



TEXTE ADOPTÉ n° 200
« Petite loi »

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

3 décembre 2018

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2019.

(Texte définitif)

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

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 1^{re} lecture : **1297, 1336, 1309** et T.A. **187**.

Commission mixte paritaire : **1411**.

Nouvelle lecture : **1408, 1440** et T.A. **196**.

Lecture définitive : **1456**.

Sénat : 1^{re} lecture : **106, 111, 108** et T.A. **25** (2017-2018).

Commission mixte paritaire : **143** et **1444** (2017-2018).

Nouvelle lecture : **163, 164** et T.A. **30** (2017-2018).

PREMIÈRE PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2017

Article 1^{er}

Au titre de l'exercice 2017, sont approuvés :

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

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	203,1	208,0	-4,9
Accidents du travail et maladies professionnelles ..	14,4	13,2	1,2
Vieillesse.....	232,7	230,7	2,0
Famille	49,8	50,0	-0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	486,2	488,1	-1,9
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	483,7	488,6	-4,8

;

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

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	201,3	206,2	-4,9
Accidents du travail et maladies professionnelles ..	12,9	11,7	1,1
Vieillesse.....	126,6	124,8	1,8
Famille	49,8	50,0	-0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	377,6	379,8	-2,2
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	376,5	381,6	-5,1

;

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

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse.....	16,6	19,6	-2,9

;

4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 190,7 milliards d'euros ;

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

6° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 15,0 milliards d'euros.

Article 2

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2017, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits, tels qu'ils sont constatés dans les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2017 figurant à l'article 1^{er}.

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2018

Article 3

Au III de l'article 73 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, le montant : « 105 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 125 millions d'euros ».

Article 4

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

1° L'article L. 138-16 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « de la contribution » sont remplacés par les mots : « des contributions » et les mots : « , dû au titre du taux (Lv), » sont supprimés ;

b) Le second alinéa est supprimé ;

2° À la première phrase du 8° de l'article L. 221-1, la référence : « L. 221-1-1, » est supprimée ;

3° L'article L. 221-1-1 est abrogé.

II. – Le second alinéa du III de l'article 95 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 est supprimé.

III. – Les modalités de suivi et de comptabilisation des recettes et dépenses mentionnées aux II et III de l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, telles que mises en œuvre pour l'exercice 2017, sont maintenues pour l'établissement des comptes des régimes obligatoires de base d'assurance maladie de l'exercice 2018.

Le montant de la dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie, comptabilisée par ces derniers et incluse dans le champ des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, correspond au solde des recettes et dépenses mentionnées au premier alinéa du présent III.

Article 5

I. – Au titre de l'année 2018, sont rectifiés :

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

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	211,9	212,8	-0,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,2	13,3	0,9
Veillesse	236,9	236,6	0,4
Famille	50,5	50,1	0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	499,9	499,2	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	498,2	499,6	-1,4

 ;

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

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie.....	210,4	211,3	-0,9
Accidents du travail et maladies professionnelles...	12,8	12,0	0,8
Vieillesse	134,5	133,7	0,8
Famille.....	50,5	50,1	0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)	395,2	394,1	1,1
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse.....	394,6	395,7	-1,0

 ;

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

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse.....	16,8	18,9	-2,1

 ;

4° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale qui est fixé à 15,4 milliards d'euros ;

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

II. – En 2018, par dérogation à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, le crédit d'impôt prévu à l'article 231 A du code général des impôts ne fait pas l'objet d'une compensation à la sécurité sociale.

Article 6

Au titre de l'année 2018, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs sont rectifiés ainsi qu'il suit :

(En milliards d'euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	89,5
Dépenses relatives aux établissements de santé.....	80,5
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,2
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées.....	11,1
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,3
Autres prises en charge	1,7
Total	195,4

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2019

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE

CHAPITRE I^{ER}

Mesures en faveur du soutien à l'activité économique et des actifs

Article 7

I. – L'article L. 241-17 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :

« *Art. L. 241-17.* – I. – Ouvrent droit à une réduction des cotisations salariales d'origine légale mentionnées à l'article L. 241-3 :

« 1° Les rémunérations versées aux salariés au titre des heures supplémentaires de travail définies aux articles L. 3121-28 à L. 3121-39 du code du travail et, pour les salariés ayant conclu la convention de forfait en heures sur l'année prévue au deuxième alinéa de l'article L. 3121-56 du même code, des heures effectuées au delà de 1 607 heures ;

« 2° Les rémunérations versées au titre des heures mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 3123-2 du même code ;

« 3° Les rémunérations versées au titre des heures supplémentaires mentionnées à l'article L. 3121-41 du même code, à l'exception des heures effectuées en-deçà de 1 607 heures lorsque la durée annuelle fixée par l'accord mentionné au même article L. 3121-41 est inférieure à ce niveau ;

« 4° La majoration de rémunération versée aux salariés ayant conclu la convention de forfait en jours sur l'année prévue à l'article L. 3121-58 du même code, en contrepartie de leur renonciation, au delà de la limite du nombre de jours fixée en application du 3° du I de l'article L. 3121-64 du même code, à des jours de repos dans les conditions prévues à l'article L. 3121-59 du même code ;

« 5° Les rémunérations versées aux salariés à temps partiel au titre des heures complémentaires de travail accomplies en application des articles L. 3123-8, L. 3123-9, L. 3123-20 et L. 3123-21, du dernier alinéa de l'article L. 3123-22 et des articles L. 3123-28 et L. 3123-29 du même code ;

« 6° Les rémunérations versées aux salariés des particuliers employeurs au titre des heures supplémentaires qu'ils réalisent ;

« 7° Les rémunérations versées aux assistants maternels définis à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles au titre des heures supplémentaires qu'ils accomplissent au delà d'une durée hebdomadaire de quarante-cinq heures, ainsi que les salaires qui leur sont versés au titre des heures complémentaires accomplies au sens de la convention collective nationale qui leur est applicable ;

« 8° Les rémunérations versées aux autres salariés dont la durée du travail ne relève pas des dispositions du titre II du livre I^{er} de la troisième partie du code du travail ou du chapitre III du titre I^{er} du livre VII du code rural et de la pêche maritime au titre des heures supplémentaires ou complémentaires de travail qu'ils effectuent ou, dans le cadre de conventions de forfait en jours sur l'année, les salaires versés en contrepartie des jours de repos auxquels les salariés auront renoncé au delà du plafond de deux cent dix-huit jours.

« II. – Le montant de la réduction, prévue au I, de cotisations salariales d'origine légale mentionnées à l'article L. 241-3 du présent code est égal au produit d'un taux fixé par décret et des rémunérations mentionnées au même I, dans la limite des cotisations d'origine légale et conventionnelle

dont le salarié est redevable au titre des heures concernées. La réduction est imputée sur le montant des cotisations salariales d'origine légale mentionnées à l'article L. 241-3 dues pour chaque salarié concerné au titre de l'ensemble de sa rémunération définie à l'article L. 242-1 pour les périodes au titre desquelles elle est attribuée et ne peut dépasser ce montant.

« III. – Les I et II sont également applicables, selon des modalités prévues par décret :

« 1° Aux éléments de rémunération versés aux agents publics titulaires et non titulaires au titre des heures supplémentaires qu'ils réalisent ou du temps de travail additionnel effectif ;

« 2° À la rémunération des heures supplémentaires ou complémentaires effectuées par les salariés relevant des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1.

« IV. – La réduction prévue au I s'applique :

« 1° Aux rémunérations mentionnées au même I et, en ce qui concerne la majoration salariale correspondante, dans la limite :

« a) Des taux prévus par la convention ou l'accord collectif applicable mentionné au I de l'article L. 3121-33 du code du travail s'agissant des heures supplémentaires et à l'article L. 3123-21 ou au dernier alinéa de l'article L. 3123-22 du même code s'agissant des heures complémentaires ;

« b) À défaut d'une telle convention ou d'un tel accord :

« – pour les heures supplémentaires, des taux de 25 % ou de 50 % prévus, selon les cas, à l'article L. 3121-36 du même code ;

« – pour les heures complémentaires, des taux de 10 % ou de 25 % prévus, selon les cas, au dernier alinéa de l'article L. 3123-22 ou à l'article L. 3123-29 du même code ;

« 2° Aux éléments de rémunération mentionnés au 1° du III du présent article dans la limite des dispositions applicables aux agents concernés.

« V. – Les dispositions du présent article ne sont pas applicables lorsque les salaires ou éléments de rémunération qui y sont mentionnés se substituent à d'autres éléments de rémunération au sens de l'article L. 242-1, à moins qu'un délai de douze mois ne se soit écoulé entre le

dernier versement de l'élément de rémunération en tout ou partie supprimé et le premier versement des salaires ou éléments de rémunération précités.

« VI. – Le cumul de la réduction prévue au présent article avec l'application d'une exonération totale ou partielle de cotisations salariales de sécurité sociale ou avec l'application de taux réduits, d'assiettes ou de montants forfaitaires de cotisations ne peut être autorisé, dans la limite mentionnée au II, que dans des conditions fixées par décret, compte tenu du niveau des cotisations dont sont redevables les salariés concernés. »

II. – Les deuxième à dernier alinéas du I de l'article L. 241-18 du code de la sécurité sociale sont remplacés un alinéa ainsi rédigé :

« La réduction s'applique au titre des heures mentionnées aux 1° à 3° du I de l'article L. 241-17. »

III. – À l'article L. 741-15 du code rural et de la pêche maritime, la référence : « L. 241-18 » est remplacée par la référence : « L. 241-17, ».

IV. – Le présent article est applicable à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon, dans la limite des taux de cotisations en vigueur dans ces territoires.

V. – Le présent article s'applique aux cotisations dues pour les périodes courant à compter du 1^{er} septembre 2019.

Article 8

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

1° Au dernier alinéa de l'article L. 131-7, la référence : « L. 241-6-4, » est supprimée ;

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

a) À la fin de la deuxième phrase, les mots : « ou par l'agent chargé du contrôle mentionné à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés ;

b) La dernière phrase est complétée par les mots : « ou par l'agent chargé du contrôle mentionné à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime » ;

3° L'article L. 241-2-1 est ainsi modifié :

a) Les mots : « mentionnées au 1° du II de l'article L. 241-2 » sont remplacés par les mots : « d'assurance maladie » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« La réduction est également applicable aux rémunérations des salariés mentionnés aux 3° ou 6° de l'article L. 5424-1 du code du travail affiliés à un régime mentionné à la section 1 du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre VII du présent code. » ;

4° À la seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 241-5, après le mot : « mentionnée », sont insérés les mots : « au III de l'article L. 241-10 et » ;

5° L'article L. 241-6-1 est ainsi modifié :

a) Les mots : « mentionnées au 1° de l'article L. 241-6 » sont remplacés par les mots : « d'allocations familiales » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« La réduction est également applicable aux rémunérations des salariés mentionnés au 3° de l'article L. 5424-1 du code du travail affiliés à un régime mentionné à la section 1 du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre VII du présent code. » ;

6° L'article L. 241-6-4 est abrogé ;

7° Le III de l'article L. 241-10 est ainsi modifié :

a) Après le 3°, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les structures mentionnées aux 1° et 3° du présent III, lorsqu'elles constituent des employeurs de droit privé, sont en outre exonérées, pour les rémunérations versées aux aides à domicile employées dans les conditions définies au premier alinéa du présent III, de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, des contributions mentionnées à l'article L. 834-1 du présent code, des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles à hauteur du taux fixé par l'arrêté mentionné à la seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 241-5, des cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire et des contributions à la charge de l'employeur dues au titre de l'assurance chômage prévues à l'article L. 5422-9 du code du travail.

« Pour les structures mentionnées au cinquième alinéa du présent III, lorsque la rémunération est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 20 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations et contributions à la charge de l'employeur. À partir de ce seuil, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération est égale au salaire minimum de croissance annuel majoré de 60 %. » ;

b) Au début du cinquième alinéa, les mots : « Cette exonération s'applique » sont remplacés par les mots : « Ces exonérations s'appliquent » ;

8° L'article L. 241-11 est abrogé ;

9° L'article L. 241-13 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa du II est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elle s'applique également aux gains et rémunérations des apprentis pour lesquels l'employeur n'est pas éligible à l'exonération prévue à l'article L. 6227-8-1 dudit code. » ;

b) Le VII est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Pour les salariés expatriés mentionnés au *a* de l'article L. 5427-1 du code du travail et les salariés mentionnés au *e* du même article L. 5427-1, le montant de la réduction s'impute en outre, selon les mêmes règles, sur les cotisations recouvrées par l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du même code.

« Pour les salariés mentionnés à l'article L. 133-9 du présent code, le montant de la réduction s'impute en outre, selon les mêmes règles, sur les cotisations recouvrées par l'organisme de recouvrement habilité par l'État en application du même article L. 133-9. » ;

10° Au début du II de l'article L. 243-6-1, les mots : « Le I est également applicable lorsque le cotisant » sont remplacés par les mots : « La procédure d'arbitrage prévue au I est également applicable lorsque le cotisant, qu'il possède un ou plusieurs établissements, » ;

11° Au II de l'article L. 243-6-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 243-6-7, après la référence : « L. 241-13 », sont insérés les mots : « , des dispositions prévues aux articles L. 241-10 et L. 752-3-2, » ;

12° Au II de l'article L. 243-6-2, à la seconde phrase du premier alinéa du III de l'article L. 243-6-3 et à l'avant-dernier alinéa de l'article

L. 243-6-7, après la référence : « L. 241-13 », sont insérés les mots : « , sur les dispositions prévues aux articles L. 241-10 et L. 752-3-2 » ;

13° L'article L. 752-3-2 est ainsi modifié :

a) Les I à IV sont ainsi rédigés :

« I. – En Guadeloupe, en Guyane, en Martinique et à La Réunion, les employeurs, à l'exclusion des entreprises publiques et établissements publics mentionnés à l'article L. 2233-1 du code du travail et des particuliers employeurs, sont exonérés du paiement des cotisations et contributions mentionnées au I de l'article L. 241-13 du présent code dans les conditions définies au présent article.

