



N° 3601

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 27 novembre 2020.

PROJET DE LOI

REJETÉ PAR LE SÉNAT
EN NOUVELLE LECTURE,

de financement de la sécurité sociale pour 2021,

TRANSMIS PAR

M. LE PREMIER MINISTRE

À

M. LE PRÉSIDENT

DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE

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

Le Sénat a rejeté, en nouvelle lecture, le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, dont la teneur suit :

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 1^{re} lecture : **3397, 3432, 3434** et T.A. **490**.
Commission mixte paritaire : **3577**.
Nouvelle lecture : **3551** et **3587**.

Sénat : **101, 107, 106** et T.A. **22** (2020-2021).
Commission mixte paritaire : **133** et **134** (2020-2021).
Nouvelle lecture : **151, 155** et T. **27** (2020-2021).

PREMIÈRE PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2019

DEUXIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2020

Article 3

- ① I. – Il est institué, au titre de l'année 2020, une contribution exceptionnelle à la prise en charge des dépenses liées à la gestion de l'épidémie de covid-19. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.
- ② Cette contribution est due par les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale en activité au 31 décembre 2020.
- ③ La contribution est assise sur l'ensemble des sommes versées en 2020, au titre des cotisations d'assurance maladie complémentaire, au profit de ces organismes selon les modalités définies au I et au dernier alinéa du II *bis* du même article L. 862-4, à l'exception des garanties mentionnées au 4° du même II *bis*.
- ④ Le taux de la contribution est fixé à 2,6 %.
- ⑤ La contribution 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. Elle est déclarée et liquidée au plus tard le 31 janvier 2021. Elle peut faire l'objet d'une régularisation annuelle selon les mêmes modalités que la contribution mentionnée au même article L. 862-4, au plus tard le 30 juin 2021.
- ⑥ Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions prévues au premier alinéa de l'article L. 862-5 du même code.
- ⑦ II. – (*Non modifié*)

Article 3 bis

(Supprimé)

Article 4 bis

Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport dressant le bilan de l'expérimentation de la réforme du financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile, financée en 2019 par une contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie de 50 millions d'euros, conformément à l'article 26 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

Articles 4 ter à 4 quinquies

(Supprimés)

Article 6

(Conforme)

Article 6 bis A

(Supprimé)

Article 6 bis

(Conforme)

Article 6 ter

- ① I. – A. – Les employeurs mentionnés au B du présent I bénéficient, dans les conditions prévues au présent article, d'une exonération totale des cotisations et contributions sociales mentionnées au I de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, à l'exception des cotisations affectées aux régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires, dues au titre

des rémunérations des salariés mentionnés au II du même article L. 241-13, déterminées en application de l'article L. 242-1 du même code ou de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime.

- ② B. – Sont éligibles à l'exonération prévue au A :
- ③ 1° Les employeurs dont l'effectif est inférieur à deux cent cinquante salariés qui ont été particulièrement affectés par les conséquences économiques et financières de la propagation de l'épidémie de covid-19 et qui exercent leur activité principale :
- ④ a) Dans les secteurs du tourisme, de l'hôtellerie, de la restauration, du sport, de la culture, du transport aérien, de l'évènementiel ;
- ⑤ b) Dans des secteurs d'activités dont l'activité dépend de celle de ceux mentionnés au a du présent 1°.
- ⑥ Le bénéfice de l'exonération est réservé à ceux parmi ces employeurs qui, au cours du mois suivant celui au titre duquel l'exonération est applicable, ont fait l'objet de mesures d'interdiction d'accueil du public, à l'exception des activités de livraison, de retrait de commande ou de vente à emporter, prises dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire en application de l'article L. 3131-15 du code de la santé publique ou qui ont constaté une baisse de chiffre d'affaires d'au moins 50 % par rapport à la même période de l'année précédente. Un décret prévoit, notamment pour les activités présentant une forte saisonnalité, les modalités d'appréciation de la baisse de chiffre d'affaires ;
- ⑦ 2° Les employeurs dont l'effectif est inférieur à cinquante salariés, qui exercent leur activité principale dans d'autres secteurs que ceux mentionnés au 1° du présent B et qui, au cours du mois suivant celui au titre duquel l'exonération est applicable, ont fait l'objet d'une interdiction d'accueil du public affectant de manière prépondérante la poursuite de leur activité, à l'exception des activités de livraison, de retraite de commande ou de vente à emporter.
- ⑧ C. – L'exonération prévue au présent article est applicable aux cotisations et contributions dues par les employeurs mentionnés au 1° du B au titre des périodes d'emploi courant à compter du 1^{er} septembre 2020 à condition, pour ceux mentionnés au a du même 1°, qu'ils exercent leur activité dans un lieu concerné par les mesures de réglementation ou d'interdiction de la circulation des personnes ou d'accueil du public prises dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire en application de l'article L. 3131-15 du code de

la santé publique avant le 30 octobre 2020. Pour les employeurs exerçant dans un lieu concerné par ces mesures à compter du 30 octobre, y compris pour ceux établis dans les départements d'outre-mer où ces mesures ne sont pas applicables, l'exonération prévue au présent article est applicable aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'emploi courant à compter du 1^{er} octobre 2020.

- ⑨ Cette exonération est applicable pour une période maximale de trois mois, et au plus tard pour les périodes d'emploi courant jusqu'au 30 novembre 2020.
- ⑩ D. – L'exonération est appliquée sur les cotisations et contributions sociales mentionnées au présent I restant dues après application de toute exonération totale ou partielle de cotisations sociales, de taux spécifiques, d'assiettes ou de montants forfaitaires de cotisations. Elle est cumulable avec l'ensemble de ces dispositifs.
- ⑪ E (*nouveau*). – Pour les clubs sportifs professionnels, le bénéfice de l'exonération applicable au titre des périodes d'emploi prévues au C n'est pas soumis aux conditions mentionnées au dernier alinéa du 1^o du B.
- ⑫ II. – Les employeurs mentionnés au I du présent article bénéficient d'une aide au paiement de leurs cotisations et contributions sociales, égale à 20 % du montant des rémunérations des salariés mentionnés au II de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, déterminées en application de l'article L. 242-1 du même code ou de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime, dues au titre des périodes d'emploi mentionnées au C du I du présent article.
- ⑬ L'aide est imputable sur l'ensemble des sommes dues aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 725-3 du code rural et de la pêche maritime ainsi qu'à l'organisme mentionné au e de l'article L. 5427-1 du code du travail au titre des années 2020 et 2021, après application de l'exonération mentionnée au I du présent article et de toute autre exonération totale ou partielle applicable. Pour l'application des articles L. 131-7, L. 133-4-2 et L. 242-1-1 du code de la sécurité sociale, cette aide est assimilée à une mesure de réduction.
- ⑭ L'aide n'est pas applicable aux rémunérations au titre des périodes d'emploi pour lesquelles s'applique l'aide prévue au II de l'article 65 de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020.

⑮ III. – (*Non modifié*)

⑯ IV. – Lorsqu'ils satisfont aux conditions d'activité principale, de lieu d'exercice de l'activité et de fermeture ou baisse du chiffre d'affaires mentionnées au I, les travailleurs indépendants relevant du dispositif mentionné à l'article L. 613-7 du code de la sécurité sociale peuvent déduire des montants de chiffre d'affaires ou de recettes déclarés au titre des échéances mensuelles ou trimestrielles de l'année 2021 les montants correspondant au chiffre d'affaires ou aux recettes réalisés au titre des périodes mentionnées au C du I du présent article.

⑰ IV *bis* (*nouveau*). – Lorsqu'ils satisfont à la condition de baisse de chiffre d'affaires mentionnée au I, appréciée au regard de la baisse de l'assiette déclarée aux organismes de recouvrement mentionnés à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale, les artistes-auteurs mentionnés à l'article L. 382-1 du même code bénéficient d'une réduction des cotisations et contributions de sécurité sociale. Le montant de la réduction est fixé par décret et tient compte de leur revenu artistique en 2019, dans les conditions prévues au V de l'article 65 de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 précitée. Ce montant tient également compte du niveau de la baisse de chiffre d'affaires, appréciée sur l'ensemble de l'année 2020.

⑱ Cette réduction peut porter, dans des conditions prévues par décret, sur les cotisations dues au titre de l'année 2020 ou de l'année suivante.

⑲ IV *ter* (*nouveau*). – Le cotisant ne peut bénéficier des dispositions des I à IV du présent article en cas de condamnation en application des articles L. 8221-1, L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail au cours des cinq années précédentes.

⑳ V et VI. – (*Non modifiés*)

㉑ VII (*nouveau*). – Un décret peut prolonger les périodes prévues au C du I au plus tard jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel l'état d'urgence sanitaire prend fin ou, pour les employeurs pour lesquels l'interdiction d'accueil du public aurait été prolongée au delà de cette date, jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel l'interdiction d'accueil du public prend fin. Le cas échéant, ce décret précise les conditions dans lesquelles ceux des employeurs mentionnés au B du même I dont l'activité reste particulièrement affectée par les conséquences économiques et financières de la propagation de l'épidémie de covid-19 ou par les mesures d'interdiction d'accueil du public peuvent continuer de bénéficier de tout ou partie des réductions ou des aides prévues au présent article. Ce décret

peut notamment retenir, dans ce cadre, une condition de baisse de chiffre d'affaires supérieure à celle prévue audit I. Il peut également reporter les dates mentionnées au deuxième alinéa du VI de l'article 65 de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 précitée au plus tard jusqu'au dernier jour de la période d'emploi du mois suivant la fin de l'état d'urgence sanitaire.

Article 6 quater

(Supprimé)

Articles 7 et 8

(Conformes)

Article 9

Au I de l'article 86 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, le montant : « 649 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 449 millions d'euros ».

TROISIÈME PARTIE
**DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES
ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
POUR L'EXERCICE 2021**

TITRE I^{ER}

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES,
AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE**

CHAPITRE I^{ER}

Tenir compte de la crise de la covid-19

Article 10 A

(Supprimé)

Article 10

- ① Il est institué au titre de l'année 2021 une contribution exceptionnelle à la prise en charge des dépenses liées à la gestion de l'épidémie de covid-19. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.
- ② Cette contribution est due par les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale en activité au 31 décembre 2021.
- ③ La contribution est assise sur l'ensemble des sommes versées en 2021, au titre des cotisations d'assurance maladie complémentaire, au profit de ces organismes selon les modalités définies au I et au dernier alinéa du II *bis* du même article L. 862-4, à l'exception des garanties mentionnées au 4° du même II *bis*.
- ④ Le taux de la contribution est fixé à 1,3 %.
- ⑤ La contribution est recouvrée par l'organisme désigné pour le recouvrement de la taxe mentionnée audit article L. 862-4, concomitamment au recouvrement de cette même taxe. Elle est déclarée et liquidée au plus tard le 31 janvier 2022. Elle peut faire l'objet d'une

régularisation annuelle selon les mêmes modalités que la contribution mentionnée au même article L. 862-4, au plus tard le 30 juin 2022.

- ⑥ Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions prévues au premier alinéa de l'article L. 862-5 du code de la sécurité sociale.

.....

Article 13

- ① I. – Au 4° du III de l'article 8 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, la date : « 1^{er} janvier 2021 » est remplacée par la date : « 1^{er} janvier 2023 ».
- ② II. – (*Supprimé*)

Articles 13 bis A à 13 bis G

(*Supprimés*)

.....

Articles 13 ter A et 13 ter B

(*Supprimés*)

Article 13 ter

(*Conforme*)

Article 13 quater

- ① I. – Le 1° du B du III de l'article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À la fin, les mots : « et de la production audiovisuelle » sont supprimés ;
- ③ 2° (*Supprimé*)
- ④ II. – (*Non modifié*)

⑤ III. – (*Supprimé*)

Article 13 quinquies A

(*Supprimé*)

Article 13 quinquies

① I. – L'article 17 de la loi n° 90-1067 du 28 novembre 1990 relative à la fonction publique territoriale et portant modification de certains articles du code des communes est ainsi modifié :

② 1° À la fin du premier alinéa, les mots : « ainsi que pour les retenues pour pension dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État » sont supprimés ;

③ 2° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

④ « L'indemnité de feu est assujettie aux retenues et contributions supportées au titre des pensions par les intéressés et leurs collectivités employeurs dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. La retenue pour pension supportée par les intéressés peut, en tant que de besoin, être majorée dans les mêmes conditions pour couvrir les dépenses supplémentaires résultant des dispositions de la présente loi pour la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales. » ;

⑤ 3° Le dernier alinéa est supprimé.

⑥ II. – (*Non modifié*)

⑦ III. – (*Supprimé*)

.....

Articles 13 septies et 13 octies

(*Supprimés*)

CHAPITRE I^{ER} BIS
(Division et intitulé supprimés)

Article 13 nonies

(Supprimé)

CHAPITRE II
Poursuivre les simplifications pour les acteurs de l'économie

.....

Articles 14 bis A et 14 bis B

(Supprimés)

Article 14 bis

Au 3° de l'article L. 142-1 du code de la sécurité sociale, après la référence : « L. 3253-18, », est insérée la référence : « L. 5212-9, ».

.....

Articles 15, 15 bis A et 15 bis

(Conformes)

.....

Article 15 sexies

- ① L'article L. 133-4-11 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 133-4-11.* – En cas de recouvrement partiel des cotisations et contributions sociales, le paiement est prioritairement imputé sur la créance due au principal, puis le cas échéant sur les majorations de retard et pénalités restant dues et sur les frais de justice. Pour l'affectation du paiement partiel aux sommes dues à titre principal, les cotisations et contributions salariales sont prélevées par priorité et dans des proportions

identiques sur les sommes recouvrées. Le solde éventuel est affecté aux autres cotisations et contributions dans des conditions fixées par décret. Les cotisations et contributions dues par les travailleurs indépendants sont prélevées selon un ordre fixé par décret. »

Article 15 septies

(Supprimé)

CHAPITRE III

Créer la nouvelle branche Autonomie

Article 16

- ① I. – Le code de l’action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° L’article L. 14-10-1 est ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 14-10-1.* – La Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie gère la branche mentionnée au 5° de l’article L. 200-2 du code de la sécurité sociale et, à cet effet, a pour rôle :
- ④ « 1° De veiller à l’équilibre financier de cette branche. À ce titre, elle établit les comptes de celle-ci et effectue le règlement et la comptabilisation de toute opération relevant de cette branche. Elle est chargée de la gestion du risque ;
- ⑤ « 2° De piloter et d’assurer l’animation et la coordination, dans le champ des politiques de soutien à l’autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, des acteurs participant à leur mise en œuvre en vue de garantir l’équité, notamment territoriale, la qualité et l’efficacité de l’accompagnement des personnes concernées. À ce titre, elle assure la collecte et la valorisation des données relatives aux besoins et à l’offre de services et de prestations. Elle conçoit et met en œuvre des systèmes d’information pouvant comporter l’hébergement de données de santé en lien avec le groupement public prévu à l’article L. 1111-24 du code de la santé publique. Elle met son expertise technique à la disposition des personnes publiques et des professionnels de l’aide à l’autonomie et soutient le développement de la formation dans ce domaine. Elle assure, notamment en vue de garantir la qualité de service et de veiller à l’équité du traitement des demandes de compensation du handicap et d’aide à

l'autonomie, un rôle d'accompagnement et d'appui aux maisons départementales de l'autonomie mentionnées à l'article L. 149-4 du présent code et aux maisons départementales des personnes handicapées mentionnées à l'article L. 146-3 ainsi qu'un rôle d'évaluation de leur contribution à la politique de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées ;

- ⑥ « 3° De contribuer, en assurant une répartition équitable sur le territoire national, au financement et au pilotage d'une politique de prévention de la perte d'autonomie et de lutte contre l'isolement, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des prestations individuelles d'aide à l'autonomie et des dispositifs mis en place aux niveaux national ou local en faveur de l'autonomie et des proches aidants et de contribuer au financement de l'investissement dans le champ du soutien à l'autonomie. Pour l'exercice de ces missions, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut confier la réalisation d'opérations aux organismes des régimes obligatoires de sécurité sociale, dans des conditions faisant l'objet de conventions entre la caisse et ces organismes ;
- ⑦ « 4° De contribuer à l'information des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs proches aidants, notamment en créant des services numériques et en favorisant la mise en place de guichets uniques au niveau départemental permettant de faciliter leurs démarches administratives et le suivi personnalisé de leurs parcours ;
- ⑧ « 5° De contribuer à la recherche et à l'innovation dans le champ du soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ;
- ⑨ « 6° De contribuer à la réflexion prospective sur les politiques de l'autonomie, leurs possibles adaptations territoriales et de proposer toute mesure visant à améliorer la couverture du risque, en prenant notamment en considération les inégalités liées au sexe afin d'élaborer des mesures correctives ;
- ⑩ « 7° De contribuer à l'attractivité des métiers participant à l'accompagnement et au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, notamment au travers de ses actions en faveur de la formation et de la professionnalisation des professionnels ;
- ⑪ « 8° (*Supprimé*) » ;
- ⑫ 2° Le dernier alinéa de l'article L. 14-10-2 est supprimé ;
- ⑬ 3° L'article L. 14-10-3 est ainsi modifié :

