

correspond à la différence entre les dettes financières et les actifs financiers placés ou détenus en trésorerie, s'établit donc à un niveau proche de celui-ci et en suit en premier lieu les mêmes tendances en subissant secondairement les effets de la variation du besoin en fonds de roulement lié au financement des actifs et passifs circulants (créances et dettes) et des acquisitions d'actifs immobilisés, qui pèsent également sur la trésorerie. Du fait de la quasi-stabilité du besoin en fonds de roulement, on observe pour la première fois un léger fléchissement de l'endettement financier net en 2015 (120,8 milliards d'euros contre 121,3 milliards d'euros fin 2014).

Évolution du passif net et de l'endettement financier net de la sécurité sociale depuis 2009

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Passif net au 31 décembre (capitaux propres négatifs)	-66,3	-87,1	-100,6	-107,2	-110,9	-110,7	-109,5
Endettement financier net au 31 décembre	-76,3	-96,0	-111,2	-116,2	-118,0	-121,3	-120,8
Résultat comptable consolidé de l'exercice	-19,6	-23,9	-10,7	-5,9	-1,6	+1,4	+4,7

II. – Couverture des déficits et affectation des excédents constatés sur l'exercice 2015

Les comptes du régime général ont été déficitaires de 6,8 milliards d'euros en 2015. La branche Maladie a ainsi enregistré un déficit de 5,8 milliards d'euros, la branche Famille un déficit de 1,5 milliard d'euros et la branche Vieillesse un déficit de 0,3 milliards d'euros, la branche Accidents du travail et maladies professionnelles ayant quant à elle dégagé un excédent de 0,7 milliard d'euros. Par ailleurs, le FSV a enregistré un déficit de 3,9 milliards d'euros.

Dans le cadre fixé par la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le transfert à la CADES, dès l'année 2011, des déficits 2011 des branches Maladie et Famille du régime général. Elle a également prévu la reprise progressive, à compter de 2012, des déficits 2011 à 2018 de la branche Vieillesse du régime général et du FSV, dans la double limite de 10 milliards d'euros chaque année et de 62 milliards d'euros au total. Conformément aux dispositions organiques, la CADES a été affectataire de ressources lui permettant de financer ces sommes.

Même si la reprise des déficits de la branche Vieillesse et du FSV reste prioritaire, compte tenu des marges rendues disponibles par les différentes mesures prises en matière de

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

redressement financier par la réforme des retraites 2014, la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 a prévu que les déficits des exercices 2012 à 2017 des branches Maladie et Famille pourraient être intégrés dans le champ de la reprise, sans modification des plafonds globaux de reprise ni de l'échéance d'amortissement de la dette transférée à la CADES.

Un montant de 10 milliards d'euros a ainsi été repris en 2015, correspondant au transfert des déficits prévisionnels de la branche Vieillesse et du FSV au titre de 2014 et au financement d'une partie des déficits de la branche Maladie et de la branche Famille au titre de 2012 et de 2013.

L'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a modifié ce schéma et supprimé le plafond annuel de 10 milliards d'euros afin de tenir compte des conditions de financement à moyen et long termes particulièrement favorables. Il a ainsi ouvert la possibilité d'une saturation du plafond de 62 milliards d'euros dès 2016 et d'une reprise anticipée de 23,6 milliards d'euros. Les modalités de mise en œuvre de cette reprise anticipée en 2016 ont été précisées par décret n° 2016-110 du 4 février 2016 relatif au transfert à la caisse d'amortissement de la dette sociale de déficits du régime général et du fonds de solidarité vieillesse à effectuer en 2016.

Par ailleurs, les excédents de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles au titre de 2015 (0,7 milliard d'euros) ont été affectés à la réduction des déficits cumulés passés, dont le montant est ainsi réduit de 1,0 à 0,2 milliard d'euros.

La plupart des régimes de base autres que le régime général présentent par construction des résultats annuels équilibrés ou très proches de l'équilibre. Il en est ainsi des régimes intégrés financièrement au régime général (régimes agricoles à l'exception de la branche retraite du régime des exploitants, régimes maladie des militaires et des marins, et régimes de base du régime social des indépendants intégrés financièrement aux branches Maladie et Vieillesse du régime général depuis 2015), des régimes de retraite équilibrés par des subventions de l'État (SNCF, RATP, régimes des mines et des marins), et des régimes d'employeurs (fonction publique de l'État), équilibrés par ces derniers.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Cependant, plusieurs régimes ne bénéficiant pas de tels mécanismes d'équilibrage ont enregistré en 2015 des résultats déficitaires. S'agissant de la branche retraite du régime des exploitants agricoles, dont les déficits 2009 et 2010 avaient été repris par la CADES, le déficit s'élève à 0,3 milliard d'euros (contre 0,2 milliard d'euros en 2014), portant le montant des déficits cumulés depuis 2011 à 3,2 milliards d'euros. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a prévu que ce déficit puisse être financé par des avances rémunérées de trésorerie par l'ACOSS en complément des financements bancaires auxquels avait recours jusqu'ici la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pour couvrir ces déficits cumulés. Au 31 décembre 2015, ces déficits ont été financés en totalité par une avance de l'ACOSS (2,7 milliards d'euros

Le déficit du régime des mines s'est élevé à 0,1 milliard d'euros en 2015, portant le montant cumulé de dette à 1,1 milliard d'euros en fin d'année. Dans le contexte d'une limitation des concours financiers de la Caisse des dépôts et consignations, partenaire financier historique de la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a étendu jusqu'à 2017 les dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 prévoyant la faculté d'un recours à des avances de trésorerie de l'ACOSS à hauteur de 250 millions d'euros, en complément des financements externes procurés par la Caisse des dépôts et des établissements bancaires.