« II. – L'exonération s'applique :

« 1° Aux employeurs occupant moins de onze salariés. Si l'effectif vient à atteindre ou dépasser le seuil de onze salariés, le bénéfice intégral de l'exonération est maintenu dans la limite des onze salariés précédemment occupés ou, en cas de départ, remplacés. Un décret fixe les conditions dans lesquelles le bénéfice de l'exonération est acquis dans le cas où l'effectif passe au-dessous de onze salariés ;

« 2° Quel que soit leur effectif, aux employeurs des secteurs du bâtiment et des travaux publics, de l'industrie, de la restauration, de la presse, de la production audiovisuelle, de l'environnement, de l'agronomie, des énergies renouvelables, des nouvelles technologies de l'information et de la communication et des centres d'appel, de la pêche, des cultures marines, de l'aquaculture, de l'agriculture, du tourisme, y compris les activités de loisirs s'y rapportant, du nautisme, de l'hôtellerie, de la recherche et du développement, ainsi qu'aux entreprises bénéficiaires du régime de perfectionnement actif défini à l'article 256 du règlement (UE) n° 952/2013 du Parlement européen et du Conseil du 9 octobre 2013 établissant le code des douanes de l'Union ;

« 3° Aux employeurs de transport aérien assurant :

« a) La liaison entre la métropole et la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique et La Réunion ;

« b) La liaison entre ces départements ou collectivités ou celle de ces départements ou collectivités avec Saint-Martin et Saint-Barthélemy, ainsi qu'entre La Réunion et Mayotte ;

« c) La desserte intérieure de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique ou de La Réunion.

« Seuls sont pris en compte les personnels des employeurs concourant exclusivement à ces dessertes et affectés dans des établissements situés dans l'un de ces départements ou collectivités ;

« 4° Aux employeurs assurant la desserte maritime ou fluviale de plusieurs points de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique, de La Réunion, ou la liaison entre les ports de ces départements ou collectivités ou avec Saint-Martin et Saint-Barthélemy, ou la liaison entre les ports de La Réunion et de Mayotte ;

« 5° En Guyane, aux employeurs ayant une activité principale relevant de l'un des secteurs d'activité éligibles à la réduction d'impôt prévue à l'article 199 *undecies* B du code général des impôts, ou correspondant à l'une des activités suivantes : comptabilité, conseil aux entreprises, ingénierie ou études techniques.

« III. – A. – Pour les employeurs mentionnés aux 1°, 3° et 4° du II ainsi que ceux mentionnés au 2° du même II à l'exception de ceux mentionnés aux B et C du présent III, lorsque le revenu d'activité de l'année tel qu'il est pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 du présent code est inférieur à un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 30 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations et contributions à la charge de l'employeur mentionnées au I de l'article L. 241-13. À partir de ce seuil, la part du revenu d'activité annuel sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque le revenu d'activité est égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 120 %.

« B. – Le montant de l'exonération est calculé selon les modalités prévues au dernier alinéa du présent B pour les employeurs occupant moins de deux cent cinquante salariés et ayant réalisé un chiffre d'affaires annuel inférieur à 50 millions d'euros qui :

« 1° Soit relèvent des secteurs mentionnés au 2° du II à l'exception des secteurs du bâtiment et des travaux publics, de la presse et de la production audiovisuelle ;

« 2° Soit relèvent du 5° du même II ;

« 3° Soit bénéficiant du régime de perfectionnement actif défini à l'article 256 du règlement (UE) n° 952/2013 du Parlement européen et du Conseil du 9 octobre 2013 précité.

« Pour ces employeurs, lorsque le revenu d'activité de l'année est inférieur à un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 70 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations et contributions à la charge de l'employeur mentionnées au I de l'article L. 241-13 du présent code. À partir de ce seuil, la part du revenu d'activité annuel sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque le revenu d'activité est égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 170 %.

« C. – Pour les employeurs occupant moins de deux cent cinquante salariés et ayant réalisé un chiffre d'affaires annuel inférieur à 50 millions d'euros, au titre de la rémunération des salariés concourant essentiellement à la réalisation de projets innovants dans le domaine des technologies de l'information et de la communication, lorsque le revenu d'activité de l'année est inférieur à un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 70 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations et contributions à la charge de l'employeur mentionnées au I de l'article L. 241-13. Lorsque ce revenu est égal ou supérieur à ce seuil et inférieur à un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 150 %, la rémunération est exonérée de ces cotisations et contributions, dans la limite de la part correspondant à un revenu d'activité de l'année égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 70 %. Au delà d'un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 150 %, la part du revenu d'activité annuel sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque le revenu d'activité est égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 250 %. Un décret précise les modalités de l'éligibilité au dispositif défini au présent C.

« IV. – Le montant de la réduction est calculé chaque année civile, pour chaque salarié et pour chaque contrat de travail, en fonction des revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1.

« Pour les salariés qui ne sont pas employés à temps plein ou qui ne sont pas employés sur toute l'année, la valeur du salaire minimum de croissance prise en compte pour la détermination de l'exonération est celle qui correspond à la durée de travail prévue au contrat au titre de la période pendant laquelle ils sont employés.

« Lorsque les exonérations mentionnées au III du présent article sont décroissantes, le montant de celles-ci est déterminé par l'application d'une formule de calcul définie par décret. La valeur maximale du taux de l'exonération est fixée par décret, dans la limite de la somme des taux des cotisations mentionnées au I pour une rémunération égale au salaire minimum de croissance. » ;

b) Le VIII est abrogé ;

14° Après l'article L. 752-3-2, il est inséré un article L. 752-3-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 752-3-3. – I. – À Saint-Barthélemy et Saint-Martin, les employeurs, à l'exclusion des entreprises publiques et établissements publics mentionnés à l'article L. 2233-1 du code du travail et des particuliers employeurs, sont exonérés du paiement des cotisations à leur charge au titre de la législation de sécurité sociale à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, dans les conditions définies au présent article.

« II. – L'exonération s'applique :

« 1° Aux employeurs occupant moins de onze salariés. Si l'effectif vient à atteindre ou dépasser le seuil de onze salariés, le bénéfice intégral de l'exonération est maintenu dans la limite des onze salariés précédemment occupés ou, en cas de départ, remplacés. Un décret fixe les conditions dans lesquelles le bénéfice de l'exonération est acquis dans le cas où l'effectif passe au-dessous de onze salariés ;

« 2° Aux employeurs, quel que soit leur effectif, des secteurs du bâtiment et des travaux publics, de l'industrie, de la restauration, de la presse, de la production audiovisuelle, des énergies renouvelables, des nouvelles technologies de l'information et de la communication et des centres d'appel, de la pêche, des cultures marines, de l'aquaculture, de l'agriculture, du tourisme, y compris les activités de loisirs s'y rapportant, et de l'hôtellerie ;

« 3° Aux employeurs de transport aérien assurant :

« a) La liaison entre la métropole et Saint-Barthélemy ou Saint-Martin ;

« b) La liaison entre ces collectivités ou celle avec la Guadeloupe, la Guyane et la Martinique ;

« Seuls sont pris en compte les personnels de ces employeurs concourant exclusivement à ces dessertes et affectés dans des établissements situés à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin ;

« 4° Aux employeurs assurant la desserte maritime ou fluviale de plusieurs points de Saint-Barthélemy ou de Saint-Martin, ou la liaison entre ces collectivités, ou celle avec la Guadeloupe, la Guyane et la Martinique.

« III. – Le montant de l'exonération est calculé chaque mois civil, pour chaque salarié, en fonction de ses revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1. Lorsque la rémunération horaire est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur. À partir de ce seuil, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 200 %.

« Pour les employeurs occupant moins de onze salariés, lorsque la rémunération horaire est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur. Lorsque la rémunération horaire est égale ou supérieure à ce seuil et inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 100 %, la rémunération est exonérée des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur, dans la limite de la part correspondant à une rémunération horaire égale au salaire minimum de croissance majoré de 40 %. Au delà d'un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 100 %, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 200 %.

« IV. – Par dérogation au III, le montant de l'exonération est calculé selon les modalités prévues aux deux derniers alinéas du présent IV pour les employeurs situés à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin respectant les conditions suivantes :

« 1° Employer moins de deux cent cinquante salariés et avoir réalisé un chiffre d'affaires annuel inférieur à 50 millions d'euros ;

« 2° Avoir une activité principale relevant de l'un des secteurs d'activité éligibles à la réduction d'impôt prévue à l'article 199 *undecies* B du code général des impôts, ou de même nature dans le cas des employeurs

établis à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin, ou correspondant à l'une des activités suivantes : comptabilité, conseil aux entreprises, ingénierie ou études techniques à destination des entreprises, recherche et développement ou technologies de l'information et de la communication ;

« 3° Être soumis de plein droit ou sur option à un régime réel d'imposition ;

« 4° Soit exercer leur activité principale dans l'un des secteurs suivants : recherche et développement, technologies de l'information et de la communication, tourisme, y compris les activités de loisirs s'y rapportant, environnement, agronutrition ou énergies renouvelables ; soit avoir réalisé des opérations sous le bénéfice du régime de perfectionnement actif défini à l'article 256 du règlement (UE) n° 952/2013 du Parlement européen et du Conseil du 9 octobre 2013 établissant le code des douanes de l'Union ;

« La condition prévue au 3° du présent IV n'est pas applicable à Saint-Barthélemy.

« Les conditions prévues aux 1° et 2° s'apprécient à la clôture de chaque exercice.

« Pour les employeurs mentionnés au présent IV, lorsque la rémunération horaire est inférieure ou égale au salaire minimum de croissance majoré de 70 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur. Lorsque la rémunération est supérieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 70 % et inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 150 %, la rémunération est exonérée des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur, dans la limite de la part correspondant à une rémunération égale au salaire minimum de croissance majoré de 70 %. À partir du seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 150 %, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 350 %.

« V. – Pour l'application du présent article, l'effectif pris en compte est celui qui est employé dans chacune des collectivités mentionnées au I, tous établissements confondus dans le cas où l'employeur compte plusieurs établissements dans la même collectivité. L'effectif est apprécié dans les conditions prévues par le présent code.

« Lorsque chez un même employeur ou un même établissement sont exercées plusieurs activités, l'exonération est applicable au titre de l'activité exercée par chacun des salariés employés.

« VI. – Le bénéfice de l'exonération prévue au présent article est subordonné au fait, pour l'employeur, d'être à jour de ses obligations déclaratives ou de paiement à l'égard de l'organisme de recouvrement. La condition de paiement est considérée comme remplie dès lors que l'employeur, d'une part, a souscrit et respecte un plan d'apurement des cotisations restant dues et, d'autre part, acquitte les cotisations en cours à leur date normale d'exigibilité.

« Les exonérations prévues par le présent article ne peuvent être cumulées avec une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exception de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18.

« VII. – Le bénéfice de l'exonération prévue au présent article, ainsi que de tous autres allègements et exonérations de cotisations patronales prévus par le présent code, est subordonné au fait, pour l'employeur ou le chef d'entreprise, de ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation pénale passée en force de chose jugée soit pour fraude fiscale, soit pour travail dissimulé, marchandage ou prêt illicite de main-d'œuvre, en application des articles L. 5224-2, L. 8224-1, L. 8224-3, L. 8224-4, L. 8224-5, L. 8224-6, L. 8234-1 et L. 8234-2 du code du travail.

« Lorsqu'un organisme chargé du recouvrement est avisé, par la transmission du procès-verbal établi par un des agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail, de la commission d'une des infractions mentionnées au premier alinéa du présent VII, il suspend la mise en œuvre des exonérations prévues par le présent article jusqu'au terme de la procédure judiciaire.

« VIII. – Lorsque les exonérations mentionnées aux III et IV sont dégressives, le montant de celles-ci est déterminé par l'application d'une formule de calcul définie par décret. La valeur maximale du coefficient de dégressivité retenu pour cette formule est fixée par décret, dans la limite de la somme des taux des cotisations mentionnées au I pour une rémunération égale au salaire minimum de croissance. »

II. – Les exonérations prévues aux 7° et 13° du I donnent lieu à compensation par le budget général de l'État.

III. – Le chapitre I^{er} du titre IV du livre VII du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa du I de l'article L. 712-1, la référence : « L. 741-5 » est remplacée par la référence : « L. 741-7 » ;

2° L'article L. 741-5 est abrogé ;

3° L'article L. 741-16 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi modifié :

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

« I. – Les employeurs relevant du régime de protection sociale des professions agricoles sont exonérés des cotisations mentionnées au I de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale pour les travailleurs occasionnels qu'ils emploient.

« Pour l'application du premier alinéa du présent I, les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4 du code de la sécurité sociale figurant à l'article L. 241-13 du même code sont remplacées par les cotisations de la retraite complémentaire obligatoire des salariés versées aux institutions de retraite complémentaire mentionnées à l'article L. 727-2 du présent code. » ;

– après le deuxième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Cette exonération est déterminée conformément à un barème dégressif linéaire fixé par décret.

« Pour les cotisations dues au titre des rémunérations dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2019, l'exonération est totale pour une rémunération mensuelle inférieure ou égale au salaire minimum de croissance majoré de 20 % et devient nulle pour une rémunération mensuelle égale ou supérieure au salaire minimum de croissance majoré de 60 %. » ;

– la première phrase du troisième alinéa est supprimée ;

b) Le VII est ainsi modifié :

– au début, est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « L'exonération prévue au I du présent article donne lieu à compensation intégrale par l'État. » ;

– les mots : « l'exonération prévue à l'article L. 741-5 du présent code et de » sont supprimés ;

4° Le même article L. 741-16 est abrogé à compter du 1^{er} janvier 2021 ;

5° L'article L. 741-16-1 est abrogé ;

6° Les articles L. 741-17 et L. 751-20 sont abrogés.

IV. – L'article L. 5553-11 du code des transports est ainsi modifié :

1° Les mots : « battant pavillon français » sont remplacés par les mots : « dirigés et contrôlés à partir d'un établissement stable situé sur le territoire français, battant pavillon français ou d'un autre État membre de l'Union européenne, d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse, et » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le bénéfice des exonérations prévues au premier alinéa est conditionné au fait que les membres de l'équipage des navires sur lesquels des marins sont concernés par l'exonération sont, dans une proportion d'au moins 25 %, des ressortissants d'un État membre de l'Union européenne, d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse. Cette proportion est calculée sur la base de la fiche d'effectif et s'apprécie sur l'ensemble de la flotte composée des navires embarquant au moins un marin pour lequel l'employeur bénéficie de l'exonération prévue au présent article. »

V. – À la seconde colonne de la soixante-troisième ligne du tableau constituant le second alinéa du I de l'article L. 5785-1 du code des transports, la référence : « n° 2016-816 du 20 juin 2016 » est remplacée par la référence : « n° du de financement de la sécurité sociale pour 2019 ».

VI. – Le code du travail est ainsi modifié :

1° Au début du 1° de l'article L. 5134-31, sont ajoutés les mots : « Pour les personnes morales mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 5134-21 du présent code, » ;

2° Après le mot : « prévus », la fin du premier alinéa de l'article L. 5134-59 est ainsi rédigée : « à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale. » ;

3° À la fin de la seconde phrase de l'article L. 6227-8, la référence : « au second alinéa du II de l'article L. 6243-2 » est remplacée par la référence : « au dernier alinéa de l'article L. 6243-3 » ;

4° Après le même article L. 6227-8, il est inséré un article L. 6227-8-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6227-8-1.* – L'employeur de l'apprenti est exonéré de la totalité des cotisations sociales d'origine légale et conventionnelle qui sont à sa charge, à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles. » ;

5° L'article L. 6243-2 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6243-2.* – L'apprenti est exonéré de la totalité des cotisations salariales d'origine légale et conventionnelle pour la part de sa rémunération inférieure ou égale à un plafond fixé par décret. » ;

6° Les quatre premiers alinéas de l'article L. 6243-3 sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« L'État prend en charge les cotisations et contributions sociales des apprentis qui font l'objet des exonérations prévues aux articles L. 6227-8-1 et L. 6243-2. » ;

7° L'article L. 6261-1 est abrogé ;

8° La section 5 du chapitre V du titre II du livre III de la sixième partie est abrogée ;

9° L'article L. 6523-5-2 est abrogé.