- ⑭ a) Le deuxième alinéa du III est ainsi rédigé :
- ⑮ « 1° Les orientations de la convention d'objectifs et de gestion prévue à l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale ; »
- ⑯ b) Après le sixième alinéa du même III, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑰ « Le conseil peut être saisi par les ministres chargés de la sécurité sociale, des personnes handicapées, des personnes âgées et de la santé de toute question relative à la politique de soutien à l'autonomie. » ;
- ⑱ c) Les trois derniers alinéas du même III sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑲ « Le conseil délibère également, sur proposition du directeur, sur les budgets nationaux de gestion et d'intervention. » ;
- ⑳ d) Le VI est abrogé ;
- ㉑ 4° L'article L. 14-10-4 est ainsi rédigé :
- ㉒ « *Art. L. 14-10-4.* – Les ressources de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie comprennent :
- ㉓ « 1° Les contributions prévues aux articles L. 137-40 et L. 137-41 du code de la sécurité sociale ;
- ㉔ « 2° Une fraction du produit de la contribution sociale généralisée, dans les conditions fixées à l'article L. 131-8 du même code ;
- ㉕ « 3° Des produits divers, dons et legs ;
- ㉖ « 4° Des dotations des autres branches mentionnées à l'article L. 200-2 dudit code destinées à couvrir des dépenses relevant des missions définies à l'article L. 14-10-1 du présent code. » ;
- ㉗ 5° L'article L. 14-10-5 est ainsi rédigé :
- ㉘ « *Art. L. 14-10-5.* – La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie assure :
- ㉙ « 1° Le financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1 ;

- ⑩ « 2° Le financement des aides à l'investissement au bénéfice de ces établissements et services, ainsi que de l'habitat inclusif mentionné à l'article L. 281-1. Les dépenses d'aides à l'investissement immobilier des établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 sont conditionnées à l'adaptation des bâtiments à la transition démographique ;
- ⑪ « 3° Le financement des concours versés aux départements, destinés à couvrir une partie :
- ⑫ « a) Du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1 ;
- ⑬ « b) Du coût de la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1 ;
- ⑭ « c) Des coûts d'installation ou de fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées ;
- ⑮ « d) Du coût des actions de prévention prévues aux 1°, 2°, 4°, 5° et 6° de l'article L. 233-1 ;
- ⑯ « 4° Le financement des autres dépenses d'intervention en faveur des personnes handicapées, des personnes âgées dépendantes et des proches aidants entrant dans le champ des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie définies à l'article L. 14-10-1. À cette fin, elle peut contribuer au financement d'actions contractualisées avec les conseils départementaux et les métropoles pour la transformation inclusive de l'offre médico-sociale ou d'autres formes d'habitat dans leurs domaines de compétence ainsi qu'au financement du fonds prévu à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique pour le soutien à des actions, des expérimentations, des dispositifs ou des structures qui participent à la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées ;
- ⑰ « 5° Le financement de la gestion administrative. » ;
- ⑱ 6° Après le même article L. 14-10-5, il est inséré un article L. 14-10-5-1 ainsi rédigé :
- ⑲ « *Art. L. 14-10-5-1. – I. –* Le montant global du concours mentionné au a du 3° de l'article L. 14-10-5 est limité à 7,70 % des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4.

- ④① « Le montant de la seconde part mentionnée au 2° du I de l'article L. 14-10-6 est limité à 61,4 % du produit de la contribution mentionnée à l'article L. 137-41 du code de la sécurité sociale.
- ④② « II. – Le montant du concours mentionné au *b* du 3° de l'article L. 14-10-5 est limité à 2,00 % des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4. » ;
- ④③ 7° Le I de l'article L. 14-10-6 est ainsi modifié :
- ④④ a) Au premier alinéa, la référence : « II » est remplacée par la référence : « *a* du 3° » ;
- ④⑤ b) Au premier alinéa du 1°, les mots : « dans la limite des ressources mentionnées au *a* du 1° du même II » sont supprimés ;
- ④⑥ c) Le dernier alinéa du même 1° est supprimé ;
- ④⑦ d) À la fin de la première phrase du 2°, la référence : « *b* du 1° du II de l'article L. 14-10-5 » est remplacée par la référence : « second alinéa du I de l'article L. 14-10-5-1 » ;
- ④⑧ 8° L'article L. 14-10-7 est ainsi modifié :
- ④⑨ a) Au premier alinéa du I, au début, les mots : « Les concours mentionnés au III de l'article L. 14-10-5 sont répartis » sont remplacés par les mots : « Le concours mentionné au *b* du 3° de l'article L. 14-10-5 est réparti » et le mot : « décrets » est remplacé par le mot : « décret » ;
- ④⑩ b) Au premier alinéa du II, les mots : « même III » sont remplacés par la référence : « I » ;
- ④⑪ c) Au premier alinéa du III, les mots : « et le concours mentionné au III de l'article L. 14-10-5 pour l'installation et le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées sont répartis » sont remplacés par les mots : « est réparti » ;
- ④⑫ d) Les quatre derniers alinéas du même III sont supprimés ;
- ④⑬ 9° À l'article L. 14-10-7-1, qui devient l'article L. 14-10-7-1-1, la référence : « et L. 14-10-7 » est remplacée par les références : « , L. 14-10-7 et L. 14-10-7-1 » ;
- ④⑭ 10° L'article L. 14-10-7-1 est ainsi rétabli :

- ⑤4 « *Art. L. 14-10-7-1.* – I. – Le concours mentionné au *c* du 3° de l'article L. 14-10-5 comporte pour chaque département, selon des modalités fixées par décret pris après avis de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, une part forfaitaire fixée en tenant notamment compte de la subvention, mentionnée au III du présent article, versée à la maison départementale des personnes handicapées ainsi qu'une part résultant d'une enveloppe répartie en fonction de tout ou partie, d'une part, des critères mentionnés aux *a* à *f* du III de l'article L. 14-10-7 et, d'autre part, d'un critère représentatif de l'activité de la maison départementale des personnes handicapées.
- ⑤5 « II. – En l'absence de potentiel fiscal prévu à l'article L. 3543-1 du code général des collectivités territoriales, le concours mentionné au *c* du 3° de l'article L. 14-10-5 du présent code est déterminé en retenant, pour les collectivités concernées, une valeur nulle de ce même potentiel.
- ⑤6 « Le versement du concours relatif à l'installation et au fonctionnement des maisons départementales s'effectue dans des conditions prévues par la convention mentionnée à l'article L. 14-10-7-2.
- ⑤7 « Le concours attribué pour l'installation et le fonctionnement de la maison des personnes handicapées compétente sur les territoires du département du Rhône et de la métropole de Lyon est calculé et versé dans des conditions tenant compte des modalités particulières d'exercice de la compétence prévue à l'article L. 146-3 par la métropole de Lyon et le département du Rhône.
- ⑤8 « Le concours attribué pour l'installation et le fonctionnement de la maison des personnes handicapées compétente sur le territoire de la collectivité de Corse est calculé et versé dans des conditions tenant compte des modalités particulières d'exercice de la compétence prévue au même article L. 146-3 par la collectivité de Corse.
- ⑤9 « III. – La caisse verse également la subvention mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 146-4-2, dont le montant est fixé et réparti par arrêté conjoint des ministres chargés du budget et des affaires sociales. » ;
- ⑥0 11° L'article L. 14-10-7-3 est ainsi rédigé :
- ⑥1 « *Art. L. 14-10-7-3.* – La Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie signe avec toute métropole exerçant ses compétences à l'égard des personnes âgées une convention pluriannuelle fixant leurs engagements

réciproques sur les modalités de répartition des crédits entre les actions de prévention relevant des 1°, 2°, 4° et 6° de l'article L. 233-1. » ;

- ⑥2 12° Les articles L. 14-10-8, L. 14-10-9 et L. 14-10-10 sont abrogés ;
- ⑥3 13° Le I de l'article L. 314-3 est ainsi modifié :
- ⑥4 a) Au premier alinéa, les mots : « de celles des prestations » sont supprimés et sont ajoutés les mots : « fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, des affaires sociales et du budget » ;
- ⑥5 b) Le deuxième alinéa est supprimé ;
- ⑥6 c) À la première phrase du troisième alinéa, les mots : « des prestations » sont supprimés ;
- ⑥7 14° Au deuxième alinéa de l'article L. 233-2, les mots : « mentionné au 2° de l'article L. 14-10-10 » sont remplacés par les mots : « correspondant aux autres actions de prévention mentionnées aux 1°, 4° et 6° de l'article L. 233-1 » ;
- ⑥8 15° À la première phrase du troisième alinéa du III de l'article L. 313-12, les mots : « et dans la limite des crédits correspondants attribués en application de l'article L. 14-10-10 » sont supprimés ;
- ⑥9 16° L'article L. 521-2, le 1° de l'article L. 531-1, l'article L. 581-10 et le X de l'article L. 541-4 sont abrogés.
- ⑦0 II. – (*Non modifié*)
- ⑦1 III. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est habilité à prendre par voie d'ordonnance, dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi, afin de mettre en œuvre la création de la cinquième branche du régime général de la sécurité sociale relative à l'autonomie, toute mesure relevant du domaine de la loi visant à :
- ⑦2 1° Codifier, à droit constant, dans le code de la sécurité sociale les dispositions relatives à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie prévues au code de l'action sociale et des familles ;
- ⑦3 2° Mettre en cohérence les dispositions du code de l'action sociale et des familles ou d'autres codes et textes législatifs avec la nouvelle codification mentionnée au 1° ;

- 74 3° Modifier les dispositions des livres I^{er} et II du code de la sécurité sociale pour les étendre, en tant que de besoin, à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.
- 75 Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de six mois à compter de la publication de l'ordonnance.
- 76 III *bis*. – L'article L. 723-12-1 du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- 77 1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :
- 78 « La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole contribue à la mise en œuvre de la politique de santé et de la politique de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ainsi qu'à l'organisation du système de soins et au bon usage de la prévention et des soins. » ;
- 79 2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- 80 « Elle participe, avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, à la détermination des orientations en faveur du soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle promeut et anime des actions de prévention de la perte d'autonomie et de soutien aux proches aidants. »
- 81 IV. – (*Non modifié*)

Article 16 bis

Sur la base du rapport réalisé en application du III de l'article 5 de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, et à l'issue d'une concertation associant l'ensemble des parties prenantes qui le composent ainsi que des représentants des usagers de la politique de l'autonomie et des professionnels de l'autonomie, le conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie formule un avis et des recommandations sur les pistes de financement de la politique de soutien à l'autonomie. Il rend publiques les conclusions de ces travaux au plus tard le 1^{er} mars 2021.

Article 16 ter

(*Conforme*)

CHAPITRE IV

Assurer la soutenabilité des dépenses de médicaments

Article 17

- ① I. – L'article L. 138-13 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ③ a) À la première phrase, les mots : « à L. 162-16-5 » sont remplacés par les références : « , L. 162-16-4-1, L. 162-16-5 » ;
- ④ b) À la seconde phrase, les mots : « prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article » sont remplacés par les mots : « ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge associée mentionnée aux articles L. 162-16-5-1 et » ;
- ⑤ 2° Le second alinéa est ainsi modifié :
- ⑥ a) La première phrase est supprimée ;
- ⑦ b) Au début de la seconde phrase, les mots : « À défaut, » sont supprimés ;
- ⑧ c) À la même seconde phrase, le taux : « 80 % » est remplacé par le taux : « 95 % » ;
- ⑨ 3° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑩ « Par dérogation au deuxième alinéa, pour une entreprise redevable de la contribution qui a accepté, par convention conclue avec le Comité économique des produits de santé au titre des articles L. 162-16-4, L. 162-16-4-1, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6, une baisse du prix net d'une ou plusieurs spécialités qu'elle exploite, prenant effet au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, le taux mentionné au deuxième alinéa du présent article peut être fixé entre 80 % et 95 %. Le taux mentionné à la première phrase du présent alinéa applicable à chaque entreprise est déterminé selon un barème fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction du montant des économies réalisées par l'assurance maladie du fait de la baisse du prix net

de ces spécialités pour l'année au titre de laquelle la contribution est due ainsi que du chiffre d'affaires de l'entreprise calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-11.

- ⑪ « Le prix net mentionné au troisième alinéa du présent article est calculé en défalquant les remises mentionnées aux articles L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 du prix de vente au public mentionné aux articles L. 162-16-4 et L. 162-16-4-1, minoré des marges prévues par la décision mentionnée à l'article L. 162-38 et des taxes en vigueur, du prix de cession au public mentionné à l'article L. 162-16-5 ou du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 162-16-6. »
- ⑫ II et III. – *(Non modifiés)*
- ⑬ IV. – *(Supprimé)*

Articles 17 bis A à 17 bis G

(Supprimés)

Article 17 bis

- ① I. – *(Supprimé)*
- ② II. – *(Non modifié)*
- ③ III et IV. – *(Supprimés)*

Article 17 quater

Avant le 1^{er} septembre 2021, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'avenir de la clause de sauvegarde et des mécanismes actuels de soutenabilité des dépenses de médicaments face au développement des biothérapies. Ce rapport étudie l'opportunité de développer comme outil de soutenabilité la mise en place de bioproduction académique et notamment l'impact sur les dépenses de médicaments selon les modes d'organisation de la bioproduction académique.

Article 17 quinquies

(Conforme)

TITRE II

CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 18

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 131-8 est ainsi modifié :
- ③ a) Le 1° est ainsi modifié :
- ④ – à la fin du troisième alinéa, le taux : « 27,57 % » est remplacé par le taux : « 18,49 % » ;
- ⑤ – à la fin du dernier alinéa, le taux : « 19,06 % » est remplacé par le taux : « 28,14 % » ;
- ⑥ b) Le *b* du 3° est ainsi modifié :
- ⑦ – au début du deuxième alinéa, le taux : « 5,95 % » est remplacé par le taux : « 4,25 % » ;
- ⑧ – au début du quatrième alinéa, le taux : « 4,65 % » est remplacé par le taux : « 2,72 % » ;
- ⑨ – au début du cinquième alinéa, le taux : « 4,77 % » est remplacé par le taux : « 1,88 % » ;
- ⑩ – au début de l'avant-dernier alinéa, le taux : « 3,2 % » est remplacé par le taux : « 1,27 % » ;
- ⑪ – au début du dernier alinéa, le taux : « 3,07 % » est remplacé par le taux : « 0,18 % » ;
- ⑫ c) À la fin du *e* du même 3°, le taux : « 1,98 % » est remplacé par le taux : « 2,94 % » ;

- ⑬ *d)* Au *f* du même 3°, après la référence : « I », sont insérés les mots : « , aux 1° et 2° du II, aux III et III *bis* » et, à la fin, le taux : « 0,23 % » est remplacé par le taux : « 1,93 % » ;
- ⑭ *e)* Le 3° *bis* est ainsi modifié :
- ⑮ – à la fin du *a*, le taux : « 8,6 % » est remplacé par le taux : « 6,67 % » ;
- ⑯ – il est ajouté un *c* ainsi rédigé :
- ⑰ « *c)* À la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour la part correspondant à un taux de 1,93 % ; »
- ⑱ *f)* Le 8° est ainsi rédigé :
- ⑲ « 8° Le produit de la taxe mentionnée au I de l'article L. 862-4 perçue au titre des contrats mentionnés au II *bis* du même article L. 862-4 est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1.
- ⑳ « Le produit de la taxe mentionnée au premier alinéa du présent 8° perçue au titre des contrats mentionnés au II de l'article L. 862-4 est affecté :
- ㉑ « *a)* Au fonds mentionné à l'article L. 862-1, à hauteur de l'écart entre ses charges et ses autres produits ;
- ㉒ « *b)* Au fonds mentionné à l'article L. 815-26, à hauteur de ses charges ;
- ㉓ « *c)* À la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2, à hauteur du solde du produit résultant des affectations mentionnées aux *a* et *b* du présent 8° ; »
- ㉔ 2° Le II de l'article L. 241-2 est complété par un 4° ainsi rédigé :
- ㉕ « 4° Par les personnes mentionnées à l'article L. 131-9. » ;
- ㉖ 3° Au premier alinéa de l'article L. 612-5, les mots : « les branches mentionnées aux 1° et 3° de l'article L. 200-2 et » sont supprimés ;
- ㉗ 4° Le second alinéa de l'article L. 635-4-1 est ainsi modifié :

- 28) a) À la première phrase, les mots : « du régime mentionné à l'article » sont remplacés par les mots : « des régimes mentionnés aux articles L. 631-1 et » ;
- 29) b) À la deuxième phrase, les mots : « ce régime » sont remplacés par les mots : « ces régimes ».
- 30) II. – À compter du 1^{er} janvier 2024, au f du 3^o et au c du 3^{o bis} de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, le taux : « 1,93 % » est remplacé par le taux : « 2,08 % ».
- 31) III. – *(Non modifié)*

.....