Enfin, la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) a dégagé, pour la deuxième année consécutive, un excédent de 0,3 milliard d'euros, contre 0,4 milliard d'euros en 2014. Cet excédent a été affecté aux réserves du régime, portant celles-ci à 1,8 milliard d'euros.

Texte du projet de loi

ANNEXE B

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.

1. 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

1.1. La reprise économique se consolide

La prévision de croissance du 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 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 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 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 PLF pour 2017 au conseil des ministres.

Propositions de la Commission

ANNEXE B

(Sans modification)

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

	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 moyens de pension	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.

1.2 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, 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 qu'il 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 Accident du travail - maladies professionnelles du régime général se trouvent en excédent de respectivement 0,03, 1,6 et 0,7 milliards 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 en 2012.

Ce redressement devrait se poursuivre sur les années à venir, avec une situation agrégée du régime général en excédent dès 2018 à 2 milliards d'euros, puis 4,6 milliards en 2019 et 7,4 milliards 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 à 33 milliards d'euros pour l'exercice 2017, soit un niveau inférieur à celui de 2015.

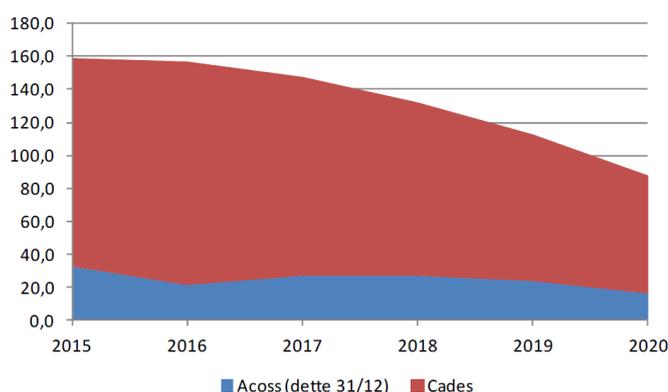
Le rééquilibrage du Fonds de solidarité vieillesse est également prévu, avec le début de la réduction de ses dépenses opéré dès 2017 en projet de loi de financement de la

Texte du projet de loi

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 CADES aura amorti 124,7 milliards d'euros. Le résultat annuel de la caisse d'amortissement de la dette sociale en 2016, qui traduit sa capacité annuelle d'amortissement des déficits passés, couplé aux bons résultats financiers du portefeuille d'actifs du 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 donc oblige 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, en LFSS pour 2013, à 2024 au lieu de 2025.



Propositions de la Commission

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

2. 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

2.1. 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 pour la branche Famille, et à 1,6 pour la Vieillesse. La modulation des allocations familiales prévues par la loi de financement 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 milliards d'euros en 2018, puis 0,8 et 1 milliards en 2019 et 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 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 LFSS 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 PLFSS 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

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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

La fixation d'un 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'économie 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 et qui prévoit notamment dès l'année prochaine une importante revalorisation tarifaire, la hausse en deux temps de la valeur du point de la fonction publique ainsi que les mesures concernant la transposition du parcours professionnel carrière et rémunération 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 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 maîtrises 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, le Fonds va permettre à l'assurance maladie de continuer à assurer pleinement ses missions dans le respect d'un ONDAM 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 le Dr 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 LFSS pour 2016.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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.

3. Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale porte également des réformes des prélèvements et des prestations visant à les moderniser et à simplifier leur mise en œuvre

3.1. 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

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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.

3.2. 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 20 actions concrètes visant à améliorer durablement les relations entre le RSI et ses plus de 6 millions d'assurés.

Un comité de suivi de ces 20 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 liées à la mise en place en 2008 de la répartition des compétences entre les réseaux du RSI et des 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 instaure une organisation nouvelle de ce dispositif de recouvrement :

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

—

– 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 ;

– 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, placé 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 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.

3.3. 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 car 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 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 et notamment la Caisse des Français de l'étranger. 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.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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)

	2018	2019	2020	2019	2020
Maladie					
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
AT/MP					
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
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	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
Toutes branches consolidées					
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

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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

(en milliards d'euros)

	2018	2019	2020	2019	2020
Maladie					
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
AT/MP					
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 de l'ensemble du Fonds de solidarité vieillesse

	2018	2019	2020	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

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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

ANNEXE C

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

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

(Sans modification)

Exercice 2017

(en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP*	Régimes de base	FSV**	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'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

* Accidents du travail-maladies professionnelles.

** Fonds de solidarité vieillesse.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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

Exercice 2017

(en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP*	Régimes de base	FSV**	Régimes de base et FSV
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.

** Fonds de solidarité vieillesse.

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

Exercice 2017

(en milliards d'euros)

	FSV
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
Recettes	15,7