VII. – L'article 1599 *ter* C du code général des impôts est abrogé.

VIII. – L'article 20 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 est ainsi modifié :

1° Le II est abrogé ;

2° Au début du 1° du A du IV, sont ajoutés les mots : « Pour les employeurs publics mettant en place des ateliers et chantiers d'insertion conventionnés par l'État en application de l'article L. 5132-15 dudit code, ».

IX. – A. – Pour les rémunérations dues au titre des salariés relevant de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, la valeur maximale du

coefficient mentionné au troisième alinéa du III du même article L. 241-13 est limitée, pour l'année 2019, à la somme des taux des cotisations et des contributions mentionnées au I dudit article L. 241-13, à l'exception des contributions à la charge de l'employeur dues au titre de l'assurance chômage prévues à l'article L. 5422-9 du code du travail.

Pour les rémunérations de ces salariés, un coefficient limité au taux des contributions à la charge de l'employeur dues au titre de l'assurance chômage prévues au même article L. 5422-9 s'ajoute, pour la période du 1^{er} octobre au 31 décembre 2019, au coefficient mentionné au premier alinéa du présent A.

Chacun des coefficients mentionnés aux deux premiers alinéas du présent A est calculé en fonction de la rémunération annuelle totale prise en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

B. – Le A n'est pas applicable aux rémunérations dues pour des salariés employés :

1° Par les associations intermédiaires mentionnées à l'article L. 5132-7 du code du travail et par les ateliers et chantiers d'insertion mentionnés à l'article L. 5132-15 du même code ;

2° Au titre des contrats d'apprentissage mentionnés à l'article L. 6221-1 du code du travail et des contrats de professionnalisation mentionnés à l'article L. 6325-1 du même code conclus avec des demandeurs d'emploi de quarante-cinq ans et plus ou conclus par les groupements d'employeurs pour l'insertion et la qualification mentionnés à l'article L. 1253-1 dudit code ;

3° Par les employeurs occupés aux activités mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime ;

4° Par les employeurs localisés en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin.

X. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019. L'article L. 243-6-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant du 10° du I s'applique aux contrôles engagés à compter du 1^{er} janvier 2019.

Par dérogation au premier alinéa du présent X, les dispositions de l'article L. 5553-11 du code des transports dans sa rédaction résultant du IV

entrent en vigueur dès lors que la Commission européenne a confirmé que celles-ci sont compatibles avec le droit de l'Union européenne.

XI. – Avant le 1^{er} juin 2019, le Gouvernement procède à l'évaluation de l'impact financier, pour les structures visées à l'article L. 5132-7 du code du travail, de la suppression de l'exonération dont les modalités sont mentionnées à l'article D. 241-6 du code de la sécurité sociale.

XII. – Avant le 30 juin 2019, le Gouvernement remet au Parlement un rapport indiquant les conséquences de la modification du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi pour les entreprises individuelles imposées sur le revenu.

XIII. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant de l'extension aux travailleurs rémunérés jusqu'à 1,20 fois le SMIC du dispositif « TO-DE » est compensée à due concurrence par la majoration des droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Article 9

L'article 16 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la date : « 30 avril 2018 » est remplacée par la date : « 31 mars 2019 » ;

b) Au second alinéa, la date : « 31 octobre 2018 » est remplacée par la date : « 30 juin 2019 » ;

2° À la fin de la deuxième phrase du premier alinéa du II, la date : « 1^{er} novembre 2018 » est remplacée par la date : « 1^{er} juillet 2019 » ;

3° Le III est ainsi modifié :

a) Après la première phrase du premier alinéa, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Pour les employeurs du régime général et du régime agricole et les travailleurs indépendants et exploitants agricoles des collectivités d'outre-mer de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy qui justifient d'une baisse de leur chiffre d'affaires majeure et durable directement imputable aux événements climatiques exceptionnels survenus entre le 5 septembre et le 7 septembre 2017, au titre de leur activité réalisée sur ces deux territoires,

ce plan peut comporter un abandon, qui est total ou partiel selon l'ampleur de la baisse et sa durée, des cotisations et contributions sociales dues par les employeurs pour la période comprise entre le 1^{er} août 2017 et le 31 décembre 2018 ou à titre personnel par les travailleurs indépendants ou les exploitants agricoles au titre des exercices 2017 et 2018. » ;

b) Sont ajoutés trois alinéas ainsi rédigés :

« Le bénéfice de l'abandon des créances de cotisations et contributions sociales est ouvert aux employeurs et travailleurs indépendants qui adressent à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions, au plus tard le 30 avril 2019, une demande conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et, le cas échéant, en cas d'interruption totale d'activité sur une période, une attestation sur l'honneur ou tout élément probant. Les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale sont habilités à vérifier, dans le cadre des contrôles auprès des demandeurs ou dans le cadre notamment des échanges avec l'administration fiscale qu'ils réalisent, la réalité des déclarations.

« Le bénéfice d'un abandon total ou partiel des créances est subordonné au fait, pour l'employeur, d'être à jour de ses obligations déclaratives, de ses obligations de paiement à l'égard de l'organisme de recouvrement pour les cotisations salariales dues au titre de la période comprise dans le champ de l'abandon prévu au quatrième alinéa du présent III, ainsi que pour les cotisations dues au titre des périodes qui ne sont pas comprises dans ce champ.

« La condition de paiement est considérée comme remplie dès lors que l'employeur, d'une part, souscrit et respecte un plan d'apurement des cotisations restant dues et, d'autre part, acquitte les cotisations en cours à leur date normale d'exigibilité. » ;

4° Au IV, la date : « 31 décembre 2018 » est remplacée par la date : « 31 août 2019 » ;

5° Au dernier alinéa du VII, après le mot : « partielle », sont insérés les mots : « ou totale ».

Article 10

Le II de l'article L. 131-6-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la troisième phrase du deuxième alinéa, après la référence : « 50-0 », est insérée la référence : « ou de l'article 64 *bis* » ;

2° À la première phrase du dernier alinéa, après la référence : « L. 613-7 », sont insérés les mots : « du présent code ou relevant du régime prévu à l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime » et, après la référence : « 50-0 », est insérée la référence : « , 64 *bis* ».

Article 11

I. – L'article L. 758-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 758-1.* – En Guadeloupe, en Guyane, à La Réunion, en Martinique, à Mayotte, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, le tarif de la cotisation sur les boissons alcooliques, prévu à l'article L. 245-9 pour les rhums, tafias et spiritueux composés à base d'alcool de cru produits et consommés sur place est fixé à :

« 1° 168 euros par hectolitre d'alcool pur à compter du 1^{er} janvier 2020 ;

« 2° 246 euros par hectolitre d'alcool pur à compter du 1^{er} janvier 2021 ;

« 3° 325 euros par hectolitre d'alcool pur à compter du 1^{er} janvier 2022 ;

« 4° 403 euros par hectolitre d'alcool pur à compter du 1^{er} janvier 2023 ;

« 5° 482 euros par hectolitre d'alcool pur à compter du 1^{er} janvier 2024. »

II. – L'article L. 758-1 du code de la sécurité sociale est abrogé à compter du 1^{er} janvier 2025.

CHAPITRE II

Des règles de cotisations plus claires et plus justes

Article 12

I. – L'article L. 380-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase du 2°, après le mot : « retraite », sont insérés les mots : « ou d'invalidité » ;

2° À la première phrase du quatrième alinéa, les mots : « fixée en pourcentage du » sont remplacés par les mots : « assise sur le » et, à la fin, les mots : «, qui dépasse un plafond fixé par décret » sont supprimés ;

3° Après le même quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L’assiette de la cotisation fait l’objet d’un abattement fixé par décret. Cette assiette, avant application de l’abattement, ne peut excéder un montant fixé par décret. » ;

4° Le cinquième alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Pour les personnes mentionnées à l’article L. 611-1 du présent code ainsi que pour les personnes mentionnées à l’article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime, les revenus d’activité pris en compte pour l’application du cinquième alinéa du présent article ne peuvent être inférieurs à la plus faible des assiettes minimales retenues pour le calcul des cotisations sociales de ces personnes dans les conditions prévues aux articles L. 621-1 et L. 633-1, à l’avant-dernier alinéa de l’article L. 635-1, au dernier alinéa de l’article L. 632-1, à l’avant-dernier alinéa de l’article L. 642-1 et, le cas échéant, aux articles L. 644-1 et L. 644-2 du présent code ou à l’article L. 731-11 du code rural et de la pêche maritime.

« Le montant de la cotisation est égal au produit de l’assiette et d’un taux dont la valeur, fixée par décret, décroît linéairement à proportion des revenus d’activité et devient nul lorsque ces revenus atteignent le seuil mentionné au 1°. » ;

5° À la fin de l’avant–dernier alinéa, les mots : « du Conseil d’État » sont remplacés par les mots : « en Conseil d’État ».

II. – Le présent article s’applique aux cotisations dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2019.

Article 13

Avant le 1^{er} juin 2019, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les effets des différentes dispositions du droit en vigueur qui prévoient des montants minimaux de cotisations sociales pour les travailleurs indépendants applicables à une activité saisonnière de courte durée qu’ils exercent ou le paiement de cotisations par des personnes ayant déjà liquidé leur pension de retraite. Ce rapport évalue notamment l’intérêt de recourir au régime de la micro-entreprise pour ces travailleurs indépendants et

présente les différentes évolutions légales ou réglementaires de nature à simplifier ou clarifier leurs obligations et leurs démarches, tout en respectant leurs droits à la retraite ainsi que l'équité entre assurés.

Article 14

I. – À la première phrase du 1^o *bis* de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, après le mot : « avant-dernière », sont insérés les mots : « ou de l'antépénultième ».

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

1^o À la fin du premier alinéa, les mots : « perçus par les personnes dont les revenus de l'avant-dernière année, définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « des personnes » ;

2^o Au 1^o, après les mots : « D'une part, », sont insérés les mots : « dont les revenus définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts perçus l'avant-dernière année » ;

3^o Au 2^o, après les mots : « D'autre part, », sont insérés les mots : « dont les revenus définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts perçus l'avant-dernière ou l'antépénultième année ».

III. – Le présent article s'applique aux contributions dues pour les périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2019.

Article 15

I. – À la quatrième phrase du premier alinéa du 1 de l'article 231 du code général des impôts, après le mot : « communaux, », sont insérés les mots : « de l'établissement mentionné à l'article L. 1222-1 du code de la santé publique, ».

II. – Le I s'applique à la taxe sur les salaires due à raison des rémunérations versées à compter du 1^{er} janvier 2019.

Article 16

I. – La section 9 du chapitre VII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° L'article L. 137-15 est ainsi modifié :

a) Au 3°, après le mot : « emploi », sont insérés les mots : « et des indemnités mentionnées au 7° de l'article L. 1237-18-2 du code du travail et aux 5° et 7° de l'article L. 1237-19-1 du même code, » ;

b) Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Par dérogation au premier alinéa du présent article, ne sont pas assujetties à cette contribution les sommes versées au titre de la participation aux résultats de l'entreprise mentionnée au titre II du livre III de la troisième partie du code du travail et au titre de l'intéressement mentionné au titre I^{er} du même livre III ainsi que les versements des entreprises mentionnés au titre III dudit livre III quel que soit le support sur lequel ces sommes sont investies, dans les entreprises qui ne sont pas soumises à l'obligation de mettre en place un dispositif de participation des salariés aux résultats de l'entreprise prévue à l'article L. 3322-2 du même code.

« Par dérogation au premier alinéa du présent article, ne sont pas assujetties les entreprises qui emploient au moins cinquante salariés et moins de deux cent cinquante salariés pour les sommes versées au titre de l'intéressement mentionné au titre I^{er} du livre III de la troisième partie du code du travail. » ;

2° L'article L. 137-16 est ainsi modifié :

a) Le deuxième alinéa est complété par les mots : « sans préjudice de l'application des quatrième à dernier alinéas du présent article » ;

b) Les troisième et quatrième alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« Ce taux est fixé à 10 % pour les versements des entreprises prévus à l'article L. 3332-11 du code du travail lorsque l'entreprise abonde la contribution versée par le salarié ou la personne mentionnée à l'article L. 3332-2 du même code pour l'acquisition d'actions ou de certificats d'investissement émis par l'entreprise ou par une entreprise incluse dans le même périmètre de consolidation ou de combinaison des comptes au sens de l'article L. 3344-1 dudit code. »

II. – Le *b* du 1^o et le 2^o du I entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

Article 17

I. – Le IV de l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale est complété par un 10^o ainsi rédigé :

« 10^o Le produit de la contribution mentionnée à l'article L. 862-4-1. »

II. – Après l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 862-4-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 862-4-1.* – Il est institué une contribution à la prise en charge des modes de rémunération mentionnés au 13^o de l'article L. 162-5. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.

« Cette contribution est due par les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 en activité au 31 décembre de l'année au titre de laquelle la contribution est due.

« La contribution est assise sur l'ensemble des sommes versées au profit de ces organismes, au titre des cotisations d'assurance maladie complémentaire, selon les modalités définies au I et au dernier alinéa du II *bis* de l'article L. 862-4.

« Le taux de la contribution est fixé à 0,8 %.

« La contribution est recouvrée par l'organisme désigné pour le recouvrement de la taxe mentionnée au même article L. 862-4, concomitamment au recouvrement de cette même taxe, sous réserve d'aménagements prévus, le cas échéant, par décret en Conseil d'État. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions prévues au premier alinéa de l'article L. 862-5. »

III. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

IV. – La contribution prévue à l'article L. 862-4-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du II du présent article, est due pour les années 2019, 2020 et 2021. Le dispositif est prorogé annuellement, sauf disposition législative expresse prenant acte d'un nouveau dispositif conventionnel destiné au financement de la prise en charge des modes de rémunération mentionnés au 13^o de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

Article 18

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

1° L'article L. 133-5-6 est ainsi modifié :

a) À la fin du 1°, les mots : « , qui emploient moins de vingt salariés » sont supprimés ;

b) Au 2°, les mots : « Lorsqu'elles emploient moins de vingt salariés, » et les mots : « , quel que soit le nombre de leurs salariés, » sont supprimés ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 133-5-10, les mots : « organisme désigné » sont remplacés par les mots : « ou plusieurs organismes désignés » ;

3° Le chapitre III du titre IV du livre II est complété par une section 7 ainsi rédigée :

« Section 7

« Conservation des documents nécessaires au recouvrement ou au contrôle des cotisations et contributions sociales

« Art. L. 243-16. – Les documents ou pièces justificatives nécessaires à l'établissement de l'assiette ou au contrôle des cotisations et contributions sociales doivent être conservés pendant une durée au moins égale à six ans à compter de la date à laquelle les documents ou pièces ont été établis ou reçus.