Article 20

(Pour coordination)

- 1) Pour l'année 2021, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

2)

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	195,5	219,1	-23,7
Accidents du travail et maladies professionnelles ...	14,4	14,1	0,3
Vieillesse.....	242,9	251,9	-9,0
Famille	49,6	49,3	0,3
Autonomie.....	31,2	31,6	-0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches) ..	519,5	552,0	-32,5
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	517,5	552,4	-34,9

Article 21

(Pour coordination)

- ① Pour l'année 2021, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général :
- ②

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	193,9	217,6	-23,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,8	12,7	0,2
Vieillesse.....	135,0	144,7	-9,7
Famille	49,6	49,3	0,3
Autonomie	31,2	31,6	-0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	408,6	442,0	-33,3
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	407,9	443,7	-35,8

Article 22

(Pour coordination)

- ① I. – Pour l'année 2021, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.
- ② II. – Pour l'année 2021, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 17 milliards d'euros.
- ③ III et IV. – *(Non modifiés)*
-

Article 24

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2021 à 2024), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et

de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2021

CHAPITRE 1^{ER}

Mettre en œuvre les engagements du Ségur de la santé

Article 25 AA

(Supprimé)

Article 25 A

- ① I. – Afin de contribuer à l'attractivité, à la dignité et à l'amélioration des salaires des métiers des professionnels des services d'accompagnement et d'aide à domicile mentionnés aux 6^o et 7^o du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie verse une aide aux départements finançant un dispositif de soutien à ces professionnels.
- ② Cette aide de 200 millions d'euros par an est versée chaque année par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.
- ③ Elle est répartie entre les départements en fonction des dernières données disponibles portant sur le volume total d'activité réalisée par les services d'aide et d'accompagnement à domicile au titre des allocations prévues aux articles L. 231-1, L. 232-1 et L. 245-1 dudit code.
- ④ Les paramètres du dispositif et les modalités du versement de l'aide aux départements qui le financent sont fixés par décret.
- ⑤ II. – A. – Le I du présent article entre en vigueur le 1^{er} avril 2021.
- ⑥ B. – Par dérogation au deuxième alinéa du I, cette aide est ramenée à 150 millions d'euros pour l'année 2021.

Article 25 B

(Supprimé)

Article 25 bis

(Supprimé)

Article 26

- ① I. – L'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est ainsi modifié :
- ② 1° À la fin de la première phrase du I, les mots : « des établissements de santé publics et privés » sont remplacés par les mots : « et l'investissement en santé » ;
- ③ 1° bis *(Supprimé)*
- ④ 2° Le III est ainsi modifié :
- ⑤ a) Au premier alinéa, après le mot : « sanitaire », sont insérés les mots : « , des structures d'exercice coordonné mentionnées aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3 du code de la santé publique ainsi que des établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles » ;
- ⑥ b) Après le même premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑦ « Le fonds peut financer l'ensemble des dépenses engagées dans le cadre d'actions ayant pour objet la modernisation, l'adaptation ou la restructuration des systèmes d'information de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale. » ;
- ⑧ 3° Le III bis est abrogé ;
- ⑨ 3° bis Après le III *quinquies*, sont insérés des III *sexies* et III *septies* ainsi rédigés :
- ⑩ « III *sexies*. – L'interopérabilité des logiciels informatiques est une condition au financement des dépenses engagées pour la transformation et la modernisation des systèmes informatiques.

- ⑪ « III *septies*. – (*Supprimé*) » ;
- ⑫ 4° À la première phrase du premier alinéa du IV, les mots : « d'un an » sont remplacés par les mots : « , fixé par décret, d'au moins un an » et les mots : « de trois ans » sont remplacés par les mots : « , fixé par décret, d'au moins un an » ;
- ⑬ 5° La première phrase du premier alinéa du V est ainsi rédigée : « Les ressources du fonds sont notamment constituées par le reversement des avances remboursables mentionnées au III ainsi que par des participations des régimes obligatoires d'assurance maladie et de la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale. » ;
- ⑭ 6° Au IX, après le mot : « Mayotte », sont insérés les mots : « , Saint-Barthélemy, Saint-Martin ».
- ⑮ II. – (*Non modifié*)
- ⑯ III (*nouveau*). – Lors de l'utilisation de ces financements pour l'achat de logiciels informatiques par les établissements publics de santé, l'interopérabilité des logiciels informatiques doit être l'un des critères d'attribution du marché.

Article 27

- ① I. – Afin de concourir à la compensation des charges nécessaires à la continuité, la qualité et la sécurité du service public hospitalier et à la transformation de celui-ci, les organismes de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale peuvent verser une dotation annuelle aux établissements mentionnés à l'article L. 6112-3 du code de la santé publique.
- ② Le versement de cette dotation est soumis à la conclusion par chaque établissement concerné d'un contrat avec l'agence régionale de santé avant le 31 décembre 2021.
- ③ La somme de ces dotations est fixée par décret et ne peut excéder 13 milliards d'euros, correspondant au montant maximal prévu au C du II *septies* de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.
- ④ Les sommes transférées par la Caisse d'amortissement de la dette sociale en application du même C sont inscrites au bilan de la Caisse

nationale de l'assurance maladie au moment du transfert à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Elles sont constatées en produits au compte de résultat de la Caisse nationale de l'assurance maladie au même rythme que l'ordonnancement des dotations annuelles mentionnées au premier alinéa du présent I dont elles assurent le financement.

- ⑤ II. – Pour déterminer le montant de la dotation mentionnée au I versée à chaque établissement contractant, sont notamment pris en compte les ratios d'analyse financière et les marges financières nécessaires à l'investissement.
- ⑥ III. – Les contrats mentionnés au I sont signés pour une durée maximale de dix ans par le directeur général de l'agence régionale de santé et les représentants légaux des établissements mentionnés au même I. Ils peuvent faire l'objet d'une révision par voie d'avenant pendant toute la durée du contrat. Les stipulations de ces contrats font l'objet d'un suivi par le conseil territorial de santé concerné. Ces contrats précisent :
 - ⑦ 1° Le mandat confié à l'établissement, notamment en matière de désendettement, d'investissement, d'amélioration de la situation financière et de transformation, et les charges mentionnées au I dont le financement est assuré par la dotation ;
 - ⑧ 2° Le montant de la dotation et les paramètres retenus pour son calcul ;
 - ⑨ 3° L'échéancier des versements annuels ;
 - ⑩ 4° Les indicateurs de suivi, les modalités d'évaluation et de contrôle ainsi que le mécanisme de reprise de financements en cas de surcompensation des charges mentionnées au I ou de non-respect des engagements pris par l'établissement dans le contrat. Les montants repris ne peuvent excéder, pour une année donnée, le montant de la dotation mentionnée au même I pour cette même année.
- ⑪ IV. – Lors du renouvellement des contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique, les agences régionales de santé s'assurent qu'ils sont cohérents avec les engagements et les moyens fixés dans le contrat mentionné aux I et III du présent article.
- ⑫ V. – La dotation qui sera versée à l'établissement est comptabilisée en capitaux propres en une fois et pour sa totalité, dès la signature du contrat.

- ⑬ VI. – Les conditions d’application du présent article sont définies par décret en Conseil d’État, notamment :
- ⑭ 1° Les paramètres servant à déterminer les compensations des obligations de service public hospitalier ;
- ⑮ 2° Les modalités de détermination du montant des dotations mentionnées au I ainsi que de la publication par l’agence régionale de santé des critères retenus pour déterminer ce montant ;
- ⑯ 3° Les conditions de mise en œuvre et les modalités d’application du contrat mentionné aux I et III ;
- ⑰ 4° Les modalités de contrôle et de récupération des éventuelles surcompensations.
- ⑱ VII. – Le C du II *septies* de l’article 4 de l’ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi rédigé :
- ⑲ « C. – La couverture de dotations de la branche mentionnée au 1° de l’article L. 200-2 du code de la sécurité sociale couvrant un soutien exceptionnel, qui ne peut excéder 13 milliards d’euros, au titre du désendettement pour favoriser les investissements dans les établissements de santé assurant le service public hospitalier est assurée par des transferts de la Caisse d’amortissement de la dette sociale à l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les dates et montants de ces transferts sont fixés par décret. »

Article 28

- ① I. – Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le chapitre préliminaire est ainsi modifié :
- ③ a) Le I de l’article L. 160-13 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « La participation de l’assuré aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d’un établissement de santé, autorisée, est fixée à une somme forfaitaire due lorsque ce passage n’est pas suivi d’une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d’obstétrique ou d’odontologie au sein de l’établissement. Le montant de cette participation est défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de l’Union nationale des caisses d’assurance

maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Ce montant peut être réduit dans les cas mentionnés aux 3°, 4° et 13° de l'article L. 160-14 et à l'article L. 371-1 du présent code ainsi qu'à l'article L. 212-1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre. Cette participation ne peut être supprimée, sauf dans les cas prévus à l'article L. 160-9, aux 11°, 15° et 18° de l'article L. 160-14 ainsi qu'aux articles L. 169-1 et L. 16-10-1 du présent code. » ;

- ⑤ *b)* Au premier alinéa de l'article L. 160-14, après le mot : « supprimée », sont insérés les mots : « , sous réserve des dispositions du dernier alinéa du I du même article L. 160-13, » ;
- ⑥ 2° L'article L. 162-22-8-2 est ainsi modifié :
- ⑦ *a)* Au début de la première phrase du second alinéa du 1°, les mots : « L'État » sont remplacés par les mots : « Le directeur général de l'agence régionale de santé » ;
- ⑧ *b)* Le même 1° est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑨ « La répartition de la dotation populationnelle entre les régions a pour objectif de réduire progressivement les inégalités dans l'allocation de ressources régionales. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les modalités et la trajectoire de réduction de ces inégalités ; »
- ⑩ *c)* Après le 3°, il est inséré un 4° ainsi rédigé :
- ⑪ « 4° Des recettes liées à la participation de l'assuré aux frais liés aux actes et prestations réalisés dans une structure de médecine d'urgence, mentionnée au dernier alinéa du I de l'article L. 160-13. » ;
- ⑫ 3° À la première phrase du I de l'article L. 162-22-9-1, après la référence : « L. 162-22-6 », sont insérés les mots : « , à l'exception des forfaits déterminés en application du 2° de l'article L. 162-22-8-2, » ;
- ⑬ 4° Au 3° du I de l'article L. 162-22-10, après le mot : « nationaux, », sont insérés les mots : « à l'exception des forfaits déterminés en application du 2° de l'article L. 162-22-8-2, » et, après la référence : « 2° », sont insérés les mots : « du présent I » ;
- ⑭ 5° Le 2° de l'article L. 162-22-11-1 est complété par les mots : « ou la participation forfaitaire mentionnée au dernier alinéa du I de l'article L. 160-13 du présent code » ;

- ⑮ 6° Au 4° de l'article L. 169-2, les mots : « au premier alinéa » sont remplacés par les mots : « aux premier et dernier alinéas ».
- ⑯ II et III. – (*Non modifiés*)
- ⑰ IV. – Le III de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est ainsi modifié :
- ⑱ 1° Le B est ainsi modifié :
- ⑲ a) Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ⑳ – l'année : « 2021 » est remplacée par l'année : « 2022 » ;
- ㉑ – les références : « aux articles L. 162-23-2 et L. 162-23-3 » sont remplacées par la référence : « à l'article L. 162-23-2 » ;
- ㉒ b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :
- ㉓ – à la première phrase, les mots : « définies aux articles L. 162-23-2, L. 162-23-3 et L. 162-23-4 » sont remplacés par les mots : « liées aux recettes directement issues de l'activité mentionnées à l'article L. 162-23-3 » ;
- ㉔ – à la deuxième phrase, l'année : « 2021 » est remplacée par l'année : « 2022 » ;
- ㉕ 1° bis Le E est ainsi modifié :
- ㉖ a) Au premier alinéa du 2° et au 6°, l'année : « 2020 » est remplacée par l'année : « 2021 » ;
- ㉗ b) À la fin des *a* et *b* du 3°, l'année : « 2021 » est remplacée par l'année : « 2022 » ;
- ㉘ 2° Le F est ainsi modifié :
- ㉙ a) Au premier alinéa, la date : « 28 février 2023 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2021 » et sont ajoutés les mots : « et, du 1^{er} janvier 2022 au 28 février 2023, le montant lié aux recettes directement issues de l'activité mentionnées à l'article L. 162-23-3 du même code n'est pas facturé par les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du même code à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 du même code » ;

- ⑩ *b*) Au quatrième alinéa, les mots : « du montant forfaitaire prévu au *b* du 2° du E du présent III » sont remplacés par les mots : « des montants mentionnés au premier alinéa du présent F » ;
- ⑪ 3° Au H, l'année : « 2021 » est remplacée par l'année : « 2022 ».
- ⑫ IV *bis* et V à VII. – (*Non modifiés*)
- ⑬ VIII et IX. – (*Supprimés*)

Article 28 bis A

(Supprimé)

Article 28 bis B

(Conforme)

Article 28 bis C

(Supprimé)

.....

Article 28 quater

- ① Après le premier alinéa du III de l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Le développement de l'autodialyse et de la dialyse à domicile figure parmi ces indicateurs. »

Article 28 quinquies

Dans un délai de trois mois à compter de la publication de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'application de l'article 33 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020. Ce rapport présente l'état d'avancement de la mise en œuvre du dispositif de financement des hôpitaux de proximité ainsi que de leur labellisation.

Article 29

- ① I. – À compter du 1^{er} janvier 2021 et pour la durée de l'expérimentation prévue au II du présent article, les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant des activités de médecine au sens de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique, à l'exclusion de ceux mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du même code, qui en font la demande bénéficient, par dérogation au 1^o de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, d'une dotation socle.
- ② La liste des établissements volontaires est dressée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ③ Le montant de la dotation socle est calculé sur la base d'un pourcentage des recettes de l'assurance maladie issues de l'activité des séjours de médecine réalisés l'année précédente au sein de l'établissement concerné.
- ④ Les recettes résultant de l'activité des séjours de médecine réalisés au sein de l'établissement concerné durant l'année en cours tiennent compte de la dotation socle.
- ⑤ Les modalités d'entrée et de sortie de la liste des établissements volontaires, les modalités de détermination et de calcul de la dotation socle sont fixées par décret.
- ⑥ II. – Une expérimentation portant sur un financement des activités de médecine des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, composé d'une dotation reposant sur des caractéristiques populationnelles, d'un paiement à l'activité et à l'acte et d'un financement à la qualité, est mise en œuvre pour une durée de cinq ans à compter de la publication du décret en Conseil d'État mentionné à l'avant-dernier alinéa du présent II, qui ne peut être postérieure au 31 décembre 2021.
- ⑦ Pour la mise en œuvre de cette expérimentation, il peut être dérogé :
- ⑧ 1^o Aux règles de financement des établissements de santé, de facturation et de tarification mentionnées aux articles L. 162-22, L. 162-22-6, L. 162-22-8, L. 162-22-8-1, L. 162-22-8-3, L. 162-22-10, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15, L. 162-23-15, L. 162-23-16, L. 162-26 et L. 162-26-1 du code de la sécurité sociale ;

- ⑨ 2° À l'article L. 162-2 du même code, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade.
- ⑩ Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation, notamment les conditions d'entrée dans le dispositif, les modalités de financement susceptibles d'être mises en œuvre et les modalités d'évaluation de l'expérimentation.
- ⑪ Un rapport d'évaluation est transmis au Parlement au plus tard le 30 juin 2026.
- ⑫ III. – La dotation prévue au II se substitue à la dotation socle prévue au I lorsque l'établissement de santé qui bénéficie de la dotation socle participe à l'expérimentation prévue au II.

Article 29 bis

(Supprimé)

Article 30

- ① I. – Le chapitre III *ter* du titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rétabli :
- ② « *CHAPITRE III TER*
- ③ « *Maisons de naissance*
- ④ « *Art. L. 6323-4.* – Les maisons de naissance sont des structures sanitaires au sein desquelles des sages-femmes, dans les conditions prévues aux articles L. 4151-1 et L. 4151-4 relatifs à l'exercice de leur profession, assurent l'accouchement des femmes dont elles ont suivi la grossesse. Les maisons de naissance s'inscrivent dans une offre de soins diversifiée pour assurer aux femmes le choix de l'accouchement le plus adapté à leurs besoins. La direction médicale des maisons de naissance est assurée par des sages-femmes.
- ⑤ « Chaque maison de naissance doit être contiguë à un établissement de santé autorisé pour l'activité de soins de gynécologie-obstétrique, avec lequel elle conclut une convention prévoyant, notamment, les modalités d'un transfert rapide des parturientes ou des nouveau-nés en cas de nécessité.
- ⑥ « *Art. L. 6323-4-1.* – Les maisons de naissance sont créées et gérées par :

- ⑦ « 1° Plusieurs sages-femmes associées pour leur exercice professionnel ou pour la mise en commun de moyens nécessaires à cet exercice ;
- ⑧ « 2° Un organisme à but non lucratif autre qu'un établissement de santé ;
- ⑨ « 3° Un groupement d'intérêt public, un groupement d'intérêt économique ou un groupement de coopération sanitaire.
- ⑩ « *Art. L. 6323-4-1-1.* – Outre les activités mentionnées à l'article L. 6323-4, les maisons de naissance peuvent :
- ⑪ « 1° Mener des actions de santé publique, de prévention et d'éducation thérapeutique notamment en vue de favoriser l'accès aux droits des femmes ;
- ⑫ « 2° Constituer des lieux de stages, le cas échéant universitaires, pour la formation des sages-femmes.
- ⑬ « *Art. L. 6323-4-2.* – Les projets relatifs à la création d'une maison de naissance sont soumis à l'autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé. L'autorisation est accordée pour une durée de sept ans renouvelable.
- ⑭ « L'autorisation est accordée lorsque le projet répond aux besoins de la population et permet le respect des conditions de fonctionnement prévues à l'article L. 6323-4-3.
- ⑮ « *Art. L. 6323-4-3.* – Les conditions techniques de fonctionnement des maisons de naissance sont fixées par décret. La prise en charge des femmes et des nouveau-nés est conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles établies par la Haute Autorité de santé.
- ⑯ « *Art. L. 6323-4-4.* – Lorsqu'il est constaté un manquement compromettant la qualité ou la sécurité des soins, une méconnaissance des dispositions législatives et réglementaires relatives aux maisons de naissance, ou en cas d'abus ou de fraude à l'égard des organismes de sécurité sociale ou des assurés sociaux, le directeur général de l'agence régionale de santé dispose des pouvoirs et met en œuvre la procédure prévus, pour les centres de santé, à l'article L. 6323-1-12.
- ⑰ « *Art. L. 6323-4-5.* – Sauf dispositions contraires, les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'État. »

- ⑱ II à IV. – *(Non modifiés)*

Article 30 bis

(Supprimé)

Article 31

- ① I et II. – *(Non modifiés)*

- ② III. – Les modalités d'application du présent article, notamment les conditions d'accès et les critères d'éligibilité des patients au dispositif mentionné à l'article L. 6111-1-6 du code de la santé publique, les conditions et les modalités de contribution de l'assurance maladie à son financement, en particulier pour sa mise en place, et les conditions de choix et de conventionnement des tiers qui peuvent se voir déléguer par les établissements la réalisation de la prestation d'hébergement, sont fixées par décret en Conseil d'État.

- ③ Un cahier des charges fixe les conditions d'accès à ce financement. Son contenu est établi par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

- ④ Le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation au plus tard le 31 décembre 2022. Ce rapport intègre une évaluation de la prise en charge des publics isolés, notamment dans le cadre de la chirurgie ambulatoire.

Article 31 bis

(Conforme)

Article 32

- ① I. – La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa du I de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale relative aux actes de téléconsultation est supprimée jusqu'au 31 décembre 2021.

- ② II. – *(Supprimé)*

Article 32 bis

(Supprimé)

Article 33

- ① I. – Par dérogation au premier alinéa du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, l'échéance de la convention nationale prévue à l'article L. 162-5 du même code et régissant les rapports entre l'assurance maladie et les médecins libéraux, conclue le 25 août 2016 et approuvée le 20 octobre 2016, est reportée au 31 mars 2023.
- ② II. – *(Non modifié)*

Articles 33 bis A et 33 bis B

(Supprimés)

.....

Article 33 ter

- ① La section 7 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :
- ② 1° Après le 4° de l'article L. 162-32-1, il est inséré un 4° *bis* ainsi rédigé :
- ③ « 4° *bis* Les conditions à remplir par les centres de santé pour être régis par l'accord national, notamment celles relatives aux zones d'exercice, définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code la santé publique, concernant l'ouverture des centres de santé ou l'accroissement d'activité par le recrutement d'un nouveau professionnel de santé salarié. Ces conditions peuvent être modulées en fonction de la profession des professionnels de santé salariés exerçant au sein du centre de santé ; »
- ④ 2° À la seconde phrase du dernier alinéa de l'article L. 162-32-2, après le mot : « dispositions », sont insérés les mots : « ainsi que les conditions relatives aux zones d'exercice définies en application du 4° *bis* de l'article L. 162-32-1 ».

Article 33 quater

(Conforme)

Article 34

- ① I. – *(Non modifié)*
 - ② II. – Au plus tard trois mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement présente au Parlement un rapport d'évaluation de celle-ci.
-

Article 34 quater

(Conforme)

Article 34 quinquies

- ① I. – À titre expérimental et pour une durée de trois ans à compter de la publication de la présente loi, par dérogation à l'article L. 2212-2 du code de la santé publique, les sages-femmes ayant réalisé la formation complémentaire obligatoire et justifiant des expériences spécifiques attendues peuvent réaliser des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en établissements de santé.
- ② II. – Un décret précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation mentionnée au I du présent article, notamment les caractéristiques de l'appel à projets national, les éléments relatifs à la formation exigée et les expériences attendues des sages-femmes, les conditions de financement de l'expérimentation ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation.
- ③ III. – Un arrêté du ministre chargé de la santé précise la liste des établissements de santé retenus pour participer à l'expérimentation au vu des résultats de l'appel à projets national.

Article 34 sexies

- ① À titre expérimental, pour une durée de trois ans, l'État peut autoriser le financement par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique de la mise en place par certaines

agences régionales de santé d'un parcours soumis à prescription médicale visant à accompagner les personnes pour lesquelles une complication du diabète de type 2 est découverte et qui bénéficient du dispositif prévu au 3° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

- ② Un décret fixe les conditions d'application du présent article, notamment les agences régionales de santé concernées par cette expérimentation et le contenu de ce parcours, qui peut comprendre un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des consultations de suivi nutritionnels et psychologiques.
 - ③ Un rapport d'évaluation du dispositif est transmis au Gouvernement avant la fin de l'expérimentation.
-

CHAPITRE II

Allonger le congé de paternité et d'accueil de l'enfant et le rendre pour partie obligatoire

.....

Articles 35 *ter* A et 35 *ter* B

(Supprimés)

Article 35 *ter*

(Conforme)

CHAPITRE III

Tirer les conséquences de la crise sanitaire

Article 36

- ① I. – *(Non modifié)*
- ② II. – La section 1 du chapitre VI du titre II du livre II de la première partie du code du travail est ainsi modifiée :

- ③ 1° L'article L. 1226-1-1 devient l'article L. 1226-1-2 ;
- ④ 2° Il est rétabli un article L. 1226-1-1 ainsi rédigé :
- ⑤ « *Art. L. 1226-1-1.* – Lorsque la protection de la santé publique le justifie, en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel, tel que prévu à l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale, notamment d'épidémie, nécessitant l'adoption en urgence de conditions adaptées pour le versement de l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1 du présent code, dérogoires au droit commun, celles-ci peuvent être prévues par décret, pour une durée limitée qui ne peut excéder un an.
- ⑥ « Dans les conditions et limites fixées par ce décret, les dérogations mises en œuvre en application du premier alinéa du présent article peuvent porter sur :
- ⑦ « 1° La condition d'ancienneté prévue au premier alinéa de l'article L. 1226-1 ;
- ⑧ « 2° Le motif d'absence au travail prévu au même premier alinéa ;
- ⑨ « 3° Les conditions prévues aux 1° et 3° du même article L. 1226-1 ;
- ⑩ « 4° L'exclusion des catégories de salariés mentionnées au cinquième alinéa dudit article L. 1226-1 ;
- ⑪ « 5° Les taux de l'indemnité complémentaire prévus par le décret pris pour l'application du dernier alinéa du même article L. 1226-1 ;
- ⑫ « 6° Les délais fixés par le même décret ;
- ⑬ « 7° Les modalités de calcul de l'indemnité complémentaire prévues par le même décret.
- ⑭ « Le décret mentionné au premier alinéa du présent article détermine la durée et les conditions de mise en œuvre des dérogations et peut leur conférer une portée rétroactive, dans la limite d'un mois avant la date de sa publication. »
- ⑮ III. – (*Non modifié*)

Article 37

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

- ② 1° L'article L. 815-26 est ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 815-26.* – Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie, un fonds de financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité.
- ④ « Les dépenses du fonds sont constituées par le remboursement aux organismes débiteurs mentionnés à l'article L. 815-27 des prestations qu'ils servent au titre de cette allocation.
- ⑤ « Les recettes du fonds sont constituées d'une fraction du produit de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4, dans les conditions fixées par l'article L. 131-8. » ;
- ⑥ 2° Le second alinéa de l'article L. 815-29 est supprimé ;
- ⑦ 3° Au cinquième alinéa de l'article L. 821-1-2, les mots : « du fonds spécial » sont supprimés.
- ⑧ II. – Le 11° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime est abrogé.
- ⑨ II *bis.* – À l'article L. 153 du livre des procédures fiscales, les références : « à l'article L. 815-17 et au premier alinéa de l'article L. 815-29 » sont remplacées par les références : « aux articles L. 815-17 et L. 815-29 ».
- ⑩ III. – Les I, II et II *bis* entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2021 et sont applicables aux allocations dues à compter de cette date. À cette date, les disponibilités, créances et dettes enregistrées par la Caisse des dépôts et consignations au titre du fonds spécial d'invalidité sont transférées de plein droit à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Les dépenses qui viendraient à être exposées après le 1^{er} janvier 2021 au titre d'allocations dues pour la période antérieure sont à la charge de l'État.

Articles 37 bis et 37 ter

(Supprimés)

CHAPITRE IV

Assouplir et simplifier

Article 38

- ① I. – La cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :
- ② 1° Au 1°, à la première phrase du 2° et au 8° de l'article L. 5121-1, les mots : « mentionnées aux articles L. 5121-9-1 et L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-9-1, L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » ;
- ③ 2° Les articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 sont ainsi rédigés :
- ④ « *Art. L. 5121-12.* – I. – L'accès précoce défini au présent article régit l'utilisation, à titre exceptionnel, de certains médicaments, dans des indications thérapeutiques précises, destinés à traiter des maladies graves, rares ou invalidantes, lorsque les conditions suivantes sont réunies :
- ⑤ « 1° Il n'existe pas de traitement approprié ;
- ⑥ « 2° La mise en œuvre du traitement ne peut pas être différée ;
- ⑦ « 3° L'efficacité et la sécurité de ces médicaments sont fortement présumées au vu des résultats d'essais thérapeutiques ;
- ⑧ « 4° Ces médicaments sont présumés innovants, notamment au regard d'un éventuel comparateur cliniquement pertinent.
- ⑨ « II. – L'accès précoce s'applique :
- ⑩ « 1° Soit, par dérogation aux articles L. 5121-8 et L. 5121-9-1, à un médicament qui ne dispose pas d'une autorisation de mise sur le marché dans l'indication considérée et pour lequel l'entreprise intéressée a déposé, ou s'engage à déposer dans un délai déterminé par la Haute Autorité de santé sans pouvoir excéder une limite fixée par décret, une demande de délivrance d'une telle autorisation ;
- ⑪ « 2° Soit à un médicament qui dispose, le cas échéant après application du 1° du présent II, d'une autorisation de mise sur le marché dans l'indication considérée sans être inscrit pour cette indication sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du présent code ou au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale et

pour lequel l'entreprise intéressée a déposé, ou s'engage à déposer dans le mois suivant l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, une demande d'inscription sur une de ces listes.

- ⑫ « III. – L'utilisation du médicament au titre de l'accès précoce est autorisée pour chaque indication considérée par la Haute Autorité de santé, sur demande de l'entreprise intéressée, pour une durée ne pouvant excéder une limite fixée par décret, éventuellement renouvelable.
- ⑬ « Lorsqu'elle porte sur un médicament mentionné au 1° du II, la décision d'autorisation est prise après avis conforme de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, attestant de la forte présomption d'efficacité et de sécurité du médicament dans chaque indication considérée.
- ⑭ « IV. – L'autorisation d'accès précoce est subordonnée au respect, par l'entreprise qui assure l'exploitation du médicament, d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil des données, défini par la Haute Autorité de santé et annexé à la décision d'autorisation. Le protocole est élaboré en lien avec l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé lorsque l'autorisation est délivrée au titre du 1° du II.
- ⑮ « Les données à recueillir portent sur l'efficacité, les effets indésirables, les conditions réelles d'utilisation ainsi que les caractéristiques de la population bénéficiant du médicament ainsi autorisé. Elles concernent notamment les personnes appartenant à des populations non représentées ou insuffisamment représentées, au regard des populations amenées à faire usage de ces médicaments, au sein des essais thérapeutiques auxquels il a été procédé en vue d'une demande d'autorisation de mise sur le marché.
- ⑯ « L'entreprise qui assure l'exploitation du médicament assure à sa charge le recueil des données. Les prescripteurs lui transmettent à cette fin les données de suivi des patients traités, selon des modalités assurant le respect du secret médical.
- ⑰ « V. – Lorsque l'autorisation d'accès précoce est délivrée au titre du 1° du II, le prescripteur informe le patient, son représentant légal, s'il s'agit d'un mineur, ainsi que la personne chargée de la mesure de protection juridique, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, ou la personne de confiance que le patient a désignée en application de l'article L. 1111-6, que la prescription du médicament ne s'effectue pas dans le cadre d'une

autorisation de mise sur le marché mais d'une autorisation d'accès précoce au titre du III du présent article, des risques encourus et des contraintes et des bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament. Il porte sur l'ordonnance la mention : "Prescription hors autorisation de mise sur le marché au titre d'une autorisation d'accès précoce".

- ⑮ « Lorsque l'autorisation d'accès précoce est délivrée au titre du 2° du II, le prescripteur porte sur l'ordonnance la mention : "Prescription au titre d'une autorisation d'accès précoce".
- ⑯ « Dans tous les cas, le prescripteur informe le patient des conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, du médicament prescrit dans l'indication.
- ⑰ « VI. – L'autorisation d'accès précoce peut être suspendue ou retirée par la Haute Autorité de santé :
- ⑱ « 1° Si les conditions prévues au présent article ne sont plus remplies ;
- ⑳ « 2° Lorsque l'entreprise qui assure l'exploitation du médicament ne respecte pas l'engagement de déposer une demande d'autorisation de mise sur le marché ou d'inscription au remboursement souscrit, le cas échéant, en application des 1° ou 2° du II ou lorsqu'elle retire sa demande ;
- ㉑ « 3° Sur demande de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, pour des motifs de santé publique, en cas de méconnaissance du protocole défini au III en ce qui concerne les règles d'utilisation thérapeutique ou en cas de détérioration de la présomption d'efficacité ou de sécurité du médicament, résultant notamment des nouvelles données de suivi ou données cliniques disponibles, d'un avis défavorable émis par le comité des médicaments à usage humain de l'Agence européenne des médicaments ou d'un refus d'autorisation de mise sur le marché du médicament dans l'indication considérée.
- ㉒ « En cas d'urgence, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut, pour l'un des motifs mentionnés au 3° du présent VI, suspendre temporairement l'autorisation d'accès précoce dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.
- ㉓ « *Art. L. 5121-12-1. – I. –* Les articles L. 5121-8 et L. 5121-9-1 ne font pas obstacle à l'utilisation exceptionnelle, au titre de l'accès compassionnel, de certains médicaments, dans des indications thérapeutiques précises, lorsque les conditions suivantes sont réunies :

- ②6 « 1° Le médicament ne fait pas l'objet d'une recherche impliquant la personne humaine à des fins commerciales ;
- ②7 « 2° Il n'existe pas de traitement approprié ;
- ②8 « 3° L'efficacité et la sécurité du médicament sont présumées au regard des données cliniques disponibles ainsi que, lorsque l'indication concerne une maladie rare, des travaux et des données collectées par les professionnels de santé dans des conditions définies par décret en Conseil d'État.
- ②9 « Cette utilisation exceptionnelle s'effectue en application soit d'une autorisation définie au II du présent article, soit d'un cadre de prescription compassionnelle défini au III.
- ③0 « II. – À la demande d'un médecin prescripteur, en vue du traitement d'une maladie grave, rare ou invalidante, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut autoriser, au titre de l'accès compassionnel défini au I et pour une durée maximale d'un an renouvelable, l'utilisation pour un patient nommément désigné d'un médicament qui ne dispose pas, quelle que soit l'indication thérapeutique, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ou par la Commission européenne ou d'un médicament qui a fait l'objet d'un arrêt de commercialisation et dont l'autorisation de mise sur le marché ne porte pas sur l'indication thérapeutique sollicitée.
- ③1 « Par dérogation au 1° du même I, un médicament faisant l'objet, à un stade très précoce, d'une recherche impliquant la personne humaine dans l'indication considérée peut faire l'objet d'une autorisation au titre du présent II lorsque la mise en œuvre du traitement ne peut être différée et que le patient ne peut participer à cette recherche, sous réserve que l'entreprise qui assure l'exploitation du médicament s'engage à déposer, dans un délai , défini par décret, courant à compter de l'octroi de la première autorisation délivrée par l'agence dans cette indication, une demande d'accès précoce définie à l'article L. 5121-12 dans cette indication.
- ③2 « Les médicaments autorisés en application du présent II sont importés, le cas échéant, par les pharmacies à usage intérieur. Ils sont mis à la disposition des prescripteurs par le titulaire des droits d'exploitation du médicament concerné.