« Lorsque les documents ou pièces sont établis ou reçus sur support papier, ils peuvent être conservés sur support informatique. Les modalités de numérisation des pièces et documents établis ou reçus sur support papier sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. » ;

4° À la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 244-2, les mots : « à l'employeur ou au travailleur indépendant » sont remplacés par les mots : « ou par tout moyen donnant date certaine à sa réception par l'employeur ou le travailleur indépendant » ;

5° L'article L. 613-5 est ainsi rédigé :

« Art. L. 613-5. – Les travailleurs indépendants sont tenus d'effectuer les déclarations pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales et de procéder au versement de celles-ci par voie dématérialisée. La

méconnaissance de ces obligations entraîne l'application des majorations prévues au II de l'article L. 133-5-5. »

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

1° L'article L. 712-2 est ainsi modifié :

a) Les mots : « et répondent aux conditions fixées à l'article L. 712-3 du présent code » sont supprimés ;

b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Le titre emploi-service agricole ne peut être utilisé qu'en France métropolitaine. » ;

2° L'article L. 712-3 est abrogé ;

3° Après l'article L. 724-7-1, il est inséré un article L. 724-7-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 724-7-2.* – L'article L. 243-16 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole. » ;

4° La première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 725-3 est complétée par les mots : « par lettre recommandée ou par tout moyen donnant date certaine de sa réception » ;

5° L'article L. 725-24 est ainsi modifié :

a) Le 1° du I est ainsi rédigé :

« 1° Le premier alinéa du I est ainsi rédigé :

« "I. – Les caisses de mutualité sociale agricole se prononcent de manière explicite sur toute demande d'une personne posant une question nouvelle et non dépourvue de caractère sérieux ayant pour objet de connaître l'application à une situation précise de la législation relative aux conditions d'affiliation aux régimes agricoles ou de la législation relative aux cotisations et contributions de sécurité sociale contrôlées par ces organismes." ; »

b) Le II est abrogé.

III. – Le I de l'article 42 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa du 2°, les mots : « de la communication à l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code » sont supprimés ;

2° À la première phrase du quatrième alinéa du même 2°, le mot : « reverse » est remplacé par le mot : « verse » ;

3° Le cinquième alinéa du même 2° est complété par deux phrases ainsi rédigées : « En cas de défaut de paiement par l'employeur des sommes mentionnées au troisième alinéa, celui-ci est exclu de la possibilité d'utiliser ce dispositif, dans des conditions fixées par décret. Dans ce cas, la créance de la rémunération due au salarié est transférée à l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 qui recouvre les sommes dues selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations de sécurité sociale assises sur les salaires. » ;

4° À la fin du second alinéa du 6°, la référence : « à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 531-8 » est remplacée par la référence : « au troisième alinéa de l'article L. 531-8 ».

IV. – Le II de l'article 14 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est ainsi modifié :

1° À la fin du *c* du 1°, les références : « , 2° ou 5° » sont remplacées par la référence : « ou 2° » ;

2° Le deuxième alinéa du 3° est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Le non-respect de l'obligation de procéder par voie dématérialisée à ces différentes formalités entraîne l'application de la sanction prévue en cas de défaut de production de la déclaration sociale nominative dans le décret pris en application de l'article L. 133-5-4. Toutefois, peuvent procéder aux formalités du présent article sur des supports papier les particuliers mentionnés à l'article L. 133-5-6 qui, en application de l'article 1649 *quater* B *quinquies* du code général des impôts, ne sont pas tenus d'effectuer par voie dématérialisée la déclaration prévue à l'article 170 du même code. » ;

3° Au début du troisième alinéa du même 3°, le mot : « Cette » est remplacé par le mot : « Toute » ;

4° Le dernier alinéa du même 3° est supprimé.

Article 19

L'article L. 243-7-1 A du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La durée de la période contradictoire peut être prolongée sur demande du cotisant reçue par l'organisme avant l'expiration du délai initial, à l'exclusion des situations où est mise en œuvre la procédure prévue à l'article L. 243-7-2 ou en cas de constat des infractions mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 8211-1 du code du travail. »

Article 20

I. – L'article 1635 *bis* AE du code général des impôts est ainsi modifié :

1° Les 3° et 4° du I sont complétés par un alinéa ainsi rédigé :

« Ne sont pas subordonnées au paiement du droit certaines modifications mineures de type IA mentionnées au 2 de l'article 2 du règlement (CE) n° 1234/2008 de la Commission du 24 novembre 2008 concernant l'examen des modifications des termes d'une autorisation de mise sur le marché de médicaments à usage humain et de médicaments vétérinaires portant sur des informations de nature administrative et technique et ne nécessitant pas une expertise scientifique. Un décret en Conseil d'État en fixe la liste ; »

2° Le c du II est ainsi rédigé :

« c) 60 000 € pour les demandes mentionnées au premier alinéa du 3°, au 4° et au 5° du I ; ».

II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019 et s'applique aux demandes déposées à compter de cette même date.

Article 21

I. – La section 2 du chapitre VIII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° L'article L. 138-10 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi modifié :

– les mots : « les chiffres d'affaires hors taxes réalisés » sont remplacés par les mots : « le chiffre d'affaires hors taxes réalisé » ;

– les mots : « ont respectivement évolué de plus d'un taux (Lv) ou d'un taux (Lh), déterminés » sont remplacés par les mots : « minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 du présent code, est supérieur à un montant M, déterminé » ;

– les mots : « par rapport aux mêmes chiffres d'affaires respectifs réalisés l'année précédente, minorés des remises mentionnées à l'article L. 138-13 et des contributions prévues au présent article, » sont supprimés ;

– à la fin, les mots : « des contributions liées à chacun de ces taux d'évolution » sont remplacés par les mots : « une contribution » ;

b) Le II est ainsi modifié :

– au début du 1^o, les mots : « S'agissant du taux (Lv) » sont supprimés ;

– le premier alinéa du 2^o est supprimé ;

– les *a*, *b* et *c* du même 2^o deviennent, respectivement, les 2^o, 3^o et 4^o ;

– les trois derniers alinéas sont supprimés ;

c) Le III est abrogé ;

2^o L'article L. 138-11 est ainsi modifié :

a) Le mot : « chaque » est remplacé par le mot : « la » ;

b) Les mots : « aux chiffres d'affaires respectifs de l'année civile mentionnés » sont remplacés par les mots : « au chiffre d'affaires de l'année civile mentionné » ;

c) À la fin, les mots : « après application, le cas échéant, des modalités de répartition définies aux 1^o et 2^o du III dudit article L. 138-10 » sont remplacés par les mots : « minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 » ;

d) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le Comité économique des produits de santé transmet directement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon des modalités

définies par décret, les montants des remises mentionnées au premier alinéa du présent article pour les entreprises redevables. » ;

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

a) Au premier alinéa, les mots : « chaque contribution » sont remplacés par les mots : « la contribution » ;

b) À la fin du même premier alinéa, les mots : « , en prenant comme taux (L) mentionné dans le tableau ci-dessous soit le taux (Lv) s'agissant du chiffre d'affaires des médicaments mentionnés au 1° du II de l'article L. 138-10, soit le taux (Lh) s'agissant du chiffre d'affaires des médicaments mentionnés au 2° du même II » sont supprimés ;

c) La première colonne du tableau du deuxième alinéa est ainsi modifiée :

– au début de la première ligne, les mots : « taux d'accroissement du » sont supprimés ;

– aux première, deuxième, troisième et dernière lignes, la lettre : « T » est remplacée par les lettres : « CA » ;

– à la deuxième ligne, la première occurrence de la lettre : « L » est remplacée par la lettre : « M » ;

– aux deuxième et troisième lignes, les mots : « L + 0,5 point » sont remplacés par les mots : « M multiplié par 1,005 » ;

– aux troisième et dernière lignes, les mots : « L + 1 point » sont remplacés par les mots : « M multiplié par 1,01 » ;

d) Le troisième alinéa est ainsi modifié :

– au début de la première phrase, les mots : « chaque contribution » sont remplacés par les mots : « La contribution » ;

– à la même première phrase, les mots : « à concurrence de 50 %, », « respectif » et, à la fin, « et, à concurrence de 50 %, en fonction de la progression de son chiffre d'affaires défini à l'article L. 138-10 » sont supprimés ;

– la dernière phrase est supprimée ;

e) Au dernier alinéa, les mots : « des contributions dues » sont remplacés par les mots : « de la contribution due » ;

4° L'article L. 138-13 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, les quatre occurrences du mot : « chaque » sont remplacées par le mot : « la » ;

b) Aux première et seconde phrase du second alinéa, les deux occurrences du mot : « chaque » sont remplacées par le mot : « la » ;

5° À l'article L. 138-14, le mot : « chaque » est remplacé par le mot : « la » ;

6° L'article L. 138-15 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– au début, les mots : « Les contributions dues » sont remplacés par les mots : « La contribution due » ;

– le mot : « font » est remplacé par le mot : « fait » ;

– à la fin, les mots : « les contributions sont dues » sont remplacés par les mots : « la contribution est due » ;

b) À la première phrase du second alinéa, les deux occurrences du mot : « chaque » sont remplacées par le mot : « la » et le mot : « respectif » est supprimé.

II. – Pour l'année 2019, le montant M mentionné à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale est égal à 1,005 multiplié par le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année 2018 en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des médicaments mentionnés au II du même article L. 138-10 par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 du code de la sécurité sociale dues au titre de l'année 2018 et du montant S.

Le montant S est égal à la contribution qui aurait été due, au titre de l'année 2018, par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques en application de l'article L. 138-10 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi. Pour calculer ce montant S au titre de l'année 2018, le montant M mentionné au même article L. 138-10 est fixé à 1,005 multiplié par le chiffre d'affaires hors

taxes réalisé au cours de l'année 2017 en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des médicaments mentionnés au II dudit article L. 138-10 par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-13, L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 du code de la sécurité sociale et des contributions mentionnées à l'article L. 138-10 du même code dues au titre de l'année 2017.

III. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

Article 22

I. – L'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi rédigé :

« I. – Les cotisations de sécurité sociale dues par les travailleurs indépendants non agricoles ne relevant pas du dispositif prévu à l'article L. 613-7 sont assises sur une assiette nette constituée du montant des revenus d'activité indépendante à retenir, sous réserve des dispositions des II à IV du présent article, pour le calcul de l'impôt sur le revenu, diminuée du montant de cotisations calculé selon les modalités fixées au V. » ;

2° Le II est ainsi modifié :

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

« II. – Les revenus mentionnés au I sont établis avant déduction au titre de l'impôt sur le revenu des sommes suivantes : » ;

b) Les *a*, *b*, *c*, *d* et *e* deviennent, respectivement, les 1°, 2°, 3°, 4° et 5° ;

c) Le *f* est remplacé par un 6° ainsi rédigé :

« 6° Les cotisations versées à des régimes obligatoires, de base ou complémentaires, de sécurité sociale et les autres sommes mentionnées au I de l'article 154 *bis* du même code. » ;

3° Après le *f* du même II, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« III. – Les revenus mentionnés au I comprennent en outre : » ;

4° Les 2°, 3° et 4° dudit II deviennent, respectivement, les 1°, 2° et 3° ;

5° Le III devient le IV ;

6° Au premier alinéa du III, les mots : « de l'assiette prévue » sont remplacés par les mots : « des revenus mentionnés » ;

7° Il est ajouté un V ainsi rédigé :

« V. – Le montant de cotisations mentionné au I est égal au produit du montant des revenus établi en application des II à IV et de la somme des taux de cotisations en vigueur l'année au titre de laquelle les cotisations sont dues, applicables pour l'assiette nette mentionnée au I, rapporté à cette même somme de taux de cotisations augmentée de un.

« En vue de l'établissement des comptes des travailleurs indépendants dont le bénéfice est déterminé en application des articles 38 et 93 A du code général des impôts, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code communiquent à l'issue de la déclaration des revenus énumérés aux II et III du présent article le montant de cotisations calculé selon les modalités fixées au premier alinéa du présent V. Ces organismes mettent en place, avec le concours des organismes mentionnés aux articles L. 641-2, L. 641-5 et L. 651-1, un téléservice permettant de procéder à tout moment à ce calcul. »

II. – Le premier alinéa de l'article L. 136-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase, après le mot : « dispositions », sont insérés les mots : « des II à IV » ;

2° À la seconde phrase, les mots : « cotisations personnelles de sécurité sociale mentionnées à l'article 154 *bis* du code général des impôts ainsi que les » sont supprimés.

III. – Au premier alinéa du XVII de l'article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, la date : « 30 juin 2019 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2019 ».

IV. – Les I et II entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

Article 23

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

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

« *Art. L. 133-4-2.* – I. – Le bénéfice de toute mesure de réduction ou d'exonération, totale ou partielle, de cotisations de sécurité sociale, de contributions dues aux organismes de sécurité sociale ou de cotisations ou contributions mentionnées au I de l'article L. 241-13 est supprimé en cas de constat des infractions mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 8211-1 du code du travail.

« II. – Lorsque l'infraction est constatée par procès-verbal dans les conditions déterminées aux articles L. 8271-1 à L. 8271-19 du même code, l'organisme de recouvrement procède, dans la limite de la prescription applicable à l'infraction, à l'annulation des réductions et exonérations des cotisations ou contributions mentionnées au I du présent article.

« III. – Par dérogation aux I et II du présent article et sauf dans les cas mentionnés au second alinéa du I de l'article L. 243-7-7, lorsque la dissimulation d'activité ou de salarié résulte uniquement de l'application du II de l'article L. 8221-6 du code du travail ou qu'elle représente une proportion limitée de l'activité, l'annulation des réductions et exonérations de cotisations de sécurité sociale ou de contributions est partielle.

« Dans ce cas, la proportion des réductions et exonérations annulées est égale au rapport entre le double des rémunérations éludées et le montant des rémunérations, soumises à cotisations de sécurité sociale, versées à l'ensemble du personnel par l'employeur, sur la période concernée, dans la limite de 100 %.