- ③③ « III. – De sa propre initiative ou à la demande du ministre chargé de la santé ou du ministre chargé de la sécurité sociale, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut établir, au titre de l'accès compassionnel défini au I et pour une durée de trois ans renouvelable, un cadre de prescription relatif à un médicament faisant l'objet, pour d'autres indications, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'agence ou par la Commission européenne, afin de sécuriser une prescription non conforme à cette autorisation.
- ③④ « Par dérogation au 2° du même I, l'existence, dans l'indication concernée, d'un traitement disposant d'une autorisation de mise sur le marché ne fait pas obstacle à l'établissement d'un cadre de prescription compassionnelle pour un médicament lorsqu'il ne s'agit pas d'un médicament de même principe actif, de même dosage et de même forme pharmaceutique. Ce médicament peut faire l'objet d'une prescription conformément au cadre ainsi établi, dès lors que le prescripteur juge qu'il répond, au moins aussi bien que le médicament ayant fait l'objet de l'autorisation de mise sur le marché dans cette indication, aux besoins du patient.
- ③⑤ « IV. – Avant de délivrer une autorisation ou d'établir un cadre de prescription au titre de l'accès compassionnel, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé informe l'entreprise qui assure l'exploitation ou, le cas échéant, le titulaire des droits d'exploitation du médicament concerné.
- ③⑥ « V. – Les autorisations et les cadres de prescription au titre de l'accès compassionnel sont assortis d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de suivi des patients qui précise les conditions de recueil des informations concernant l'efficacité, les effets indésirables et les conditions réelles d'utilisation du médicament ainsi que, le cas échéant, les caractéristiques de la population bénéficiant du médicament ainsi autorisé ou encadré. Lorsqu'il se rattache à une autorisation délivrée au titre du deuxième alinéa du II ou à un cadre de prescription compassionnelle, ce recueil est financé par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou l'entreprise qui l'exploite. Il peut être dérogé à l'obligation d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de suivi des patients prévue au présent alinéa lorsqu'il existe suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation du médicament dans l'indication faisant l'objet du cadre de prescription compassionnelle ou qu'il existe un autre médicament comparable disposant d'une autorisation de mise sur le marché dans cette indication.

- ③⑦ « Pour les médicaments autorisés ou faisant l'objet d'un cadre de prescription au titre de l'accès compassionnel, les prescripteurs assurent, le cas échéant, le recueil et la transmission des données de suivi des patients traités requises par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé suivant les modalités qu'elle fixe pour chacun des médicaments concernés. Ces modalités assurent le respect du secret médical.
- ③⑧ « VI. – Le prescripteur informe le patient, son représentant légal, s'il est mineur, ainsi que la personne chargée de la mesure de protection, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, ou la personne de confiance qu'il a désignée en application de l'article L. 1111-6, que la prescription du médicament ne s'effectue pas dans le cadre d'une autorisation de mise sur le marché mais de l'accès compassionnel au titre des II ou III du présent article, le cas échéant de l'absence d'alternative thérapeutique, des risques encourus ainsi que des contraintes et des bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament. Il porte sur l'ordonnance la mention : "Prescription au titre d'un accès compassionnel en dehors du cadre d'une autorisation de mise sur le marché".
- ③⑨ « Il informe également le patient des conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, du médicament prescrit dans l'indication considérée.
- ④⑩ « La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. Pour un médicament relevant d'un cadre de prescription compassionnelle, il motive sa prescription dans ce dossier, sauf lorsqu'il existe suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation du médicament dans l'indication faisant l'objet du cadre de prescription compassionnelle ou qu'il existe un autre médicament comparable disposant d'une autorisation de mise sur le marché dans cette indication.
- ④⑪ « VII. – L'autorisation ou le cadre de prescription compassionnelle peuvent être suspendus ou retirés par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé si les conditions définies au présent article ne sont plus remplies ou pour des motifs de santé publique. » ;
- ④⑫ 3° Après l'article L. 5121-12-1-1, il est inséré un article L. 5121-12-1-2 ainsi rédigé :
- ④⑬ « *Art. L. 5121-12-1-2.* – I. – En l'absence d'autorisation ou de cadre de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L. 5121-12-1 dans l'indication considérée, un médicament ne peut faire l'objet d'une

prescription non conforme à son autorisation de mise sur le marché qu'en l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou d'une autorisation d'accès précoce et sous réserve que le prescripteur juge indispensable, au regard des connaissances médicales avérées, le recours à ce médicament pour améliorer ou stabiliser l'état clinique de son patient.

- ④④ « Dans ce cas, les dispositions du VI de l'article L. 5121-12-1 sont applicables et la mention portée sur l'ordonnance est : "Prescription hors autorisation de mise sur le marché".
- ④⑤ « II. – (*Supprimé*) » ;
- ④⑥ 4° Au premier alinéa de l'article L. 5121-14-3, les mots : « des recommandations temporaires d'utilisation mentionnées à l'article L. 5121-12-1, » sont supprimés et les mots : « son autorisation temporaire d'utilisation mentionnée à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « ses autorisations ou cadres de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » ;
- ④⑦ 5° Au dernier alinéa de l'article L. 5121-18, les mots : « temporaire d'utilisation mentionnée au 1° du I de » sont remplacés par les mots : « d'accès précoce mentionnée à » ;
- ④⑧ 6° Le 8° de l'article L. 5121-20 est ainsi rédigé :
- ④⑨ « 8° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir les autorisations prévues aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, les conditions et modalités d'octroi, de modification, de renouvellement, de suspension ou de retrait de ces autorisations ainsi que les modalités d'établissement, de modification, de suspension et de retrait des cadres de prescription compassionnelle prévus à l'article L. 5121-12-1 ; »
- ④⑩ 7° Au deuxième alinéa de l'article L. 5123-2, les mots : « mentionnées à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « ou cadres de prescription compassionnelle dans une indication considérée mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 ainsi que ceux bénéficiant d'une autorisation d'importation délivrée en application de l'article L. 5124-13 dans le cadre d'une rupture de stock, d'un risque de rupture ou d'un arrêt de commercialisation » ;
- ④⑪ 8° À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 5124-13, les mots : « l'autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 »

sont remplacés par les mots : « les autorisations ou cadres de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » ;

- 53 9° Après le premier alinéa du 1° de l'article L. 5126-6, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- 53 « Les médicaments qui ne sont pas classés dans la catégorie des médicaments réservés à l'usage hospitalier et qui font l'objet d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 sont réputés inscrits sur cette liste. Le présent alinéa s'applique sans préjudice de l'existence d'un autre circuit de délivrance pour les médicaments faisant l'objet d'un cadre de prescription compassionnelle pour une indication considérée. » ;
- 54 10° Le 7° de l'article L. 5421-8 est ainsi rédigé :
- 55 « 7° Le fait pour toute entreprise qui assure l'exploitation du médicament ou tout prescripteur de ne pas recueillir ou transmettre à la Haute Autorité de santé ou, le cas échéant, à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, dans les délais impartis, les données et les informations mentionnées au IV de l'article L. 5121-12 et au V de l'article L. 5121-12-1 ; »
- 56 11° À l'article L. 5422-3 et à la fin du 7° de l'article L. 5422-18, les mots : « de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » ;
- 57 12° À la seconde phrase du 3° du II de l'article L. 5432-1, les mots : « par l'article » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 5121-12 et » ;
- 58 13° Au dernier alinéa de l'article L. 5521-6, les mots : « l'autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « les autorisations ou cadres de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 ».
- 59 II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- 60 1° Au 1° de l'article L. 133-4, la référence : « L. 162-16-5-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-16-5-1 » ;
- 61 2° L'article L. 138-10 est ainsi modifié :

- ⑥2 a) Au I, la référence : « L. 162-16-5-1 » est remplacée par les références : « L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2 » ;
- ⑥3 b) Le II est ainsi modifié :
- ⑥4 – à la fin du 3°, les mots : « temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code » sont remplacés par les mots : « ou d'un cadre de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du même code et de la prise en charge correspondante » ;
- ⑥5 – le 4° est abrogé ;
- ⑥6 3° Au premier alinéa de l'article L. 138-11, la référence : « L. 162-16-5-1 » est remplacée par les références : « L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2 » ;
- ⑥7 4° Après le 16° de l'article L. 161-37, il est inséré un 17° ainsi rédigé :
- ⑥8 « 17° Prendre les décisions relatives aux autorisations d'accès précoce des médicaments mentionnées à l'article L. 5121-12 du même code. » ;
- ⑥9 4° bis Au dernier alinéa de l'article L. 162-4, la référence : « L. 5121-12-1 » est remplacée par la référence : « L. 5121-12-1-2 » ;
- ⑦0 5° Au troisième alinéa du I de l'article L. 162-16-5, la référence : « L. 162-16-5-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-16-5-1 » ;
- ⑦1 6° Les articles L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 sont ainsi rédigés :
- ⑦2 « *Art. L. 162-16-5-1. – I. – Les spécialités pharmaceutiques disposant, pour des indications particulières, d'une autorisation d'accès précoce mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique font l'objet d'une prise en charge à titre dérogatoire par l'assurance maladie dans certains établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du présent code, dans certains établissements de santé disposant d'une pharmacie à usage intérieur ou dans certains hôpitaux des armées, dans les conditions définies au présent article et aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-4.*
- ⑦3 « II. – A. – Pour chaque indication considérée, la prise en charge mentionnée au I du présent article prend fin lorsque cette indication est inscrite, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du

présent code et, le cas échéant, que l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié.

- ⑦④ « B. – Pour chaque indication considérée, il est également mis fin, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à cette prise en charge :
- ⑦⑤ « 1° En cas de retrait ou de suspension de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ;
- ⑦⑥ « 2° En cas de refus d'inscription de cette indication, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au A du présent II ;
- ⑦⑦ « 3° En cas de retrait de la demande d'autorisation de mise sur le marché ou de la demande d'inscription à ce titre sur l'une des listes mentionnées au même A.
- ⑦⑧ « III. – Dans le cas où une demande d'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 est envisagée, celle-ci est adressée aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans un délai de deux semaines à compter de l'avis de la Haute Autorité de santé relatif à l'inscription de la spécialité pharmaceutique concernée, 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.
- ⑦⑨ « IV. – En cas de prise en charge d'une indication au titre du présent article, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut modifier les conditions de dispensation des spécialités déjà prises en charge au titre d'une autorisation de mise sur le marché.
- ⑧⑩ « V. – Les modalités d'application du présent article, notamment les conditions de prise en charge des spécialités disposant d'une autorisation d'accès précoce, sont définies par décret en Conseil d'État.
- ⑧① « *Art. L. 162-16-5-1-1. – I. – Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité bénéficiant d'une ou de plusieurs autorisations d'accès précoce mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique prises en charge selon les modalités fixées à l'article L. 162-16-5-1 du présent code déclare au Comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame, le cas échéant, aux établissements de santé pour le produit, dès lors que celui-ci ne fait pas l'objet d'un prix maximal de vente aux établissements de santé en application de l'article L. 162-16-4-3, ni d'une prise en charge au titre des*

articles L. 162-17 ou L. 162-22-7 pour au moins l'une de ses indications. Le comité rend publiques ces déclarations.

- ⑧② « Le 15 février de chaque année, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité informe le comité du chiffre d'affaires correspondant à cette spécialité ainsi que du nombre d'unités fournies, pour chacune des indications concernées, au titre de l'année civile précédente.
- ⑧③ « II. – A. – Pour chaque indication d'une spécialité faisant l'objet d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1, l'entreprise exploitant la spécialité reverse chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des remises calculées sur la base du chiffre d'affaires hors taxes facturé aux établissements de santé, au titre de l'indication et de la période considérées.
- ⑧④ « Les taux de ces remises sont définis selon un barème progressif par tranche de chiffre d'affaires, fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ⑧⑤ « Pour l'application des deux premiers alinéas du présent A, le chiffre d'affaires facturé au titre de l'indication est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour cette spécialité par la part d'utilisation de la spécialité dans l'indication considérée.
- ⑧⑥ « B. – Un décret en Conseil d'État détermine les conditions dans lesquelles les taux de remise mentionnés au A sont majorés :
- ⑧⑦ « 1° En l'absence de dépôt d'une demande d'autorisation de mise sur le marché ou d'inscription au remboursement dans le délai fixé, le cas échéant, en application des 1° ou 2° du II de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ;
- ⑧⑧ « 2° En l'absence de signature d'une convention fixant le tarif ou le prix dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la demande d'inscription sur une des listes mentionnées aux articles L. 162-17 et L. 162-22-7 du présent code et, le cas échéant, à l'issue de nouveaux délais ;
- ⑧⑨ « 3° En cas d'inscription au remboursement d'une autre spécialité identifiée par la Haute Autorité de santé comme répondant au besoin thérapeutique dans l'indication considérée ;

- 90 « 4° Lorsque l'indication considérée fait l'objet, lors de la demande d'inscription sur l'une des listes mentionnées au 2° du présent B, d'une évaluation de la Haute Autorité de santé remettant en cause la présomption d'innovation de la spécialité considérée.
- 91 « La ou les majorations fixées en application du présent B sont reconductibles, le cas échéant, chaque année. Le décret en Conseil d'État mentionné au premier alinéa du présent B détermine les conditions d'application des majorations afin qu'une part minimale du chiffre d'affaires ne soit pas soumise à un reversement.
- 92 « III. – A. – Lorsqu'une spécialité pharmaceutique ayant fait l'objet d'une prise en charge pour une indication donnée au titre de l'article L. 162-16-5-1 est inscrite au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché incluant, en tout ou partie, cette indication, la convention ou la décision qui fixe le prix net de référence en application du IV de l'article L. 162-18 détermine également le montant de la restitution ou de la remise supplémentaire définies selon les modalités suivantes.
- 93 « Le Comité économique des produits de santé calcule, après que le laboratoire a été mis à même de présenter ses observations :
- 94 « 1° Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au titre de l'indication considérée, prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 et, le cas échéant, au titre de l'article L. 162-16-5-2, au prix net de référence sur l'ensemble de la période considérée de prise en charge ;
- 95 « 2° Le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé après déduction de la remise prévue au II du présent article et, le cas échéant, de la remise prévue au III de l'article L. 162-16-5-2, au titre de l'indication considérée et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée sur l'ensemble de la période considérée de prise en charge.
- 96 « Si le montant mentionné au 1° du présent A est inférieur à celui mentionné au 2°, le laboratoire verse une remise supplémentaire aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, égale à la différence entre ces deux montants. Dans le cas contraire, il est restitué au laboratoire la différence entre ces deux montants, dans la limite de la remise versée au titre du II du présent article pour l'indication considérée sur l'ensemble de la période de prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1.

- ⑨7 « B. – Pour chaque indication considérée, l'intégralité des remises dues au titre du A est versée en une seule fois. Ces remises sont versées au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu.
- ⑨8 « Toutefois, le laboratoire redevable de remises en application du premier alinéa du présent B peut en être exonéré s'il signe avec le comité une convention prévoyant le versement de remises. Cette convention est signée avant le 1^{er} mai de l'année suivant l'année civile au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée donnant lieu au versement de ces remises a eu lieu. Elle peut prévoir :
- ⑨9 « 1° Soit le versement sur deux années successives au maximum de remises dont le montant total ne peut être inférieur au montant qui aurait été dû en application du même premier alinéa ;
- ⑩0 « 2° Soit le versement en une seule fois, au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu. Dans ce cas, le montant de la remise est égal au montant qui aurait été dû en application dudit premier alinéa, auquel une décote, dans la limite de 3 %, peut être appliquée.
- ⑩1 « IV. – Pour l'application du III, 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.
- ⑩2 « Le III du présent article est également applicable lorsque, pour une indication thérapeutique, il est mis fin à la prise en charge au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, sans que soit mis en place un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché.
- ⑩3 « Dans ce cas, le premier alinéa du présent IV s'applique pour la fixation du prix de référence ou sa modification éventuelle.
- ⑩4 « V. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État.