« IV. – Un décret en Conseil d'État détermine les conditions dans lesquelles la dissimulation peut, au regard des obligations mentionnées aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail, être considérée comme limitée pour l'application du III du présent article, sans que la proportion de l'activité dissimulée puisse excéder 10 % de l'activité. » ;

2° L'article L. 243-7-7 est ainsi modifié :

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

b) Après le deuxième alinéa, sont insérés des II et III ainsi rédigés :

« II. – Sauf dans les cas mentionnés au III, la personne contrôlée peut bénéficier d'une réduction de dix points du taux de ces majorations de redressement si, dans un délai de trente jours à compter de la notification de la mise en demeure, elle procède au règlement intégral des cotisations,

pénalités et majorations de retard notifiées ou si, dans le même délai, elle a présenté un plan d'échelonnement du paiement au directeur de l'organisme et que ce dernier l'a accepté.

« Cette réduction est notifiée par le directeur de l'organisme une fois le paiement intégral constaté.

« III. – En cas de nouvelle constatation de travail dissimulé dans les cinq ans suivant la notification d'une première constatation pour travail dissimulé ayant donné lieu à redressement auprès de la même personne morale ou physique, la majoration est portée à :

« 1° 45 %, lorsque la majoration de redressement prononcée lors de la constatation de la première infraction était de 25 % ;

« 2° 60 %, lorsque la majoration de redressement prononcée lors de la constatation de la première infraction était de 40 %. » ;

c) Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « IV. – ».

II. – Le présent article s'applique aux opérations de contrôle engagées à compter du 1^{er} janvier 2019. Toutefois, le III de l'article L. 133-4-2 et le II de l'article L. 243-7-7 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction résultant du présent article s'appliquent aux procédures de contrôle en cours au 1^{er} janvier 2019 ainsi qu'à toute annulation de réductions ou d'exonérations de cotisations de sécurité sociale ou de contributions n'ayant pas donné lieu à une décision de justice ayant un caractère irrévocable.

Article 24

Dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la fraude patronale aux cotisations sociales.

Article 25

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

1° Le deuxième alinéa de l'article L. 114-6 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Pour l'établissement des comptes combinés, le directeur comptable et financier de l'organisme national identifie et enregistre celles des écritures d'inventaire comptables, afférentes aux opérations des

organismes de base et établies à partir d'estimations, ayant vocation à être retracées dans les comptes de l'organisme national. » ;

2° Le chapitre IV *ter* du titre I^{er} du livre I^{er} est ainsi modifié :

a) L'intitulé est ainsi rédigé : « Dispositifs de contrôle et relatifs à la lutte contre la fraude » ;

b) Au début, est ajoutée une section 1 ainsi rédigée :

« *Section 1*

« ***Contrôle interne***

« *Art. L. 114-8-1.* – Le directeur et le directeur comptable et financier d'un organisme de sécurité sociale conçoivent et mettent en place conjointement un plan de contrôle interne dont l'objet est d'assurer la maîtrise des risques de toute nature, notamment financiers, inhérents aux missions confiées à cet organisme. Ils élaborent et mettent en œuvre les plans d'action permettant de remédier aux déficiences constatées et d'améliorer l'efficacité de la gestion des missions de leurs organismes. » ;

c) Est ajoutée une section 2 intitulée : « Contrôles et lutte contre la fraude » qui comprend les articles L. 114-9 à L. 114-22-1 ;

3° L'intitulé du chapitre II du titre II du livre I^{er} est ainsi rédigé : « Directeur et directeur comptable et financier » ;

4° Après le premier alinéa de l'article L. 122-2, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Le directeur comptable et financier veille à la cohérence des données issues de la comptabilité et des données d'exécution des budgets de gestion et de leur analyse au regard des objectifs votés par le Parlement en loi de financement de la sécurité sociale.

« Le directeur comptable et financier établit, sur la base des résultats des opérations de contrôle interne, la synthèse des risques financiers majeurs auxquels l'organisme est exposé et des conditions dans lesquelles ces risques sont maîtrisés. » ;

5° L'intitulé de la section 2 du chapitre III du même titre II est ainsi rédigé : « Agents de direction et directeurs comptables et financiers » ;

6° La seconde phrase du 1° des articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 223-1 est ainsi modifiée :

a) Le mot : « consolidés » est remplacé par le mot : « combinés » ;

b) Après le mot : « règlement », sont insérés les mots : « et la comptabilisation » ;

7° Au 3° de l'article L. 225-1-1, après le mot : « loi », sont insérés les mots : « ou, pour les régimes obligatoires de sécurité sociale, par décret » ;

8° L'article L. 225-1-4 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est complété par les mots : « consentir, contre rémunération » ;

b) Au début du 1°, les mots : « Consentir, contre rémunération, » sont supprimés ;

c) Au 2°, au début, les mots : « À titre exceptionnel et contre rémunération, consentir » et, à la fin, les mots : « , dans la limite du montant prévisionnel des flux financiers de l'année en cours entre l'agence et le régime, l'organisme ou le fonds concerné » sont supprimés ;

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

« 3° Sans préjudice de l'exercice par l'agence des missions prévues aux 1° et 2°, des avances d'une durée inférieure à un mois aux organismes, dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, dont elle centralise des recettes ou pour le compte desquels elle assure le recouvrement de tout ou partie des cotisations et contributions. » ;

e) À la première phrase du dernier alinéa, les références : « aux 1° et 2° » sont remplacées par la référence : « au présent article » ;

9° À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 114-6, au troisième alinéa, deux fois, ainsi qu'aux quatrième et avant-dernier alinéas de l'article L. 122-2, aux deux dernières phrases du premier alinéa de l'article L. 122-3, à la première phrase, deux fois, et à la seconde phrase de l'article L. 122-9, à la première phrase de l'article L. 216-6, à la première phrase du deuxième alinéa des articles L. 217-3 et L. 217-3-1, à l'article L. 217-6, au neuvième alinéa de l'article L. 224-5-1 et à la fin du 2° de

l'article L. 224-5-2, les mots : « l'agent comptable » sont remplacés par les mots : « le directeur comptable et financier » ;

10° Au début du premier alinéa et de la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 122-2, du second alinéa de l'article L. 281-2 ainsi que du III de l'article L. 641-3-1, les mots : « L'agent comptable » sont remplacés par les mots : « Le directeur comptable et financier » ;

11° À la première phrase du premier alinéa et, deux fois, du dernier alinéa de l'article L. 122-3, au second alinéa de l'article L. 122-7 et au premier alinéa de l'article L. 123-2, les mots : « de l'agent comptable » sont remplacés par les mots : « du directeur comptable et financier » ;

12° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 382-2, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, les mots : « de l'agent comptable » sont remplacés par les mots : « du directeur comptable et financier » ;

13° À la seconde phrase du dernier alinéa de l'article L. 122-2, à la fin de la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 122-3, au second alinéa de l'article L. 122-7, au premier alinéa des articles L. 123-1 et L. 123-3, au premier alinéa, aux première et seconde phrases du troisième alinéa et à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 217-3, au premier alinéa de l'article L. 217-3-1, au troisième alinéa de l'article L. 217-5 et au second alinéa du I de l'article L. 641-7, les mots : « agents comptables » sont remplacés par les mots : « directeurs comptables et financiers » ;

14° À la fin du premier alinéa de l'article L. 122-1 et au second alinéa du I de l'article L. 641-7, les mots : « agent comptable » sont remplacés par les mots : « directeur comptable et financier » ;

15° À l'article L. 217-4, les mots : « d'agents comptables » sont remplacés par les mots : « de directeurs comptables et financiers » ;

16° À la fin du V de l'article L. 228-1, les mots : « agent comptable » sont remplacés par les mots : « de son directeur comptable et financier » ;

17° Au second alinéa de l'article L. 641-3, le mot : « comptable » est remplacé, deux fois, par les mots : « directeur comptable et financier ».

II. – L'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité,

invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi modifiée :

1° À la première phrase de l'article 25-1, les mots : « de l'agent comptable » sont remplacés par les mots : « du directeur comptable et financier » ;

2° Au VI de l'article 26, la référence : « et L. 114-6-1 » est remplacée par les références : « , L. 114-6-1 et L. 114-8-1 ».

III. – Au *b* du 4° du XVI de l'article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, l'année : « 2020 » est remplacée par l'année : « 2019 ».

TITRE II

CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 26

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

1° Le dernier alinéa de l'article L. 131-7 est complété par les mots : « , et à l'exonération prévue à l'article L. 241-17 » ;

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

a) Le 1° est ainsi modifié :

– à la fin du deuxième alinéa, le taux : « 38,48 % » est remplacé par le taux : « 44,97 % » ;

– au troisième alinéa, le taux : « 48,87 % » est remplacé par le taux : « 35,24 % » ;

– à la fin du dernier alinéa, le taux : « 12,65 % » est remplacé par le taux : « 9,79 % » ;

– il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« – à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, pour une fraction correspondant à 10,01 % ; »

b) Le 3° est ainsi rétabli :

« 3° Le produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° du I et aux II et III de l'article L. 136-8 du présent code est versé :

« a) À la Caisse nationale des allocations familiales, pour la part correspondant à un taux de 0,95 % ;

« b) Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime pour la contribution sur les revenus d'activité ou, pour la contribution assise sur les autres revenus, à la Caisse nationale de l'assurance maladie ou, lorsqu'un régime n'est pas intégré financièrement au sens de l'article L. 134-4, à ce même régime, dans des conditions fixées par décret et pour la part correspondant à un taux de :

« - 5,95 % pour la contribution mentionnée au 1° du I de l'article L. 136-8 ;

« - 7,35 % pour la contribution mentionnée au 3° du même I ;

« - 4,65 % pour les revenus mentionnés au 1° du II du même article L. 136-8 ;

« - 5,03 % pour les revenus mentionnés au 2° du même II ;

« - 2,25 % pour les revenus mentionnés au III du même article L. 136-8 ;

« c) À la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, pour la part correspondant au taux de 0,60 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I de l'article L. 136-8 du présent code, pour laquelle le taux est fixé à 0,30 % ;

« d) À l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail pour la contribution sur les revenus d'activité mentionnée au 1° du I de l'article L. 136-8 du présent code, pour la part correspondant à un taux de 1,47 % ;

« e) Au fonds mentionné à l'article L. 135-1 pour la contribution sur les revenus de remplacement mentionnée au 2° du II de l'article L. 136-8, pour la part correspondant à un taux de 1,72 % ;

« f) À la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour les contributions mentionnées au 1° du I de l'article L. 136-8, pour la part correspondant à un taux de 0,23 % ; »

c) Après le même 3°, sont insérés des 3° *bis* et 3° *ter* ainsi rédigés :

« 3° *bis* Le produit des contributions mentionnées au 2° du I de l'article L. 136-8 est versé :

« a) Au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour la part correspondant à un taux de 8,6 % ;

« b) À la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour la part correspondant à un taux de 0,60 % ;

« 3° *ter* Le produit de la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 est ainsi réparti :

« a) À la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 pour 18 % ;

« b) À la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 pour 82 % ; »

d) Au 5°, les références : « L. 137-18 et L. 137-19 » sont remplacées par la référence : « et L. 137-18 » ;

3° L'article L. 135-3 est ainsi rédigé :

« Art. L. 135-3. – Les recettes du fonds sont constituées par une fraction du produit de la contribution sociale généralisée, dans les conditions prévues à l'article L. 131-8. » ;

4° Au deuxième alinéa du 2 de l'article L. 136-6-1, les mots : « , des prélèvements prévus à l'article 1600-0 S du code général des impôts et à l'article L. 245-14 du présent code et de la contribution additionnelle prévue à l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles » sont remplacés par les mots : « et du prélèvement prévu au 1° du I de l'article 235 *ter* du code général des impôts » ;

5° Après le I *bis* de l'article L. 136-6, il est inséré un I *ter* ainsi rédigé :

« I *ter*. – Par dérogation aux I et I *bis*, ne sont pas redevables de la contribution les personnes qui, par application des dispositions du règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, relèvent en matière

d'assurance maladie d'une législation soumise à ces dispositions et qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire de sécurité sociale français.

« Pour l'application du premier alinéa du présent *I ter* aux gains mentionnés à l'article 150-0 B *bis* du code général des impôts et aux plus-values mentionnées au I de l'article 150-0 B *ter* du même code, la condition d'affiliation à un autre régime obligatoire de sécurité sociale s'apprécie à la date de réalisation de ces gains ou plus-values. » ;

6° Après le *I bis* de l'article L. 136-7, il est inséré un *I ter* ainsi rédigé :

« *I ter.* – Par dérogation aux I et *I bis*, ne sont pas redevables de la contribution les personnes qui, par application des dispositions du règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, relèvent en matière d'assurance maladie d'une législation soumise à ces dispositions et qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire de sécurité sociale français.

« L'établissement payeur mentionné au 1 du IV ne prélève pas la contribution assise sur les revenus de placement dès lors que les personnes titulaires de ces revenus justifient, selon des modalités définies par décret, des conditions définies au premier alinéa du présent *I ter*.

« En cas de prélèvement indu par l'établissement payeur, ce dernier peut restituer le trop-perçu à la personne concernée et régulariser l'opération sur sa déclaration ou la personne concernée peut solliciter auprès de l'administration fiscale la restitution de la contribution prélevée par l'établissement payeur.

« La contribution assise sur les plus-values mentionnées au 2° du I n'est pas due dès lors que les personnes titulaires de ces plus-values justifient, selon des modalités définies par décret, des conditions définies au premier alinéa du présent *I ter.* » ;

7° L'article L. 136-8 est ainsi modifié :

a) Au 2° du I, le taux : « 9,9 % » est remplacé par le taux : « 9,2 % » ;

b) Les IV, IV *bis* et V sont abrogés ;

c) Le 1 du VI est complété par la référence : « et à l'article L. 131-8 » ;

8° Au début du premier alinéa de l'article L. 138-21, les mots : « Les contributions et prélèvements sociaux définis aux articles L. 136-7 et

L. 245-15 du présent code, au 2° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles pour son renvoi à l'article L. 245-15 du présent code, au 2° du I de l'article 1600-0 S » sont remplacés par les mots : « Les prélèvements définis à l'article L. 136-7 du présent code, à l'article 235 *ter* » ;

9° À la fin du 9° du IV de l'article L. 241-2, la référence : « 4° du IV de l'article L. 136-8 » est remplacée par la référence : « *b* du 3° de l'article L. 131-8 » ;

10° À la fin du 4° de l'article L. 241-6, les mots : « , L. 136-7-1, L. 245-14 et L. 245-15, dans les conditions fixées aux articles L. 136-8 et L. 245-16 » sont remplacés par les mots : « et L. 136-7-1, dans les conditions fixées à l'article L. 131-8 » ;

11° La section 5 du chapitre V du titre IV du livre II est abrogée.