- 105 « *Art. L. 162-16-5-2. – I. –* Les spécialités pharmaceutiques disposant, pour des indications particulières, d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique font l'objet d'une prise en charge, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, par l'assurance maladie, dans les conditions définies au présent article.
- 106 « *II. – A. –* Lorsque la spécialité pharmaceutique est déjà inscrite, au titre d'une autre indication, sur l'une des listes mentionnées aux articles L. 162-17 et L. 162-22-7 du présent code, la prise en charge s'effectue sur la base du taux de participation de l'assuré mentionné à l'article L. 160-13, du prix de vente au public mentionné à l'article L. 162-16-4, du prix de cession au public mentionné à l'article L. 162-16-5 ou du tarif de responsabilité et du prix limite de vente aux établissements mentionnés à l'article L. 162-16-6.
- 107 « *B. –* Lorsque la spécialité n'est inscrite sur aucune des listes mentionnées au A du présent II pour aucune de ses indications, la prise en charge s'effectue :
- 108 « 1° Soit sur la base du prix facturé aux établissements de santé. Dans ce cas, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité déclare aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame, le cas échéant, aux établissements de santé pour le produit, sauf lorsque la spécialité est inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et qu'un prix maximal de vente aux établissements de santé a été fixé en application de l'article L. 162-16-4-3 du présent code ;
- 109 « 2° Soit, le cas échéant, sur une base forfaitaire annuelle par patient définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Cet arrêté peut également fixer un prix de vente aux patients ou aux établissements dans les conditions prévues aux I et II de l'article L. 162-16-4 du présent code, sauf lorsque la spécialité est inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et qu'un prix maximal de vente aux établissements de santé a été fixé en application de l'article L. 162-16-4-3 du présent code.
- 110 « *III. – A. –* Sauf si l'indication est prise en charge sur une base forfaitaire en application du 2° du B du II du présent article, l'entreprise exploitant la spécialité reverse chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des remises calculées sur la base du chiffre

d'affaires hors taxes facturé au titre de l'indication et de la période considérées.

- ⑪ « Les taux de ces remises sont définis selon des barèmes progressifs par tranche de chiffre d'affaires, fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ⑫ « Pour l'application des deux premiers alinéas du présent A, le chiffre d'affaires facturé au titre de l'indication est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour cette spécialité par la part d'utilisation de la spécialité dans l'indication considérée.
- ⑬ « B. – Un décret en Conseil d'État détermine les conditions dans lesquelles, lorsque l'autorisation relève du deuxième alinéa du II de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, les taux de remise mentionnés au A du présent III sont majorés :
- ⑭ « 1° Si l'entreprise ne dépose pas de demande d'accès précoce dans le délai mentionné au deuxième alinéa du II de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique ;
- ⑮ « 2° Ou si le nombre d'autorisations pour la spécialité pharmaceutique excède des seuils graduels fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ⑯ « La ou les majorations fixées en application du présent B sont reductibles, le cas échéant, chaque année. Le décret en Conseil d'État mentionné au premier alinéa détermine les conditions d'application des majorations afin qu'une part minimale du chiffre d'affaires ne soit pas soumise à un reversement.
- ⑰ « IV. – Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut assortir la prise en charge définie en application du I de l'obligation pour le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité :
- ⑱ « 1° De déposer, dans un délai déterminé, une demande d'autorisation de mise sur le marché ou une demande d'inscription sur les listes mentionnées à l'article L. 162-17 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;
- ⑲ « 2° De respecter des conditions particulières de dispensation, déterminées en cohérence avec les obligations prévues par le protocole d'utilisation thérapeutique et de suivi.

- (120) « En cas de manquement aux conditions fixées par l'arrêté, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité annuelle à sa charge. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré. Elle est reconductible, le cas échéant, chaque année.
- (121) « La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.
- (122) « V. – Pour chaque indication considérée, la prise en charge définie au I cesse lorsque :
- (123) « 1° Une autorisation d'accès précoce au titre de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique est délivrée dans l'indication considérée ;
- (124) « 2° Une décision relative à l'inscription 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 même code ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code est prise et, le cas échéant, l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié ;
- (125) « 3° Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale décident de mettre fin à cette prise en charge par arrêté :
- (126) « a) En cas de retrait ou de suspension de l'autorisation mentionnée au II de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique ou du cadre de prescription compassionnelle mentionné au III du même article L. 5121-12-1 ;
- (127) « b) Ou lorsqu'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 même code, aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou au premier alinéa de l'article L. 162-22-7.
- (128) « VI. – Une spécialité pharmaceutique prise en charge en application du I du présent article peut, à compter de la date à laquelle l'autorisation d'accès compassionnel ou le cadre de prescription compassionnelle cesse

de produire ses effets, continuer à être prise en charge pour l'indication en cause :

- ①29 « 1° Lorsque cette indication est mentionnée dans une autorisation de mise sur le marché délivrée pour cette spécialité pharmaceutique sans être inscrite sur l'une des listes mentionnées au 2° du V. Toutefois, la prise en charge cesse lorsqu'aucune décision d'inscription n'a été prise dans les sept mois suivant l'octroi de l'autorisation de mise sur le marché dans l'indication considérée ou si aucune demande d'inscription sur une de ces listes n'a été déposée dans le mois suivant l'autorisation de mise sur le marché ;
- ①30 « 2° Pour le traitement d'un patient donné, débuté dans le cadre d'une autorisation d'accès compassionnel délivrée au titre du II de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique et ayant fait l'objet d'une prise en charge au titre du présent article, 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 même code.
- ①31 « VII. – Lorsqu'une indication thérapeutique est prise en charge en application du présent article, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut modifier les conditions de dispensation de la spécialité pharmaceutique au titre de l'indication ou des indications faisant l'objet de l'autorisation de mise sur le marché.
- ①32 « VIII. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. » ;
- ①33 7° L'article L. 162-16-5-3 est ainsi modifié :
- ①34 a) Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ①35 – à la première phrase, les mots : « 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. 162-16-5-1 ou de l'article L. 162-16-5-2 du présent code » sont remplacés par les mots : « d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge correspondante en application des articles L. 162-16-5-1 ou L. 162-16-5-2 du présent code ou bénéficiant d'une prise en charge au titre des continuités de traitement mentionnée au 2° du I bis de l'article L. 162-16-5-4 » ;

- ⑬③ – à la deuxième phrase, les mots : « au titre des dispositions de l'article L. 162-16-5-1-1 ou de l'article L. 162-16-5-2 » sont remplacés par les mots : « de ce cadre de prescription compassionnelle ou de cette continuité de traitement » ;
- ⑬⑦ *b)* Au second alinéa, la référence : « à l'article L. 5121-12 » est remplacée par les références : « aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » ;
- ⑬⑧ 8° Le I de l'article L. 162-16-5-4 est ainsi rédigé :
- ⑬⑨ « I. – La prise en charge d'une spécialité pharmaceutique, pour une indication particulière, au titre de l'article L. 162-16-5-1 implique l'engagement par le laboratoire exploitant la spécialité de permettre d'assurer la continuité des traitements initiés :
- ⑬⑩ « 1° Pendant la durée de la prise en charge au titre du même article L. 162-16-5-1 ;
- ⑬⑪ « 2° Et pendant une durée minimale, fixée par décret, ne pouvant excéder un an, à compter, pour l'indication considérée, de l'arrêt de la prise en charge au titre du même article.
- ⑬⑫ « Les dispositions du présent I ne s'appliquent pas si la spécialité, pour l'indication concernée, fait l'objet d'un arrêt de commercialisation pour des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients. » ;
- ⑬⑬ 8° *bis* Après le même I, il est inséré un I *bis* ainsi rédigé :
- ⑬⑭ « I *bis*. – Durant la période de continuité de traitement postérieure à la prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 :
- ⑬⑮ « 1° Lorsque la spécialité pharmaceutique qui a bénéficié de cette prise en charge est inscrite sur l'une des listes mentionnées à l'article L. 162-17 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique dans l'indication considérée, les conditions de dispensation et de prise en charge au titre de l'inscription sur ces listes s'appliquent ;
- ⑬⑯ « 2° Lorsque la spécialité qui a bénéficié de cette prise en charge n'est inscrite sur aucune des listes mentionnées au 1° du présent I *bis* dans l'indication considérée, les dernières conditions de dispensation et de prise en charge au titre de l'accès précoce sont maintenues, pour une durée déterminée par décret qui ne peut excéder la durée mentionnée au 2° du I du présent article. Dans ce cas, le second alinéa du I de l'article L. 162-16-5-1-1 s'applique.

- (147)** « Si le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé au titre de la période de continuité de traitement prise en charge en application du premier alinéa du présent 2°, minoré des remises mentionnées au II de l'article L. 162-16-5-1-1 au titre de cette même période, est supérieur à celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix de référence mentionné au même article L. 162-16-5-1-1, 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 remises, la différence entre ces deux montants. » ;
- (148)** 9° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17-1-2, les références : « L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2 » sont remplacées par les références : « L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-1-1 » ;
- (149)** 10° L'article L. 162-17-2-1 est ainsi modifié :
- (150)** a) Le premier alinéa est ainsi modifié :
- (151)** – au début de la première phrase, les mots : « Toute spécialité pharmaceutique faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation prévue au I de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, » sont supprimés ;
- (152)** – au début de la deuxième phrase, les mots : « La spécialité, » sont supprimés ;
- (153)** – à la fin de la même deuxième phrase, les mots : « , à l'exception des spécialités pharmaceutiques faisant déjà l'objet, dans l'indication thérapeutique concernée, d'une recommandation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12-1 du même code » sont supprimés ;
- (154)** – au début de la quatrième phrase, les mots : « En accord, le cas échéant, avec la recommandation temporaire d'utilisation mentionnée ci-dessus et le protocole de suivi mentionné au même article L. 5121-12-1, » sont supprimés ;
- (155)** – à la même quatrième phrase, les mots : « le laboratoire ou » et les mots : « une demande d'autorisation de mise sur le marché ou » sont supprimés ;
- (156)** – à la fin de la même quatrième phrase, les mots : « les listes mentionnées aux articles L. 162-17 ou L. 165-1 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du présent code » ;

- 157 – à l'avant-dernière phrase, les mots : « le laboratoire ou » sont supprimés ;
- 158 – à la dernière phrase, les mots : « spécialités pharmaceutiques, » sont supprimés ;
- 159 *b)* Le deuxième alinéa est ainsi modifié :
- 160 – à la première phrase, le mot : « spécialités, » est supprimé ;
- 161 – à la dernière phrase, les mots : « de la spécialité, » sont supprimés ;
- 162 *c)* Le troisième alinéa est ainsi modifié :
- 163 – à la première phrase, les mots : « la spécialité pharmaceutique, » sont supprimés ;
- 164 – la seconde phrase est supprimée ;
- 165 *d)* Le quatrième alinéa est ainsi modifié :
- 166 – à la première phrase, les mots : « la spécialité pharmaceutique, » sont supprimés et les mots : « inscrit sur aucune des listes mentionnées aux articles L. 162-17, L. 162-22-7 ou L. 165-1 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « pas inscrit sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 » ;
- 167 – à la fin de la seconde phrase, la référence : « L. 162-16-4 » est remplacée par la référence : « L. 165-2 » ;
- 168 *e)* À la première phrase du cinquième alinéa, les mots : « le laboratoire ou » et les mots : « du laboratoire ou » sont supprimés ;
- 169 11° À la fin du 2° de l'article L. 162-17-4, la référence : « L. 162-16-5-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-16-5-1-1 » ;
- 170 12° Au premier alinéa du IV de l'article L. 162-18, les mots : « 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 » sont remplacés par les mots : « ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 ou L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge correspondante au titre des articles L. 165-16-5-1 ou L. 162-16-5-2 » ;
- 171 13° L'article L. 162-22-7-3 est ainsi modifié :

- ①72 a) À la première phrase, les mots : « l'un des dispositifs de » sont remplacés par le mot : « la », le mot : « mentionnés » est remplacé par le mot : « mentionnée » et la référence : « L. 162-16-5-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-16-5-1 » ;
- ①73 b) À la seconde phrase, la référence : « L. 162-16-5-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-16-5-1 » ;
- ①74 14° Le 6° de l'article L. 182-2 est abrogé ;
- ①75 15° À la première phrase du dernier alinéa du II de l'article L. 315-2, les mots : « d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code ou à la suite d'une prise en charge en application des articles L. 162-16-5-2 ou L. 162-17-2-1 » sont remplacés par les mots : « de l'une des autorisations ou d'un cadre de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du même code et de la prise en charge associée au titre des articles L. 162-16-5-1 ou L. 162-16-5-2 ».
- ①76 III à V. – (*Non modifiés*)

Articles 38 bis A à 38 bis C

(*Supprimés*)

.....

Articles 39 et 40

(*Conformes*)

Article 40 bis

- ① I. – Après le chapitre VI du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un chapitre VI *bis* ainsi rédigé :
- ② « *CHAPITRE VI BIS*
- ③ « *Lutte contre le non-recours*
- ④ « *Art. L. 726-4.* – Les dispositions de l'article L. 261-1 du code de la sécurité sociale s'appliquent aux organismes de sécurité sociale relevant du présent livre. »

- ⑤ II. – Le titre VI du livre II du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑥ 1° L'intitulé est complété par les mots : « et lutte contre le non-recours » ;
- ⑦ 2° Au début, il est ajouté un chapitre I^{er} ainsi rédigé :
- ⑧ « CHAPITRE I^{ER}
- ⑨ « *Lutte contre le non-recours aux droits et aux prestations*
- ⑩ « Art. L. 261-1. – Les organismes de sécurité sociale relevant du présent livre mènent toutes actions de nature à détecter les situations dans lesquelles des personnes sont susceptibles de bénéficier de droits ou de prestations et à accompagner ces personnes dans l'accès à leurs droits et au service des prestations auxquelles elles peuvent prétendre. Ils mènent ces actions, en tant que de besoin, en lien avec les autres administrations ou organismes disposant d'informations pouvant contribuer à identifier les situations de non-recours. »
- ⑪ III. – Dans un délai de trois ans à compter de la publication de la présente loi, aux fins de lutter contre le non-recours aux droits et de détecter les situations dans lesquelles des personnes seraient éligibles à percevoir des prestations sociales dont le bénéfice ne leur a pas encore été ouvert faute de démarche accomplie en ce sens, les organismes de sécurité sociale peuvent traiter et échanger entre eux des données à caractère personnel ou collecter auprès d'autres administrations et de collectivités territoriales ces informations utiles à l'identification de leurs droits, y compris pour des personnes qui ne sont pas connues des organismes de sécurité sociale.
- ⑫ Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, précise les droits et prestations pour lesquels les échanges et les traitements prévus au premier alinéa du présent III peuvent être mis en œuvre, les catégories de données pouvant être utilisées ainsi que les garanties apportées aux personnes dans le traitement de leurs données et pour l'exercice de leurs droits. Les échanges et traitements effectués ont vocation à permettre aux organismes de contacter les personnes susceptibles de bénéficier de prestations afin qu'ils en forment la demande. S'il est confirmé que les personnes ne remplissent pas les conditions d'éligibilité, leurs données traitées en application du présent article sont immédiatement supprimées.
-

Article 42

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 3222-5-1 est ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 3222-5-1. – I. – L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision motivée d'un psychiatre et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte, somatique et psychiatrique, confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin et tracée dans le dossier médical.*
- ④ « II. – La mesure d'isolement est prise pour une durée maximale de douze heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée par périodes maximales de douze heures dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités, dans la limite d'une durée totale de quarante-huit heures.
- ⑤ « La mesure de contention est prise dans le cadre d'une mesure d'isolement pour une durée maximale de six heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée par périodes maximales de six heures dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités, dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre heures.
- ⑥ « À titre exceptionnel, le médecin peut renouveler, au-delà des durées totales prévues aux deux premiers alinéas du présent II, la mesure d'isolement ou de contention, dans le respect des autres conditions prévues aux mêmes deux premiers alinéas. Le médecin informe sans délai le juge des libertés et de la détention, qui peut se saisir d'office pour mettre fin à la mesure, ainsi que les personnes mentionnées à l'article L. 3211-12 dès lors qu'elles sont identifiées. Le médecin fait part à ces personnes de leur droit de saisir le juge des libertés et de la détention aux fins de mainlevée de la mesure en application du même article L. 3211-12 et des modalités de saisine de ce juge. En cas de saisine, le juge des libertés et de la détention statue dans un délai de vingt-quatre heures.
- ⑦ « Les mesures d'isolement et de contention peuvent également faire l'objet d'un contrôle par le juge des libertés et de la détention en application du IV de l'article L. 3211-12-1.