II. – Le chapitre X du titre IV du livre I^{er} du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

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

a) Le 2° est abrogé ;

b) Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Une fraction du produit de la contribution sociale généralisée, dans les conditions fixées à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, et répartie entre les sections mentionnées à l'article L. 14-10-5 du présent code par arrêté conjoint des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées, de la sécurité sociale et du budget pris après avis du conseil mentionné à l'article L. 14-10-3 ; »

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

a) Le *a* du 1 du I est ainsi modifié :

– les mots : « des contributions visées aux 1° et 2° » sont remplacés par les mots : « de la contribution mentionnée au 1° » ;

– après la seconde occurrence de la référence : « L. 14-10-4 », sont insérés les mots : « , une fraction d'au moins 1,8 % du produit mentionné au 3° dudit article L. 14-10-4 » ;

b) Le *a* du 2 du même I est ainsi modifié :

– les mots : « des contributions visées aux 1° et 2° » sont remplacés par les mots : « de la contribution mentionnée au 1° » ;

– après la seconde occurrence de la référence : « L. 14-10-4 », sont insérés les mots : « , une fraction d'au moins 7,1 % du produit mentionné au 3° du même article L. 14-10-4 » ;

c) Au dernier alinéa du même I, la référence : « 2° » est remplacée par la référence : « 3° » ;

d) Le *a* du 1° du II est ainsi modifié :

– les mots : « des contributions mentionnées aux 1° et 2° » sont remplacés par les mots : « de la contribution mentionnée au 1° » ;

– les mots : « comprise entre 74 % et 82 % » sont remplacés par les mots : « d'au moins 64,3 % » ;

e) Le *a* du III est ainsi modifié :

– les mots : « des contributions visées aux 1° et 2° » sont remplacés par les mots : « de la contribution mentionnée au 1° » ;

– sont ajoutés les mots : « et une fraction d'au moins 4,6 % du produit mentionné au 3° du même article L. 14-10-4. » ;

f) Au *a* du 1° du IV, les mots : « comprise entre 4 % et 10 % » sont remplacés par les mots : « d'au moins 1,27 % » ;

g) Au *b* du même 1°, au début, les mots : « Une part de la fraction » sont remplacés par les mots : « Une part des fractions », la référence : « 2° » est remplacée par la référence : « 3° » et, à la fin, les mots : « de cette fraction » sont remplacés par les mots : « de ces fractions » ;

h) Il est ajouté un VIII ainsi rédigé :

« VIII. – Les sections mentionnées aux IV et V peuvent contribuer 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 handicapées. » ;

3° Au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, la référence : « 2° » est remplacée par la référence : « 3° ».

III. – Le livre I^{er} du code général des impôts est ainsi modifié :

1° À la fin de la première phrase du 1° du IV de l'article 150-0 B *quinquies*, les mots : « et des prélèvements sociaux » sont remplacés par les mots : « , des prélèvements prévus au 1° du I de l'article 235 *ter*, à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale et à l'article 15 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement la dette sociale » ;

2° Au *a* du 5 du VIII de l'article 167 *bis*, les mots : « prélèvements sociaux » sont remplacés par les mots : « les prélèvements prévus à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale et à l'article 15 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement la dette sociale puis sur le prélèvement prévu au 1° du I de l'article 235 *ter* » ;

3° La section VIII du chapitre III du titre I^{er} de la première partie est ainsi rétablie :

« *Section VIII*

« ***Prélèvements de solidarité sur les revenus du patrimoine et les produits de placement***

« *Art. 235 ter. – I. – Il est institué :*

« 1° Un prélèvement de solidarité sur les revenus du patrimoine mentionnés à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale ;

« 2° Un prélèvement de solidarité sur les produits de placement mentionnés à l'article L. 136-7 du même code.

« II. – Le prélèvement de solidarité mentionné au 1° du I du présent article est assis, contrôlé et recouvré selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que la contribution mentionnée à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale, sans qu'il soit fait application du I *ter* du même article L. 136-6.

« Le prélèvement de solidarité mentionné au 2° du I du présent article est assis, contrôlé et recouvré selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que la contribution mentionnée à l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale, sans qu'il soit fait application du I *ter* du même article L. 136-7.

« III. – Le taux des prélèvements de solidarité mentionnés au I est fixé à 7,5 %. » ;

4° Les articles 1600-0 F *bis* et 1600-0 S sont abrogés.

IV. – Le titre III du livre VII du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° Au 5° de l'article L. 731-2, le taux : « 55,77 % » est remplacé par le taux : « 53,08 % » ;

2° Au troisième alinéa de l'article L. 732-58, le taux : « 4,18 % » est remplacé par le taux : « 6,87 % ».

V. – L'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifiée :

1° Le premier alinéa du I de l'article 15 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « définis au I » sont remplacés par les mots : « désignés aux I et I *bis* » et, à la fin, les mots : « physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « redevables de la contribution prévue au même article L. 136-6 » ;

b) La seconde phrase est supprimée ;

2° La première phrase du I de l'article 16 est complétée par les mots : « et de ceux perçus par les personnes mentionnées au I *ter* du même article L. 136-7 ».

VI. – À la fin du F du II de l'article 28 de la loi n° 2017-1775 du 28 décembre 2017 de finances rectificative pour 2017, les mots : « des prélèvements prévus à l'article 1600-0 S du code général des impôts et à l'article L. 245-15 du code de la sécurité sociale, de la contribution additionnelle prévue à l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles et, le cas échéant, de la taxe mentionnée à l'article 1609 *nonies* G du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « du prélèvement prévu au 2° du I de l'article 235 *ter* du code général des impôts et, le cas échéant, de la taxe mentionnée à l'article 1609 *nonies* G du même code ».

VII. – Au deuxième alinéa du M du II de l'article 60 de la loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017, les mots : « , des prélèvements prévus à l'article 1600-0 S du code général des impôts et à l'article L. 245-14 du code de la sécurité sociale et de la contribution additionnelle prévue à l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des

familles » sont remplacés par les mots : « et du prélèvement prévu au 1° du I de l'article 235 *ter* du code général des impôts ».

VIII. – Le III de l'article 9 de la loi n° 2013-1279 du 29 décembre 2013 de finances rectificative pour 2013 est ainsi modifié :

1° La référence : « 1600-0 S » est remplacée par la référence : « 235 *ter* » ;

2° Les références : « , L. 136-7, L. 245-14 et L. 245-15 du code de la sécurité sociale, » sont remplacées par la référence : « et L. 136-7 du code de la sécurité sociale et » ;

3° La référence : « et du 2° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles » est supprimée.

IX. – Pour l'année 2019, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie contribue à la réforme du financement des services qui apportent au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie dans la limite de 50 millions d'euros prélevés sur ses ressources et dans des conditions définies par voie réglementaire. La section mentionnée au IV de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles retrace cette somme en charges.

X. – La part des contributions à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4 du code de la sécurité sociale, donnant lieu à la réduction prévue à l'article L. 241-13 du même code, fait l'objet d'une prise en charge par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale pour les montants correspondant au niveau de la réduction sur les cotisations recouvrées.

Les montants correspondant à cette prise en charge sont versés aux régimes mentionnés à l'article L. 921-4 dudit code après transmission par ces derniers des justificatifs nécessaires à leur établissement.

La branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du même code assure l'équilibre financier de l'agence au titre de cette mission.

XI. – En 2019, les contributions mentionnées au 1° de l'article L. 5422-9 du code du travail, donnant lieu à la réduction prévue à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, font l'objet d'une prise en charge par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale pour les montants correspondant au niveau de la réduction sur les cotisations recouvrées.

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la notification et le versement des contributions encaissées à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail, sans tenir compte de la part de la réduction imputée sur celles-ci.

La prise en charge de la part exonérée des cotisations recouvrées en application des *a, b, d, e et f* du même article L. 5427-1 et par l'organisme mentionné à l'article L. 133-9 du code de la sécurité sociale est centralisée, sur la base des informations transmises par les organismes chargés du recouvrement de ces contributions, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, qui reverse les montants et notifie les produits correspondants à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail.

Les branches mentionnées à l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale assurent l'équilibre financier de l'agence au titre de cette mission, selon une répartition fixée par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en fonction des soldes prévisionnels des branches.

XII. – Le III de l'article 9 de la loi n° 2017-1836 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est abrogé.

XIII. – Lorsque le plafond prévu au I de l'article 46 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012 mentionné au *c* de l'article 1001 du code général des impôts, dans sa rédaction résultant de la loi n° *du* de finances pour 2019, n'est pas atteint, l'affectation prévue au même *c* est complétée au titre des années 2019 à 2021, dans la limite de ce plafond, par un prélèvement sur la fraction définie au *b* du même article 1001.

XIV. – A. – Les dispositions des I à VIII, X et XI du présent article s'appliquent :

1° Sous les réserves et dans les conditions définies aux 2° à 6° du présent A, aux faits générateurs d'imposition intervenant à compter du 1^{er} janvier 2019 ;

2° À compter de l'imposition des revenus de l'année 2018 pour les prélèvements assis sur les revenus mentionnés à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale, sous réserve du II de l'article 34 de la loi n° 2016-1918 du 29 décembre 2016 de finances rectificative pour 2016 ;

3° À compter de l'imposition des revenus de l'année 2019 pour le prélèvement prévu à l'article L. 136-6-1 du code de la sécurité sociale ;

4° Sauf en ce qui concerne les 5° et 6° du I du présent article, aux produits mentionnés au D du V de l'article 8 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 acquis ou constatés à compter du 1^{er} janvier 2019 ;

5° En ce qui concerne les 3° et 4° du III du présent article, aux transferts de domicile fiscal hors de France intervenus à compter du 1^{er} janvier 2018 ;

6° Pour l'application du 5° du I du présent article aux gains mentionnés à l'article 150-0 B *bis* du code général des impôts et aux plus-values mentionnées au I de l'article 150-0 B *ter* du même code, aux gains et plus-values placés en report d'imposition à compter du 1^{er} janvier 2018.

B. – Les dispositions des I à VIII, X et XI du présent article, à l'exception des 5° et 6° du I, ne s'appliquent pas aux produits visés aux C et D du V de l'article 8 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 précitée acquis ou constatés avant le 1^{er} janvier 2019.

C. – Nonobstant les A et B du présent XIV, le produit des prélèvements prévus à l'article 1600-0 S du code général des impôts, aux articles L. 245-14 et L. 245-15 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, dans leurs rédactions antérieures à la présente loi, ainsi que des contributions additionnelles prévues au III de l'article L. 262-24 du code de l'action sociale et des familles dans sa rédaction résultant de l'article 3 de la loi n° 2008-1249 du 1^{er} décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion est affecté dans les mêmes conditions que celles prévues pour les prélèvements mentionnés à l'article 235 *ter* du code général des impôts, dans sa rédaction résultant de la présente loi.

XV. – Les plus-values mentionnées au I de l'article 150-0 B *ter* du code général des impôts résultant d'opérations d'apports réalisées à compter du 1^{er} janvier 2019 sont soumises aux contributions mentionnées à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale et à l'article 15 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale et au prélèvement prévu au 1° du I de l'article 235 *ter* du code général des impôts selon leur taux en vigueur l'année de réalisation de ces plus-values.

XVI. – À compter du 1^{er} janvier 2020, l'article L. 131-8 code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 1° est ainsi modifié :

a) À la fin du deuxième alinéa, le taux : « 44,97 % » est remplacé par le taux : « 51,73 % » ;

b) À la fin du troisième alinéa, le taux : « 35,24 % » est remplacé par le taux : « 19,28 % » ;

c) À la fin de l'avant-dernier alinéa, le taux : « 9,79 % » est remplacé par le taux : « 18,98 % » ;

d) À la fin du dernier alinéa, le taux : « 10,01 % » est remplacé par le taux : « 10,02 % » ;

2° Le 3° est ainsi modifié :

a) Le *b* est ainsi modifié :

– au deuxième alinéa, le taux : « 5,95 % » est remplacé par le taux : « 5,84 % » ;

– au quatrième alinéa, le taux : « 4,65 % » est remplacé par le taux : « 4,54 % » ;

– à l'avant dernier alinéa, le taux : « 5,03 % » est remplacé par le taux : « 4,87 % » ;

– au dernier alinéa, le taux : « 2,25 % » est remplacé par le taux : « 2,14 % » ;

b) Au *c*, le taux : « 0,60 % » est remplacé par le taux : « 0,71 % » ;

c) À la fin du *e*, le taux : « 1,72 % » est remplacé par le taux : « 1,77 % » ;

3° Le 3° *bis* est ainsi modifié :

a) À la fin du *a*, le taux : « 8,6 % » est remplacé par le taux : « 8,49 % » ;

b) À la fin du *b*, le taux : « 0,60 % » est remplacé par le taux : « 0,71 % ».

XVII. – À compter du 1^{er} janvier 2021, l'article L. 131-8 code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 1° est ainsi modifié :

a) À la fin du deuxième alinéa, le taux : « 51,73 % » est remplacé par le taux : « 51,16 % » ;

b) À la fin du troisième alinéa, le taux : « 19,28 % » est remplacé par le taux : « 12,13 % » ;

c) À la fin de l'avant-dernier alinéa, le taux : « 18,98 % » est remplacé par le taux : « 26,69 % » ;

2° Le 3° est ainsi modifié :

a) Le *b* est ainsi modifié :

– au deuxième alinéa, le taux : « 5,84 % » est remplacé par le taux : « 5,72 % » ;

– au quatrième alinéa, le taux : « 4,54 % » est remplacé par le taux : « 4,42 % » ;

– à l'avant-dernier alinéa, le taux : « 4,87 % » est remplacé par le taux : « 4,69 % » ;

– au dernier alinéa, le taux : « 2,14 % » est remplacé par le taux : « 2,02 % » ;

b) Au *c*, le taux : « 0,71 % » est remplacé par le taux : « 0,83 % » ;

c) Au *e*, le taux : « 1,77 % » est remplacé par le taux : « 1,83 % » ;

3° Le 3° *bis* est ainsi modifié :

a) À la fin du *a*, le taux : « 8,49 % » est remplacé par le taux : « 8,37 % » ;

b) À la fin du *b*, le taux : « 0,71 % » est remplacé par le taux : « 0,83 % ».

XVIII. – À compter du 1^{er} janvier 2022, l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 1° est ainsi modifié :

a) À la fin du deuxième alinéa, le taux : « 51,16 % » est remplacé par le taux : « 50,94 % » ;

b) À la fin du troisième alinéa, le taux : « 12,13 % » est remplacé par le taux : « 8,89 % » ;

c) À la fin de l'avant-dernier alinéa, le taux : « 26,69 % » est remplacé par le taux : « 30,15 % » ;

2° Le 3° est ainsi modifié :

a) Le *b* est ainsi modifié :

– au deuxième alinéa, le taux : « 5,72 % » est remplacé par le taux : « 5,62 % » ;

– au quatrième alinéa, le taux : « 4,42 % » est remplacé par le taux : « 4,32 % » ;

– à l'avant-dernier alinéa, le taux : « 4,69 % » est remplacé par le taux : « 4,54 % » ;

– au dernier alinéa, le taux : « 2,02 % » est remplacé par le taux : « 1,92 % » ;

b) Au *c*, le taux : « 0,83 % » est remplacé par le taux : « 0,93 % » ;

c) Au *e*, le taux : « 1,83 % » est remplacé par le taux : « 1,88 % » ;

3° Le 3° *bis* est ainsi modifié :

a) À la fin du *a*, le taux : « 8,37 % » est remplacé par le taux : « 8,27 % » ;

b) À la fin du *b*, le taux : « 0,83 % » est remplacé par le taux : « 0,93 % ».