- ⑧ « Pour l'application du présent II, une mesure d'isolement ou de contention est regardée comme une nouvelle mesure lorsqu'elle est prise au moins quarante-huit heures après une précédente mesure d'isolement ou de contention. En-deçà de ce délai, sa durée s'ajoute à celle des mesures d'isolement et de contention qui la précèdent et les dispositions des trois premiers alinéas du présent II relatifs au renouvellement des mesures lui sont applicables.
- ⑨ « L'information prévue au troisième alinéa du présent II est également délivrée lorsque le médecin prend plusieurs mesures d'une durée cumulée de quarante-huit heures pour l'isolement et de vingt-quatre heures pour la contention sur une période de quinze jours.
- ⑩ « Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent II.
- ⑪ « III. – Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, un identifiant du patient concerné ainsi que son âge, son mode d'hospitalisation, la date et l'heure de début de la mesure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.
- ⑫ « L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1. » ;
- ⑬ 2° L'article L. 3211-12 est ainsi modifié :
- ⑭ a) Après le premier alinéa du I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑮ « Il peut également être saisi aux fins de mainlevée d'une mesure d'isolement ou de contention prise en application du troisième alinéa du II de l'article L. 3222-5-1. » ;
- ⑯ b) (*Supprimé*)

- ⑰ c) À la fin de la seconde phrase du dernier alinéa du même I, les mots : « telle mesure » sont remplacés par les mots : « mesure mentionnée au premier alinéa du présent article ou d'une mesure d'isolement ou de contention » ;
- ⑱ d) Le premier alinéa du III est complété par les mots : « , d'isolement ou de contention » ;
- ⑲ e) (*nouveau*) À la première phrase du second alinéa du même III, les mots : « cette mainlevée » sont remplacés par les mots : « la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète » ;
- ⑳ 3° L'article L. 3211-12-1 est ainsi modifié :
- ㉑ a) Le IV devient le V ;
- ㉒ b) Le IV est ainsi rétabli :
- ㉓ « IV. – Lorsque le juge des libertés et de la détention n'ordonne pas la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète, il statue, le cas échéant, y compris d'office, sur le maintien de la mesure d'isolement ou de contention. » ;
- ㉔ 4° L'article L. 3211-12-2 est complété par un III ainsi rédigé :
- ㉕ « III. – Par dérogation au I du présent article, le juge des libertés et de la détention, saisi d'une demande de mainlevée de la mesure d'isolement ou de contention prise en application du II de l'article L. 3222-5-1 ou qui s'en saisit d'office, statue sans audience selon une procédure écrite.
- ㉖ « Le patient ou, le cas échéant, le demandeur peut demander à être entendu par le juge des libertés et de la détention, auquel cas cette audition est de droit et toute demande peut être présentée oralement. Néanmoins, si, au vu d'un avis médical motivé, des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à l'audition du patient, celui-ci est représenté par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office.
- ㉗ « L'audition du patient ou, le cas échéant, du demandeur peut être réalisée par tout moyen de télécommunication audiovisuelle ou, en cas d'impossibilité avérée, par communication téléphonique, à condition qu'il y ait expressément consenti et que ce moyen permette de s'assurer de son identité et de garantir la qualité de la transmission et la confidentialité des échanges. L'audition du patient ne peut être réalisée grâce à ce procédé que si un avis médical atteste que son état mental n'y fait pas obstacle.

- ⑳ « Dans ce cas, le juge des libertés et de la détention statue dans les conditions prévues par décret en Conseil d'État.
- ㉑ « S'il l'estime nécessaire, le juge des libertés et de la détention peut décider de tenir une audience. Dans cette hypothèse, il est fait application des I et II du présent article. Le dernier alinéa du I n'est pas applicable à la procédure d'appel. » ;
- ㉒ 5° Après le premier alinéa de l'article L. 3211-12-4, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ㉓ « Lorsque le premier président ou son délégué est saisi d'un appel formé à l'encontre d'une ordonnance du juge des libertés et de la détention statuant sur le maintien d'une mesure d'isolement ou de contention prise sur le fondement de l'article L. 3222-5-1, il est fait application des dispositions prévues au III de l'article L. 3211-12-2. Le premier président ou son délégué statue dans les conditions prévues par décret en Conseil d'État. » ;
- ㉔ 6° Au premier alinéa de l'article L. 3211-12-5, la référence : « IV » est remplacée par la référence : « V ».

CHAPITRE V

Dotations et objectifs de dépenses des branches et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 43 A

(Conforme)

Article 43 BA

(Supprimé)

Article 43 BB

(Conforme)

Article 43 BC

(Supprimé)

Article 43 DA

(Conforme)

Article 43 F

- ① Après le 3° de l'article L. 314-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 4° ainsi rédigé :
- ② « 4° Que le professionnel de santé sollicitant un remboursement dans le cadre du tiers payant est inscrit au tableau de l'ordre dont il dépend, lorsque cette inscription est obligatoire. »

Article 43 G

(Conforme)

Article 43 H

- ① L'article L. 162-15-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Lorsqu'un professionnel de santé fait l'objet, pour la seconde fois sur une période de cinq ans, d'une sanction ou d'une condamnation devenue définitive, la caisse primaire d'assurance maladie suspend d'office les effets de la convention après avoir mis à même le professionnel de présenter ses observations. Un décret en Conseil d'État précise les conditions et les modalités d'application du présent alinéa. »

Articles 43 I à 43 K

(Supprimés)

Article 43

- ① I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé, mentionnée à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000), est fixé à 1 032 millions d'euros pour l'année 2021.
- ② II. – Le montant de la contribution de la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale au financement du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé, mentionnée à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 précitée, est fixé à 100 millions d'euros pour l'année 2021.
- ③ III et IV. – *(Non modifiés)*
-

Article 45 bis

Il n'est pas fait application en 2021 des trois dernières phrases du cinquième alinéa de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale.

Article 46

- ① I et II. – *(Non modifiés)*
- ② III. – Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à un milliard d'euros au titre de l'année 2021.
- ③ Par dérogation aux dispositions de l'article L. 176-2 du même code, la transmission du rapport mentionné au second alinéa du même article L. 176-2, qui devait intervenir avant le 1^{er} juillet 2020, est reportée au 1^{er} juillet 2021 au plus tard.
- ④ IV. – *(Non modifié)*
- ⑤ V. – *(Supprimé)*

Article 46 bis

(Conforme)

Article 46 ter

(Supprimé)

Article 46 quater

(Conforme)

Articles 47 bis à 47 quater

(Conformes)

Article 47 quinquies

(Supprimé)

Article 49 ter

(Supprimé)

Article 50 bis

(Supprimé)

Article 52

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la capacité d'accueil dans le secteur médico-social, afin d'accueillir des enfants et des adultes en situation de handicap. Ce rapport présente non seulement la capacité d'accueil de ces structures pour tous les âges de la vie mais dresse également une cartographie des établissements existant sur le territoire. Il s'attache à identifier le nombre de jeunes adultes maintenus en structures

pour enfants et adolescents en situation de handicap au titre du dispositif prévu à l'article L. 242-4 du code de l'action sociale et des familles. Il présente également les établissements pour adultes construits sur un modèle inclusif ou d'habitat diffus. Au vu de l'état des lieux et de la cartographie réalisés, le rapport présente l'impact en création ou en transformations de places dans les programmations prévues dans les schémas mentionnés à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique et à l'article L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles ainsi que dans les programmes mentionnés à l'article L. 312-5-1 du même code.

Délibéré en séance publique, à Paris, le 24 novembre 2020.

Le Président,

Signé : RICHARD FERRAND

ANNEXES

ANNEXE A

**Rapport retraçant la situation patrimoniale, au 31 décembre 2019,
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 2019**

.....

ANNEXE B

Rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir

- ① La présente annexe décrit l'évolution des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse pour la période 2021-2024.
- ② Par rapport aux prévisions du PLFSS pour 2020, le solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est dégradé de manière soudaine et dans des proportions jamais atteintes à la suite du choc d'une ampleur inédite qu'a subi l'économie française du fait de la crise sanitaire liée à l'épidémie de covid-19.
- ③ En conséquence de cette situation macro-économique exceptionnelle, la dégradation durable de la trajectoire pluriannuelle ne permet plus d'envisager un retour à l'équilibre à l'horizon 2024 (I). Cette trajectoire tient compte d'un surcroît important de dépenses de la branche Maladie, que celles-ci soient ponctuelles pour faire face à la crise sanitaire, ou structurelles pour rénover le système de soins (II). Dans ce contexte particulier, les branches Vieillesse et surtout Maladie seraient dans une situation de déficits élevés et globalement stables durant les années à venir, alors que la branche Famille et la branche Accidents du travail et maladies professionnelles dégageront des excédents dès 2021 à la faveur de la reprise économique anticipée. La nouvelle branche Autonomie, introduite par la loi relative à la dette sociale et à l'autonomie, créée quasiment à l'équilibre en projet de loi initial, voit sa situation se dégrader en raison principalement des dépenses supplémentaires adoptées au cours du débat parlementaire (III).
- ④ I. – Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 tire les conséquences de la dégradation exceptionnelle de la situation économique en 2020 et de son rebond marqué en 2021 et 2022.

- ⑤ Dans un contexte économique et sanitaire très incertain, le Gouvernement a actualisé les hypothèses sous-jacentes aux lois financières en cours de débat parlementaire afin de tenir compte de la dégradation de la situation sanitaire. Les hypothèses macroéconomiques ont ainsi été revues pour prendre en compte la deuxième vague de l'épidémie de covid-19 et le deuxième confinement mis en place depuis le 30 octobre 2020. Ainsi, pour 2020, la prévision de croissance du PIB en volume est révisée à -11 % (au lieu de -10 % dans le PLFSS initial).
- ⑥ Après ce choc exceptionnel, le Gouvernement retient une hypothèse de fort rebond de l'activité en 2021 et 2022. La croissance du PIB en volume atteindrait 6,0 % en 2021 et 6,7 % en 2022. La masse salariale augmenterait de 4,8 % puis de 7,9 %. En 2021, l'inflation hors tabac serait en légère progression (+0,6 %), avant d'accélérer en 2022 (+1,0 %).
- ⑦ Pour les années 2023 à 2024, le Gouvernement retient un scénario de retour progressif de la croissance vers son niveau potentiel. L'inflation augmenterait progressivement avec un effet à la hausse sur les salaires nominaux malgré le ralentissement de la croissance de la masse salariale.
- ⑧ L'ensemble de ces hypothèses, et notamment le rebond d'activité en 2021 et 2022, permettraient de revenir sur le sentier de croissance retenu dans la trajectoire de projet de loi initial pour les années 2022 à 2024. Aussi cela conduit le Gouvernement à retenir à ce stade, pour ces années, une trajectoire financière inchangée par rapport au texte issu de la première lecture à l'Assemblée nationale.
- ⑨ Dans le contexte de forte incertitude macroéconomique, lié aux aléas entourant l'évolution de la situation sanitaire aux échelles nationales et internationales, le Haut Conseil des finances publiques a rendu le 23 novembre 2020 un avis sur les nouvelles prévisions macroéconomiques du projet de loi de finances pour 2021 dans lequel il estime le niveau d'activité anticipé pour 2020 prudent et celui pour 2021 cohérent avec une levée très graduelle des restrictions sanitaires entraînant un retour à la normale très progressif et encore partiel au second semestre de l'année prochaine.
- ⑩ Le tableau ci-dessous détaille les principaux éléments retenus pour l'élaboration des prévisions de recettes et objectifs de dépenses décrits dans la présente annexe :

⑪

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
PIB en volume	1,7 %	1,5 %	-11,0 %	6,0 %	6,7 %	2,0 %	1,4 %
Masse salariale privée.....	3,5 %	3,2 %	-8,9 %	4,8 %	7,9 %	3,7 %	3,4 %
Inflation hors tabac	1,6 %	0,9 %	0,2 %	0,6 %	1,0 %	1,4 %	1,8 %
ONDAM	2,2 %	2,6 %	9,2 %	2,3 %	0,9 %	2,4 %	2,3 %
ONDAM hors covid	2,2 %	2,6 %	3,1 %	6,2 %	2,9 %	2,4 %	2,3 %

⑫

Affectés par les mesures d’urgence prises fin 2018 et une conjoncture économique moins favorable qu’anticipé initialement, les déficits du régime général et des régimes obligatoires de base en 2019 ont été légèrement plus dégradés que l’année précédente, mais meilleurs que prévus en LFSS 2020 avec une bonne tenue des recettes. Cette situation financière à fin 2019, proche de l’équilibre, est brutalement remise en cause par les effets de la crise sanitaire.

⑬

En 2020, la chute d’activité conduirait à une dégradation inédite de 49 milliards d’euros des soldes sociaux par rapport à 2019, le régime général portant l’essentiel de cette dégradation, avec un déficit prévisionnel de 46,1 milliards d’euros. Le déficit prévisionnel du régime général et du FSV s’élèverait à 49,0 milliards d’euros en 2020, un niveau très supérieur à celui de 2010 (-28 milliards d’euros) jusqu’ici le plus élevé depuis l’instauration des lois de financement de la sécurité sociale. La branche Maladie aurait à supporter la dégradation la plus forte, puisque son déficit s’établirait à 33,7 milliards d’euros. Toutes les branches seraient en déficit, y compris la branche Accidents du travail et maladies professionnelles.

⑭

Dans ce contexte, le retour à l’équilibre global du régime général ne serait pas atteint à l’horizon 2024 (-19,4 milliards d’euros), le rebond anticipé ne permettant pas de combler la dégradation observée en 2020. À cet horizon, le déficit du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) serait de 0,8 milliard d’euros et le déficit consolidé du régime général et du FSV atteindrait ainsi 20,2 milliards d’euros. De même, les comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement seraient durablement déficitaires, la trajectoire plus dégradée de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRA) affectant la situation sur le périmètre de l’ensemble des régimes obligatoires de base. En 2024, le déficit global pour l’ensemble des régimes obligatoires atteindrait 21,6 milliards d’euros.

- ⑮ La trajectoire présentée dans cette annexe repose, à titre conservatoire, sur une convention « hors mesures nouvelles » en économies ou en dépenses, ainsi que le prévoit la loi organique.
- ⑯ De la même manière, la trajectoire d'ONDAM prolonge, dans l'attente des travaux à venir notamment confiés au Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), celle de la dernière loi de programmation des finances publiques à partir de 2022, soit 2,4 % « hors covid ».
- ⑰ Pour autant, il est indispensable d'amorcer un retour à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale dès que la situation économique le permettra.
- ⑱ II. – La trajectoire financière tient compte des conséquences de la dégradation marquée des recettes de la sécurité sociale en 2020, ainsi que de dépenses nouvelles d'assurance maladie pour répondre de manière exceptionnelle à la crise et adapter structurellement le système de santé.
- ⑲ Comme lors de la crise économique et financière de 2008, la sécurité sociale a joué un rôle majeur d'amortisseur économique et social, tant en matière de prélèvements que de dépenses. Majoritairement proportionnelles au niveau d'activité, les premières se sont fortement contractées alors que les secondes se sont maintenues s'agissant des prestations retraites et famille et ont fortement progressé sur la branche Maladie pour permettre des prises en charge à 100 % d'actes médicaux et le versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail, même pour des personnes non malades (arrêts de travail pour garde d'enfants ou personnes vulnérables).
- ⑳ La diminution de l'activité économique s'est traduite par une baisse massive des prélèvements sociaux et des recettes fiscales perçus par la sécurité sociale en 2020. En effet, les ressources de la sécurité sociale proviennent pour une large part des revenus d'activité, qui ont beaucoup souffert de la crise. En outre, la crise sanitaire, les mesures prises pour l'endiguer et le ralentissement marqué de l'activité économique ont conduit de nombreuses entreprises à placer leurs salariés en activité partielle, dont l'indemnité est exonérée de cotisations sociales et soumise, comme les allocations chômage et en tant que revenu de remplacement, à un taux de CSG réduit. Ainsi, le recours à l'activité partielle, massif au cours du deuxième trimestre et encore élevé au cours des mois suivants, associé aux pertes d'emploi consécutives à la crise, a entraîné une forte baisse de la masse salariale privée (estimé à -8,9 % sur l'année) et, par conséquent, des recettes de cotisations et de la CSG.

- ⑳ Pour préserver l'activité économique et l'emploi, le Gouvernement a mis en place un ensemble de mesures pour soutenir les entreprises et les travailleurs indépendants, qui incluent des dispositifs d'exonérations et d'aide au paiement en faveur des secteurs les plus touchés par la crise. Ces dispositifs, estimés à 8,2 milliards d'euros, seront compensés par l'État et n'impactent donc pas les recettes de la sécurité sociale.
- ㉑ Ainsi, au total, les recettes du régime général et du FSV diminueraient de 5,4 % en 2020, soit 21,8 milliards d'euros, les fortes baisses sur les revenus d'activité étant quelque peu compensées par l'augmentation des recettes sur les revenus de remplacement (augmentation des indemnités journalières) et par le versement à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) de la soulte des industries électriques et gazières gérée par le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) décidée par la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie pour un montant de 5 milliards d'euros.
- ㉒ En 2021, les recettes connaîtraient un rebond sous l'effet de la reprise économique, soutenue par le plan de relance. Les cotisations sociales du secteur privé et la CSG augmenteraient fortement, tirées par le dynamisme de la masse salariale privée (+4,8 %). Au total, les recettes du régime général et du FSV augmenteraient de 7,1 %. Elles retrouveraient un niveau supérieur de 1,3 % à celui de 2019 mais resteraient durablement et substantiellement plus faibles que le niveau prévu avant la crise.
- ㉓ S'agissant des dépenses, leur évolution entre 2019 et 2020 est conforme à ce qui était prévu en LFSS 2020 pour les branches Famille, Accidents du travail et maladies professionnelles et Vieillesse. En revanche, les dépenses de la branche Maladie ont été très fortement affectées par la crise sanitaire et leur dynamisme va se poursuivre au delà de la période de crise compte tenu des décisions plus structurelles décidées dans le cadre du Ségur de la santé pour répondre aux enjeux de bon fonctionnement et de modernisation du système de santé, ainsi qu'aux enjeux de reconnaissance et de soutien aux personnels soignants. Compte tenu des amendements adoptés à l'Assemblée nationale puis au Sénat, le PLFSS 2021 prévoit de majorer l'ONDAM 2020 de 13,4 milliards d'euros, soit une progression de +9,2 % par rapport à 2019. Le niveau de l'ONDAM en 2020 s'élève ainsi à 218,9 milliards d'euros (au lieu de 205,6 milliards d'euros prévus en LFSS 2020).
- ㉔ En 2021, en prenant en compte les seuls effets structurels de déploiement des mesures du Ségur de la santé, l'ONDAM progressera de 6,2 %. En intégrant une nouvelle provision au titre de la gestion de crise liée à

l'épidémie de covid, les dépenses de l'ONDAM 2021 sont estimées à 225,4 milliards d'euros. Cet objectif de dépenses englobe 4 milliards d'euros de mesures de régulation par rapport à la progression tendancielle. Une contribution exceptionnelle des organismes d'assurance maladie complémentaire permettra de prendre en charge une partie des dépenses auxquelles l'assurance maladie obligatoire fait face dans le cadre de la gestion de l'épidémie. Cette contribution, temporaire, est assise sur le chiffre d'affaires en santé des organismes complémentaires. Fixée à un milliard d'euros en 2020 et 500 millions d'euros en 2021, elle pourra être revue en 2021 en fonction de l'évolution de la situation sanitaire et de l'actualisation du niveau des économies constatées par les organismes complémentaires.

- ②⑥ La progression de ces dépenses sera maîtrisée dans les projections pluriannuelles, avec des progressions proches ou moindres que celles de l'activité à compter de 2022, hormis pour les prestations vieillesse, tirées par la reprise modérée de l'inflation.
- ②⑦ III. – D'ici 2024, les branches du régime général connaîtraient des évolutions très différenciées, marquées par les effets de la crise.
- ②⑧ La branche Maladie connaîtra une évolution structurante en 2021 du fait de la création de la branche Autonomie qui sera notamment en charge de dépenses de prestations dont elle assurait jusqu'à présent le financement. De ce fait, le périmètre des dépenses de la branche se réduira de 25,9 milliards d'euros à ce titre, soit d'environ 10 %. Dans une moindre mesure, les dépenses s'accroîtront de 0,3 milliard d'euros sous l'effet du transfert du financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), compensée par l'affectation d'une fraction de TVA.
- ②⑨ Après la forte évolution de la structure du financement de l'assurance maladie en 2019 du fait de la suppression de 6 points de cotisations d'assurance maladie sur les rémunérations salariées inférieures à 2,5 SMIC, qui avait conduit à porter la part de la TVA à 28 % des ressources de la branche Maladie, la création de la branche Autonomie en modifie à nouveau la structure. En effet, la branche Autonomie sera affectataire de ressources de CSG assise sur l'ensemble des assiettes soumises à cette contribution, principalement en provenance de la CNAM. La CSG affectée à la branche Maladie se réduira donc de 25,8 milliards d'euros. De ce fait, la CSG, qui représentait 45 % des ressources de la branche Maladie en 2018, avant qu'une fraction soit affectée à l'assurance chômage, ne pèsera plus que 25 % des recettes totales, soit une part inférieure à celle des cotisations des employeurs et à celle de la TVA.

- ③⑩ La trajectoire pluriannuelle de l'ONDAM au delà de 2022 conserve les hypothèses de progression prévues en LFSS 2020 hors Ségur. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) se voit confier une mission pour réfléchir à la refonte de l'ONDAM et aux moyens d'ajustement de la dépense aux besoins de la population et aux enjeux de régulation financière.
- ③⑪ En termes de recettes, aucune hausse d'impôts ou de cotisations n'étant prévue, la branche Maladie resterait déficitaire de plus de 17 milliards d'euros en 2024, ce qui pose la question de soutenabilité des dépenses et la stratégie de restauration d'une trajectoire de retour à l'équilibre.
- ③⑫ La nouvelle branche Autonomie sera affectataire à compter de 2021, outre ses recettes traditionnelles issues de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) et de la contribution additionnelle (CASA) pour 2,8 milliards d'euros, de CSG à hauteur de 1,93 point portant sur l'ensemble des assiettes de la CSG (28,1 milliards d'euros). À compter de 2024 cette fraction de CSG sera augmentée de 0,15 point supplémentaire (actuellement affecté à la CADES), conformément aux dispositions de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 précitée.
- ③⑬ Au total, ces recettes s'élèveront à 31,2 milliards d'euros. En matière de dépenses, les besoins sont évalués à 31,6 milliards d'euros compte tenu des mesures nouvelles liées à la mise en place du Ségur de la santé dans le secteur médico-social (impact de 2,1 milliards d'euros en 2020-2021 au titre des revalorisations salariales et de l'investissement) et à la contribution de la CNSA à la revalorisation des métiers du domicile. La fraction de CSG affectée à la branche Autonomie a été révisée à la hausse en nouvelle lecture à l'Assemblée Nationale pour maintenir le même niveau de compensation des dépenses au titre de l'objectif global de dépenses et de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et corriger ainsi l'effet baissier de la dégradation du scénario macroéconomique sur 2021.
- ③⑭ La trajectoire en dépenses de la branche Autonomie pour 2022-2024 est conventionnelle et conforme, s'agissant des dépenses pour les établissements et services médico-sociaux, au taux d'ONDAM hors Ségur (2,4 % par an). Elle ne prend pas en compte l'effet démographique ni l'effet des mesures nouvelles qui pourraient être décidées dans la prochaine loi grand âge et autonomie. Elle prévoit toutefois, à compter de 2022, le financement, par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) (0,2 milliard d'euros), aux départements de la PCH parentalité qui entrera en vigueur en 2021. Compte tenu du lien avec la politique familiale et de la

situation financière de la branche Famille, la CNSA bénéficie d'un transfert supplémentaire de recettes de la branche Famille à compter de 2022.

- ③⑤ Compte tenu du dynamisme des recettes affectées, celles-ci devraient progresser jusqu'à 2023 à un rythme proche de celui des dépenses, permettant un équilibre de la branche Autonomie avant mesures nouvelles. En 2024, elle afficherait un excédent de 2,1 milliards d'euros correspondant à la recette de CSG supplémentaire en provenance de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) hors prise en compte de l'effet démographique et de la mise en œuvre d'éventuelles mesures nouvelles.
- ③⑥ S'agissant de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles, aucune mesure n'est prévue pour modifier les ressources de la branche en 2021, qui devraient progresser de 0,8 milliard d'euros. Outre la progression de la masse salariale, la branche bénéficiera, de l'effet favorable du Ségur de la santé sur ses recettes de cotisations et contributions sociales, ce qui contribuera à améliorer son solde.
- ③⑦ De ce fait, la branche devrait dégager un excédent de 0,2 milliard d'euros en 2021, effaçant son déficit de 0,4 milliard d'euros prévu pour 2020. Cet excédent serait croissant jusqu'en 2024.
- ③⑧ La branche Vieillesse du régime général sera à nouveau déficitaire de 9,7 milliards d'euros en 2021, après un déficit de 8,6 milliards d'euros en 2020. Les recettes progresseraient de 2,3 % pour s'établir à 135 milliards d'euros sous l'effet du rebond de l'économie. Malgré la progression modérée des dépenses permise par une inflation moindre que prévue sur ces deux exercices, la forte baisse des recettes en 2020 place toutefois leur niveau nettement en dessous de celui des dépenses. En 2021, la branche bénéficiera seulement de l'effet favorable des mesures du Ségur de la santé en termes de revalorisation salariale qui tendront à accroître le niveau des cotisations.
- ③⑨ Jusqu'en 2024, les dépenses continueraient de croître à un rythme supérieur à celui des recettes, notamment du fait de la plus forte inflation à compter de 2022, conduisant à un déficit de 9,2 milliards d'euros à cet horizon pour le régime général et 11,6 milliards d'euros sur le périmètre tous régimes et FSV. Si des mesures étaient décidées dans le cadre des concertations sur la réforme des retraites, elles devront permettre de réduire ces déficits.

- ④⑩ La branche Famille transférerait en 2021 le financement de l'allocation d'éducation d'un enfant handicapé (AEEH) à la nouvelle branche Autonomie, ce qui réduirait de 1,2 milliard d'euros le périmètre de ses dépenses et de ses recettes (réduction de la taxe sur les salaires qui lui est affectée au profit de la CNAM, laquelle affecte une part équivalente de CSG à la CNSA). À compter de 2022, un nouveau transfert de recettes au profit de la branche Autonomie interviendrait pour financer le coût de la PCH parentalité.
- ④⑪ Les recettes de la branche Famille progresseraient de 5,7 % en 2021 du fait de la reprise économique. La branche bénéficierait aussi pour 0,2 milliard d'euros de l'effet favorable des mesures du Ségur de la santé sur l'assiette des cotisations et contributions qui lui sont affectées.
- ④⑫ Les dépenses modérées par la faible inflation seraient néanmoins tirées à la hausse par la réforme du congé paternité (0,2 milliard d'euros en 2021 et 0,4 milliard d'euros à compter de 2022 en ce qui concerne la branche Famille). Sous l'effet de cette faible progression globale, la branche renouerait avec un excédent dès 2021 (0,3 milliard d'euros), qui tendrait à s'accroître jusqu'en 2024.

④ **Prévisions des recettes, dépenses et soldes du régime général,
de l'ensemble des régimes de base et du Fonds de solidarité vieillesse**

④ Recettes, dépenses et soldes du régime général

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020 (p)	2021 (p)	2022 (p)	2023 (p)	2024 (p)
Maladie							
Recettes	210,8	215,2	204,1	193,9	201,3	206,8	211,8
Dépenses	211,5	216,6	237,8	217,6	219,5	224,4	229,2
Solde	-0,7	-1,5	-33,7	-23,7	-18,2	-17,6	-17,4
Accidents du travail et maladies professionnelles							
Recettes	12,7	13,2	12,0	12,8	13,8	14,3	14,8
Dépenses	12,0	12,2	12,4	12,7	12,7	12,9	13,1
Solde	0,7	1,0	-0,4	0,2	1,0	1,4	1,7
Famille							
Recettes	50,4	51,4	46,9	49,6	51,3	52,8	54,2
Dépenses	49,9	49,9	50,4	49,3	49,7	50,2	50,8
Solde	0,5	1,5	-3,5	0,3	1,6	2,6	3,4
Vieillesse							
Recettes	133,8	135,7	132,0	135,0	141,4	145,7	149,8
Dépenses	133,6	137,1	140,6	144,7	148,7	153,5	159,0
Solde	0,2	-1,4	-8,6	-9,7	-7,3	-7,8	-9,2
Autonomie							
Recettes				31,2	32,2	33,2	36,6
Dépenses				31,6	32,7	33,6	34,5
Solde				-0,4	-0,5	-0,3	2,1
Régime général consolidé							
Recettes	394,6	402,4	382,0	408,6	425,7	438,2	452,4
Dépenses	394,1	402,8	428,1	442,0	449,0	460,0	471,8
Solde	0,5	-0,4	-46,1	-33,3	-23,3	-21,8	-19,4

④⑤ Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020 (p)	2021 (p)	2022 (p)	2023 (p)	2024 (p)
Maladie							
Recettes	212,3	216,6	205,6	195,5	202,8	208,3	213,4
Dépenses	213,1	218,1	239,3	219,1	221,0	225,9	230,8
Solde	-0,8	-1,5	-33,7	-23,7	-18,2	-17,6	-17,4
Accidents du travail et maladies professionnelles							
Recettes	14,1	14,7	13,5	14,4	15,4	15,8	16,3
Dépenses	13,4	13,6	13,9	14,1	14,2	14,3	14,5
Solde	0,7	1,1	-0,4	0,3	1,2	1,5	1,8
Famille							
Recettes	50,4	51,4	46,9	49,6	51,3	52,8	54,2
Dépenses	49,9	49,9	50,4	49,3	49,7	50,2	50,8
Solde	0,5	1,5	-3,5	0,3	1,6	2,6	3,4
Vieillesse							
Recettes	236,6	240,0	236,6	242,9	249,3	254,7	260,6
Dépenses	236,7	241,3	247,0	251,9	257,0	263,6	271,4
Solde	-0,1	-1,3	-10,3	-9,0	-7,6	-8,9	-10,8
Autonomie							
Recettes				31,2	32,2	33,2	36,6
Dépenses				31,6	32,7	33,6	34,5
Solde				-0,4	-0,5	-0,3	2,1
Régimes obligatoires de base consolidés							
Recettes	499,9	509,1	489,1	519,5	536,7	550,3	566,3
Dépenses	499,5	509,3	536,9	552,0	560,2	573,0	587,2
Solde	0,3	-0,2	-47,8	-32,5	-23,5	-22,7	-20,8

④⑥ Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020 (p)	2021 (p)	2022 (p)	2023 (p)	2024 (p)
Recettes	17,2	17,2	16,7	16,7	17,3	17,9	18,5
Dépenses	19,0	18,8	19,7	19,2	19,0	19,1	19,3
Solde	-1,8	-1,6	-2,9	-2,4	-1,7	-1,2	-0,8

④⑦ Recettes, dépenses et soldes du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020 (p)	2021 (p)	2022 (p)	2023 (p)	2024 (p)
Recettes	394,6	402,6	380,8	407,9	425,7	438,8	453,3
Dépenses	395,8	404,5	429,8	443,7	450,7	461,7	473,5
Solde	-1,2	-1,9	-49,0	-35,8	-25,0	-23,0	-20,2

④⑧ Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020 (p)	2021 (p)	2022 (p)	2023 (p)	2024 (p)
Recettes	498,6	508,0	486,7	517,5	535,5	549,6	566,0
Dépenses	500,0	509,7	537,4	552,4	560,7	573,5	587,6
Solde	-1,4	-1,7	-50,7	-34,9	-25,2	-23,9	-21,6

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

(Pour coordination)

I. – Régimes obligatoires de base

①

②

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail/ maladies professionnelles	Autonomie	Régimes de base	Fonds de solidarité vieillesse	Régimes de base et Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives .	73,6	139,9	30,4	13,3	0,0	255,5	0,0	255,5
Cotisations prises en charge par l'État	2,5	2,6	0,8	0,1	0,0	6,0	0,0	6,0
Cotisations fictives d'employeur	0,4	41,6	0,0	0,3	0,0	42,4	0,0	42,4
Contribution sociale généralisée	47,4	0,0	12,3	0,0	28,1	87,5	16,9	104,4
Impôts, taxes et autres contributions sociales .	63,5	20,8	5,3	0,0	2,8	92,5	0,0	92,5
Charges liées au non recouvrement	-0,9	-1,0	-0,1	-0,2	-0,1	-2,2	-0,2	-2,4
Transferts	1,8	38,1	0,2	0,1	0,4	28,8	0,0	10,1
Produits financiers	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3
Autres produits	7,0	0,5	0,8	0,6	0,0	8,8	0,0	8,8
Recettes	195,5	242,9	49,6	14,4	31,2	519,5	16,7	517,5

③ II. – Régime général

④

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail/ maladies profession- nelles	Autonomie	Régime général	Fonds de solidarité vieillesse	Régime général et Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives..	72,8	87,5	30,4	12,4	0,0	201,4	0,0	201,4
Cotisations prises en charge par l'État.....	2,5	2,4	0,8	0,1	0,0	5,8	0,0	5,8
Cotisations fictives d'employeur.....	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée.....	47,4	0,0	12,3	0,0	28,1	87,5	16,9	104,4
Impôts, taxes et autres contributions sociales.....	63,5	16,4	5,3	0,0	2,8	88,0	0,0	88,0
Charges liées au non recouvrement	-0,9	-0,7	-0,1	-0,1	-0,1	-2,0	-0,2	-2,2
Transferts.....	1,8	29,1	0,2	0,0	0,4	19,7	0,0	2,2
Produits financiers.....	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits.....	6,7	0,3	0,8	0,5	0,0	8,2	0,0	8,2
Recettes.....	193,9	135,0	49,6	12,8	31,2	408,6	16,7	407,9

⑤ III. – Fonds de solidarité vieillesse

⑥

(En milliards d'euros)

	Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives.....	0,0
Cotisations prises en charge par l'État.....	0,0
Cotisations fictives d'employeur.....	0,0
Contribution sociale généralisée.....	16,9
Impôts, taxes et autres contributions sociales.....	0,0
Charges liées au non recouvrement.....	-0,2
Transferts.....	0,0
Produits financiers.....	0,0
Autres produits.....	0,0
Recettes.....	16,7

*Vu pour être annexé au projet de loi
adopté par l'Assemblée nationale le 24 novembre 2020.*

Le Président,
Signé : RICHARD FERRAND