XIX. – Par dérogation à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, les exonérations prévues au *I ter* des articles L. 136-6 et L. 136-7 du même code ne donnent pas lieu à compensation à la sécurité sociale.

Article 27

L'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifiée :

1° Après le II *sexies* de l'article 4, il est inséré un II *septies* ainsi rédigé :

« *II septies*. – La couverture des déficits des exercices 2014 à 2018 de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale, du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code et de la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 dudit code, déduction faite de la part des déficits des exercices 2014 et 2015 couverte en application du *II quinquies* du présent article, est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans la limite de 15 milliards d'euros.

« Dans le cas où le montant des déficits cumulés mentionnés au premier alinéa du présent *II septies* excède 15 milliards d'euros, les transferts sont affectés par priorité à la couverture des déficits les plus anciens et, pour le dernier exercice, dans l'ordre fixé au même premier alinéa.

« Les montants et les dates des versements correspondants ainsi que, le cas échéant, de la régularisation au vu des montants définitifs des déficits de l'exercice 2018 sont fixés par décret. » ;

2° À la seconde phrase du 2° de l'article 6, les références : « aux IV et IV *bis* de l'article L. 136-8 » sont remplacées par les références : « au c du 3° et au *b* du 3° *bis* de l'article L. 131-8 ».

Article 28

I. – Le code de l'éducation est ainsi modifié :

1° L'article L. 421-21 est abrogé ;

2° Le dernier alinéa de l'article L. 757-1 est supprimé.

II. – Le I entre en vigueur le 1^{er} septembre 2019.

Article 29

Le premier alinéa du 21° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , à l'exception des experts requis, commis ou désignés par les juridictions de l'ordre judiciaire ou par les personnes agissant sous leur contrôle afin d'accomplir une mission d'expertise indépendante et qui sont affiliés à un régime de travailleurs non-salariés ».

Article 30

I. – L’ordonnance n° 2018-470 du 12 juin 2018 procédant au regroupement et à la mise en cohérence des dispositions du code de la sécurité sociale applicables aux travailleurs indépendants est ratifiée.

II. – L’ordonnance n° 2018-474 du 12 juin 2018 relative à la simplification et à l’harmonisation des définitions des assiettes des cotisations et contributions de sécurité sociale est ratifiée.

III. – Au premier alinéa de l’article L. 313-1 du code de la construction et de l’habitation, après le mot : « activité », sont insérés les mots : « versés par eux au cours de l’exercice écoulé, ».

IV. – Au I de l’article L. 131-6 du code de la sécurité sociale, la référence : « L. 133-6-8 » est remplacée par la référence : « L. 613-7 ».

Article 31

Est approuvé le montant de 5,6 milliards d’euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d’assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l’annexe 5 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.

Article 32

Pour l’année 2019, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l’état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d’équilibre, par branche, de l’ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d’euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	217,3	218,0	-0,7
Accidents du travail et maladies professionnelles..	14,7	13,5	1,2
Vieillesse	241,4	241,2	0,2
Famille	51,4	50,3	1,1
Toutes branches (hors transferts entre branches) ...	510,9	509,2	1,8
Fonds de solidarité vieillesse	16,5	18,4	-2,0
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	509,4	509,6	-0,2

Article 33

Pour l'année 2019, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	215,7	216,4	-0,7
Accidents du travail et maladies professionnelles.	13,3	12,2	1,1
Vieillesse	137,5	136,9	0,6
Famille	51,4	50,3	1,1
Toutes branches (hors transferts entre branches) ..	404,8	402,7	2,1
Fonds de solidarité vieillesse	16,5	18,4	-2,0
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	404,4	404,2	0,1

Article 34

I. – Pour l'année 2019, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 16,0 milliards d'euros.

II. – Pour l'année 2019, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes affectées	0
Total	0

III. – Pour l'année 2019, les prévisions de recettes par catégorie mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes	0
Total	0

Article 35

Sont habilités en 2019 à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les organismes mentionnés dans le tableau ci-dessous, dans les limites indiquées :

(En millions d'euros)

	Encours limites
Agence centrale des organismes de sécurité sociale.....	38 000
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole.....	4 900
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF – période du 1 ^{er} au 31 janvier	600
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF – période du 1 ^{er} février au 31 décembre	330
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	470
Caisse nationale des industries électriques et gazières	420
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales – période du 1 ^{er} janvier au 31 juillet	800
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales – période du 1 ^{er} août au 31 décembre	1 200

Article 36

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2019 à 2022), 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 2019**

TITRE I^{ER}

TRANSFORMER LE SYSTÈME DE SOINS

Article 37

I. – L'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

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

b) Après la référence : « 1° », est insérée la référence : « , 2° » ;

c) Les mots : « satisfont aux critères liés à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, mesurés chaque année » sont remplacés par les mots : « atteignent des résultats évalués à l'aide d'indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, mesurés tous les ans » ;

d) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Ces indicateurs prennent en compte les résultats et les expériences rapportés par les patients. » ;

2° Après le même premier alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé :

« II. – Pour certains des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins mentionnés au I, un seuil minimal de résultats est requis. Ce seuil est fixé par indicateur en fonction de la répartition des résultats de l'ensemble des établissements concernés. Lorsqu'un établissement mentionné au même I n'atteint pas, pendant trois années consécutives, un tel seuil minimal pour un même indicateur, l'établissement concerné fait l'objet d'une pénalité financière notifiée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après qu'il a été mis en demeure de présenter ses observations. Toutefois, le directeur général de l'agence régionale de santé peut estimer, par décision spécialement motivée, qu'il n'y a pas lieu à sanction au regard de circonstances particulières propres à l'établissement concerné.

« Le montant de la pénalité financière globale est apprécié en fonction du nombre d'indicateurs concernés et de la gravité des manquements constatés. La pénalité financière globale ne peut excéder un montant équivalent à 0,5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement.

« Lorsque, pour une année donnée, un établissement n'atteint pas le seuil minimal requis pour un indicateur, il en est alerté par le directeur général de l'agence régionale de santé qui lui indique la pénalité financière encourue en cas de manquement constaté pendant trois années consécutives et propose des mesures d'accompagnement.

« L'établissement faisant l'objet d'une pénalité financière présente un plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, élaboré dans les conditions prévues aux articles L. 6144-1 ou L. 6161-2-2 du code de la santé publique. » ;

3° Le dernier alinéa est remplacé par un III ainsi rédigé :

« III. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de détermination et de mise en œuvre de la dotation complémentaire et de la pénalité financière, les catégories des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins recueillis annuellement par chaque établissement mentionné au premier alinéa du I et définit les modalités de détermination des seuils minimaux de résultats requis pour certains indicateurs.

« Avant le 31 décembre de chaque année, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dresse la liste des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, fixe les seuils minimaux de résultats requis pour certains indicateurs et prévoit les modalités de calcul de la dotation complémentaire et de la pénalité financière. »

II. – A. – Les 2° et 3° du I entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

B. – Le *b* du 1° du I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

La première année d'entrée en vigueur du même *b* est une année de recueil des indicateurs qui ne donne pas lieu au versement de la dotation complémentaire mentionnée au I de l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, et n'est pas prise en compte pour l'appréciation de la pénalité financière mentionnée au II du même article L. 162-23-15.

C. – Le *d* du 1° du I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020 pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité

sociale ainsi que pour les structures d'hospitalisation à domicile, et le 1^{er} janvier 2021 pour les activités mentionnées au 2^o du même article L. 162-22.

Article 38

La sous-section 3 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1^o Après l'article L. 162-22-6-1, il est inséré un article L. 162-22-6-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-6-2.* – Afin d'améliorer le parcours de soins des patients atteints de pathologies chroniques dont la liste est précisée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des prestations mentionnées aux articles L. 162-22-6, L. 162-26 et L. 162-26-1 peut donner lieu, par dérogation aux mêmes articles L. 162-22-6, L. 162-26 et L. 162-26-1, à une rémunération forfaitaire. » ;

2^o Le I de l'article L. 162-22-10 est ainsi modifié :

a) Le 2^o est complété par les mots : « ainsi que du forfait mentionné à l'article L. 162-22-6-2 » ;

b) Le 5^o est abrogé ;

c) Au dernier alinéa, les références : « aux 2^o et 5^o » sont remplacées par la référence : « au 2^o » ;

3^o À l'article L. 162-22-12, après le mot : « montant », sont insérés les mots : « du forfait mentionné à l'article L. 162-22-6-2, » ;

4^o Le premier alinéa de l'article L. 162-22-15 est ainsi modifié :

a) Les mots : « annuels, la dotation complémentaire et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés, respectivement, » sont remplacés par les mots : « et dotations mentionnés » ;

b) Après la première occurrence du mot : « articles », est insérée la référence : « L. 162-22-6-2, ».

Article 39

L'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 2° du II est complété par des *e* à *j* ainsi rédigés :

« *e*) Le 3° de l'article L. 6122-2, en tant qu'il impose la satisfaction des conditions techniques de fonctionnement prévues à l'article L. 6124-1 relatives à l'organisation et à la dispensation des soins, pour la durée de l'expérimentation ;

« *f*) Les articles L. 6154-2 et L. 6154-3, afin de permettre, dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins, à un praticien de réaliser, sans dépassement d'honoraires, une activité libérale hors de l'établissement où il est nommé ou exerce à titre principal son activité ;

« *g*) Les articles L. 4041-2 et L. 4042-1, afin de permettre à des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires d'adapter leur statut pour la durée de l'expérimentation pour rendre possible l'encaissement sur le compte de la société de tout ou partie des rémunérations des activités de prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale de ses membres et le reversement de ces rémunérations à chacun d'eux ;

« *h*) Le dernier alinéa de l'article L. 6133-1, afin de permettre la redistribution d'un intéressement collectif aux membres d'un groupement de coopération sanitaire, pour la durée de l'expérimentation ;

« *i*) L'article L. 6323-1-5, afin de permettre, dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins, à un praticien de réaliser une activité libérale au sein d'un centre de santé. Les honoraires sont reversés au praticien par le centre de santé après déduction des frais de fonctionnement du centre liés à la prestation ;

« *j*) L'article L. 5125-1-1 A, afin de permettre aux pharmaciens d'officine, en dehors du cadre des coopérations prévues à l'article L. 4011-1, d'être désignés comme correspondants au sein d'une équipe de soins par le patient, à la demande ou avec l'accord du médecin traitant, et ainsi de renouveler des traitements chroniques ou d'ajuster leur posologie. Le médecin traitant et le pharmacien correspondant sont signataires d'un projet de santé au sens des articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1-10 ou L. 6323-3. » ;

2° Au 3° du même II, après le mot : « tarification », sont insérés les mots : « et d'organisation » ;

3° Les IV, V et VI deviennent, respectivement, les V, VI et VII ;

4° Le IV est ainsi rétabli :

« IV. – Pour les expérimentations mentionnées au I dérogeant à une ou plusieurs règles mentionnées au II et comportant une démarche de coopération telle que celles mentionnées à l'article L. 4011-1 du code de la santé publique, les dispositions des articles L. 4011-2 à L. 4011-3 du même code ne sont pas applicables, sous réserve des deux premiers alinéas de l'article L. 4011-3 dudit code.

« Les expérimentations mentionnées au I du présent article dérogeant à une ou plusieurs règles mentionnées au II et comportant la réalisation d'actes de télésurveillance tels que ceux mentionnés au V de l'article 54 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 sont soumises à la procédure et au financement prévus au III du présent article, qui se substituent à la procédure et au financement prévus au V de l'article 54 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 précitée. »

Article 40

I. – Le premier alinéa de l'article L. 6122-5 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Cette évaluation prend en compte le respect de référentiels mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, les résultats du programme mentionné à l'avant-dernier alinéa du même article L. 162-30-3. »

II. – L'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ce plan identifie les écarts significatifs entre le nombre ou l'évolution du nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par les établissements de la région ou les professionnels y exerçant et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable. » ;

2° Après le mot : « elle », la fin du troisième alinéa est ainsi rédigée : « saisit l'établissement concerné et lui enjoint d'élaborer un programme d'amélioration de la pertinence des soins, servant de base à la conclusion d'un volet additionnel au contrat mentionné au même article L. 162-30-2. »

Article 41

Après le II de l'article L. 6145-16-1 du code de la santé publique, il est inséré un II *bis* ainsi rédigé :

« II *bis*. – Le taux maximal applicable aux nouveaux emprunts consentis dans le cadre d'une sécurisation des emprunts structurés détenus par les établissements publics de santé est égal au taux de rendement de l'obligation assimilable du Trésor de maturité la plus proche de la durée de vie moyenne initiale de l'emprunt structuré faisant l'objet de la renégociation, constaté à la date à laquelle celui-ci a été initialement consenti, majoré de cent cinquante points de base.

« Les catégories d'emprunts structurés concernés sont arrêtées par les ministres chargés de la santé, de l'économie et du budget. »

Article 42

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

1° L'article L. 162-5 est complété par un 27° ainsi rédigé :

« 27° Les conditions et modalités de participation financière au recrutement de personnels salariés intervenant auprès de médecins exerçant dans le cadre d'un exercice coordonné et ayant vocation à les assister dans leur pratique quotidienne et améliorer ainsi l'accès aux soins. » ;

2° L'article L. 162-14-1 est ainsi modifié :

a) Le I est complété par un 7° ainsi rédigé :

« 7° Les conditions de modulation de la rémunération des professionnels de santé en fonction de leur participation à un cadre d'exercice coordonné. » ;

b) Le dernier alinéa du II est ainsi modifié :

– à la première phrase, après le mot : « soins », sont insérés les mots : « des communautés professionnelles territoriales de santé, des équipes de soins primaires » ;

– à la deuxième phrase, après le mot : « avec », sont insérés les mots : « des communautés professionnelles territoriales de santé, des équipes de soins primaires, » ;

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

a) Le début du quatorzième alinéa est ainsi rédigé : « 12° Des mesures... (*le reste sans changement*). » ;

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

« 13° Les conditions de modulation de la rémunération des pharmaciens en fonction de leur participation à un cadre d'exercice coordonné. »

II. – Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie engage, dans un délai d'un mois à compter de la promulgation de la présente loi, des négociations conventionnelles en vue de déterminer des mesures visant à inciter au développement de l'exercice coordonné et au recrutement de personnels salariés ayant vocation à assister les médecins dans leur pratique quotidienne.

III. – Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie engage, dans un délai d'un mois à compter de la promulgation de la présente loi, des négociations conventionnelles en vue de déterminer, dans le cadre d'un accord conventionnel interprofessionnel, les mesures visant à accompagner le déploiement sur l'ensemble du territoire des communautés professionnelles territoriales de santé, conformément au II de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

IV. – Le délai d'entrée en vigueur mentionné au premier alinéa du I de l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable aux mesures conventionnelles prises conformément aux II et III du présent article.

Article 43

À titre expérimental, pour une durée de trois ans et sur autorisation de l'État, la réorientation d'un patient effectuée par un service ou une unité d'accueil et de traitement des urgences peut donner lieu à la facturation, par certains établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, d'une prestation d'hospitalisation mentionnée au 1° du même article L. 162-22-6.

Par dérogation à l'article L. 160-13 du même code, la prestation mentionnée au présent article est intégralement prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie pendant une durée de trois ans à compter du début de l'expérimentation. Un décret en Conseil d'État précise

les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation, notamment les conditions de désignation des établissements retenus pour y participer ainsi que ses conditions d'évaluation en vue d'une éventuelle généralisation.

Article 44

La sous-section 3 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 162-22-17 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-17.* – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de récupération des sommes indûment facturées par des établissements de santé au titre des activités pour lesquelles ils ne disposent pas d'autorisation au sens de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique. »

Article 45

Le 1^o du I de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est complété par un *e* ainsi rédigé :

« *e*) Développer la compréhension et la participation active des patients à leur parcours de soins, tant à titre préventif que curatif, notamment *via* l'éducation thérapeutique ; ».

Article 46

I. – L'article 24 de la loi n^o 68-690 du 31 juillet 1968 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier est abrogé.

II. – Le chapitre X de la loi n^o 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est ainsi modifié :

1^o L'article 116 est ainsi modifié :

a) Le deuxième alinéa est supprimé ;

b) À la première phrase du troisième alinéa, le mot : « également » est supprimé ;

2^o Il est ajouté un article 116-2 ainsi rédigé :

« *Art. 116-2.* – L'École des hautes études en santé publique mentionnée à l'article L. 756-2 du code de l'éducation perçoit des ressources comprenant des subventions, avances, fonds de concours et dotation de l'État. Elle perçoit également une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie composée de deux parts : l'une au titre du financement des traitements et indemnités, y compris les indemnités à caractère familial, ainsi que les charges sociales afférentes, versés par l'école aux personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la présente loi, astreints à un stage de formation professionnelle, et l'autre au titre de la contribution de l'assurance maladie au fonctionnement de l'établissement, dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. La participation des organismes d'assurance maladie est versée et répartie entre les régimes dans des conditions fixées par décret. »

III. – Les I et II entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

Article 47

I. – Le 5^o *bis* de l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale est complété par la référence : « et à l'article L. 642-4-2 ».

II. – La section 1 du chapitre II du titre IV du livre VI du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 642-4-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 642-4-2.* – I. – Les médecins exerçant leur activité à titre de remplacement ainsi que les étudiants en médecine remplissant les conditions prévues à l'article L. 4131-2 du code de la santé publique mentionnés à l'article L. 646-1 du présent code et dont les rémunérations issues de l'activité de remplacement sont inférieures à un seuil fixé par décret peuvent opter pour un taux global et le calcul mensuel ou trimestriel de l'ensemble des cotisations et contributions sociales dont ils sont redevables. Le taux global, fixé par décret, est appliqué par référence aux taux des contributions et cotisations sociales applicables aux revenus des médecins mentionnés au 1^o du même article L. 646-1 au montant de leur rémunération après abattement prévu à l'article 102 *ter* du code général des impôts. Ce décret fixe également les règles d'affectation des sommes versées entre les différents régimes ou branches concernés.

« II. – L'option pour l'application des dispositions mentionnées au I est exercée auprès de la caisse mentionnée aux articles L. 211-1 et L. 752-4 dans la circonscription de laquelle sont exercées les activités de remplacement. Cette caisse assure, en lien avec les médecins ou les

étudiants concernés et les organismes mentionnés au III du présent article, la réalisation des déclarations nécessaires à ces activités.

« III. – La déclaration des rémunérations et le paiement des cotisations et des contributions sociales qui en découlent sont effectués par les médecins et les étudiants remplaçants mentionnés au I au moyen d'un téléservice mis en place à cette intention par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4. »

III. – À la seconde phrase de l'article L. 644-2 du code de la sécurité sociale, après le mot : « conjoints-collaborateurs », sont insérés les mots : « et les personnes ayant fait valoir l'option prévue à l'article L. 642-4-2 ».

IV. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

Article 48

I. – Le titre IV du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le 2° de l'article L. 4041-2, il est inséré un 3° ainsi rédigé :

« 3° Sous réserve que ses statuts le prévoient, l'exercice de la pratique avancée par des auxiliaires médicaux, tels que définis à l'article L. 4301-1. » ;

2° Au second alinéa de l'article L. 4041-3, après le mot : « ambulatoires », sont insérés les mots : « , à l'exception de celles dont l'objet comprend l'exercice de la pratique mentionnée au 3° de l'article L. 4041-2, » ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 4042-1, les mots : « de l'activité professionnelle des associés dont les statuts prévoient un exercice en commun » sont remplacés par les mots : « des activités professionnelles mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 4041-2 ».

II. – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, après la troisième occurrence du mot : « santé », sont insérés les mots : « , en maison de santé ».

III. – Le ministre chargé de la santé remet au Parlement, avant le 31 décembre 2021, un rapport sur le déploiement des pratiques avancées sur le territoire, sur leur impact en termes d'accès aux soins et sur leur coût pour l'assurance maladie.

Article 49

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

1° L'article L. 161-38 est ainsi modifié :

a) À la seconde phrase du premier alinéa du II, après le mot : « génériques », sont insérés les mots : « , au registre des médicaments hybrides » ;

b) Le IV est ainsi modifié :

– au deuxième alinéa, les mots : « sont rendues obligatoires » sont remplacés par les mots : « peuvent être demandées par les éditeurs » ;

– au même deuxième alinéa, après le mot : « médicaments », la fin est ainsi rédigée : « , produits de santé et prestations éventuellement associées, le cas échéant par les pharmacies d'officine ou les pharmacies à usage intérieur. Les fonctionnalités qui doivent être fournies par le logiciel en vue d'obtenir la certification sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;

– le dernier alinéa est supprimé ;

c) Le V est ainsi rédigé :

« V. – Les éditeurs de logiciels demandant une certification en application du IV s'engagent à faire évoluer leur logiciel pour en assurer la conformité avec les évolutions des fonctionnalités mentionnées au second alinéa du même IV.

« En cas de retard de la mise à jour d'un logiciel certifié ou de non-respect des éléments de certification, hors les cas d'impossibilité technique, le ministre chargé de la sécurité sociale peut prononcer une pénalité financière à l'encontre de l'entreprise éditant le logiciel qui n'a pas respecté les engagements mentionnés au premier alinéa du présent V, après mise en demeure et recueil des observations de celle-ci.

« Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité et de la durée du manquement constaté et, le cas échéant, du nombre de réitérations des manquements, sans pouvoir être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le ou les logiciels concernés par le manquement.

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

sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.

« En cas de manquement répété de l'éditeur à ses engagements, les logiciels concernés peuvent perdre leur certification. » ;

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

« *Art. L. 162-2-3.* – Dans le cadre des actions de prévention ou participant à la pertinence de soins identifiés, mises en œuvre dans le cadre des missions mentionnées au 3° de l'article L. 221-1 et aux III *bis* et IV de l'article L. 315-1, l'assurance maladie peut transmettre aux médecins et aux pharmaciens certaines données personnelles des patients traités par ces professionnels, sauf opposition des patients dûment informés par ces professionnels ou par l'assurance maladie, dans le respect des dispositions du chapitre IX de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

« Les informations transmises ont un lien direct avec l'objet des actions mentionnées au premier alinéa du présent article et sont nécessaires à une meilleure prise en charge du patient, en termes de qualité ou de pertinence. Elles peuvent comprendre des données administratives relatives aux patients, des données liées au remboursement par l'assurance maladie ou encore des données à caractère médical dont dispose l'assurance maladie. L'information peut être transmise aux professionnels à l'aide de services dématérialisés par l'assurance maladie, directement par ses agents dûment habilités, ou à l'aide du système d'information prévu à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique. » ;

3° L'article L. 162-5 est ainsi modifié :

a) Le 21° est abrogé ;

b) À la deuxième phrase du 22°, après le mot : « prescription, », sont insérés les mots : « l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié suivant la procédure prévue au même article L. 161-38, » ;

4° L'article L. 162-5-15 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « mentionnés à l'article L. 6155-1 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « exerçant en totalité ou pour partie leurs fonctions, à titre libéral ou salarié, dans les

établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du présent code, », les mots : « même code » sont remplacés par les mots : « code de la santé publique » et, après le mot : « exercent », sont insérés les mots : « , au moins en partie, » ;

b) Au second alinéa, les mots : « figure obligatoirement » sont remplacés par les mots : « personnel ainsi que, le cas échéant, le numéro identifiant la structure au sein de laquelle l'acte, la consultation ou la prescription a été réalisé figurent » ;

5° À l'article L. 162-5-16, après le mot : « identification », il est inséré le mot : « exacte » et, après les mots : « à l'article L. 162-5-15 », sont insérés les mots : « et par le numéro identifiant la structure, » ;

6° La sous-section 3 de la section 1 du chapitre II est complétée par un article L. 162-5-18 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-5-18.* – Le pharmacien exécutant l'ordonnance comportant ou devant comporter le numéro personnel et le numéro identifiant la structure mentionnés à l'article L. 162-5-15 est tenu de reporter ces numéros, ou le cas échéant leur absence, sur les documents transmis aux caisses d'assurance maladie.

« Le non-respect de cette obligation ou la transmission d'éléments erronés peuvent donner lieu à une procédure de recouvrement de l'indu, selon les modalités prévues à l'article L. 133-4, auprès du pharmacien. » ;

7° À la deuxième phrase du 8° de l'article L. 162-16-1, après les mots : « sur la dispensation, », sont insérés les mots : « l'utilisation d'un logiciel d'aide à la dispensation certifié suivant la procédure prévue à l'article L. 161-38, ».

Article 50

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

1° L'article L. 161-35 est ainsi modifié :

a) Le I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les arrêts de travail sont prescrits sauf exception de manière dématérialisée, via un service mis à la disposition des professionnels de santé par les organismes d'assurance maladie. » ;

b) Au II, les mots : « de l'obligation de transmission électronique par les professionnels et centres de santé » sont remplacés par les mots : « des obligations définies au I du présent article » ;

2° À l'article L. 161-35-1, les mots : « premier alinéa » sont remplacés par la mention : « I » et la référence : « au 1° » est remplacée par les références : « aux 1° et 2° » ;

3° L'article L. 323-3 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 323-3.* – L'indemnité journalière prévue à l'article L. 321-1 est servie, en cas de travail à temps partiel pour motif thérapeutique, dans les cas suivants :

« 1° Le maintien au travail ou la reprise du travail et le travail effectué sont reconnus comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'assuré ;

« 2° L'assuré doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour recouvrer un emploi compatible avec son état de santé.

« Les modalités de calcul de l'indemnité journalière versée en cas de travail à temps partiel pour motif thérapeutique ainsi que sa durée de versement sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

II. – Le second alinéa du I de l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant de la présente loi entre en vigueur à des dates fixées, selon les prescripteurs, par les conventions mentionnées aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du même code, et au plus tard le 31 décembre 2021. Ces dernières définissent également les situations dans lesquelles la dématérialisation des arrêts de travail ne peut s'appliquer. Si la convention n'a pas fixé un tel calendrier avant le 30 juin 2019, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale y procède dans un délai de deux mois.

III. – Les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé arrêtent les dates, qui ne peuvent être postérieures au 31 décembre 2021, auxquelles les organismes d'assurance maladie des régimes autres que le régime général et le régime agricole sont tenus de mettre à la disposition des prescripteurs le service leur permettant de prescrire les arrêts de travail de manière dématérialisée. Avant ces dates, les prescripteurs sont déchargés de l'obligation fixée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant de la présente loi pour les assurés relevant de ces régimes.

Article 51

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

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

a) Au premier alinéa, après le mot : « tarification », sont insérés les mots : « , de distribution » ;

b) Au quatrième alinéa, après les mots : « du professionnel », sont insérés les mots : « , du distributeur » et, après le mot : « santé », sont insérés les mots : « , à un distributeur » ;

c) À la fin du dernier alinéa, les mots : « des quatre alinéas qui précèdent » sont remplacés par les mots : « du présent article » ;

2° Au 6° de l'article L. 160-8, les mots : « à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné » sont remplacés par les mots : « aux examens de prévention bucco-dentaire mentionnés » ;

3° Au 3° de l'article L. 162-9, la référence : « 3° » est remplacée par la référence : « 2° » ;

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

a) À la fin de la dernière phrase du premier alinéa, les mots : « et d'utilisation » sont remplacés par les mots : « , d'utilisation et de distribution » ;

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

« L'inscription sur la liste peut distinguer au sein d'une même catégorie de produits ou de prestations plusieurs classes, définies, d'une part, en fonction du caractère primordial du service rendu et, d'autre part, en fonction du rapport entre ce service et le tarif ou le prix envisagé. L'une au moins de ces classes a vocation à faire l'objet d'une prise en charge renforcée, par l'application des dispositions des articles L. 165-2, L. 165-3 ou L. 871-1. » ;

c) Au troisième alinéa, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « troisième » ;

5° Après l'article L. 165-1-3, il est inséré un article L. 165-1-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 165-1-4.* – I. – Les règles de distribution mentionnées au premier alinéa de l'article L. 165-1 peuvent comporter l'obligation, pour le

fabricant ou pour le distributeur, de proposer et de disposer de certains produits ou prestations appartenant aux classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa du même article L. 165-1.

« II. – La distribution, en vue de leur prise en charge par l'assurance maladie, de produits ou prestations inscrits sur la liste mentionnée au même article L. 165-1 peut donner lieu à l'obligation pour le distributeur de participer à un dispositif d'évaluation visant à établir la qualité de la prise en charge du patient et la mise en œuvre conforme des modalités de prise en charge et de distribution des produits ou prestations, notamment au regard des exigences fixées par la liste mentionnée audit article L. 165-1 et de celles fixées au I du présent article, ainsi que la satisfaction des patients.

« III. – Les sommes dues en application des dispositions de l'article L. 133-4 sont recouvrées auprès du distributeur concerné lorsqu'elles résultent du non-respect des dispositions du I du présent article ou de l'article L. 165-9 par ce distributeur.

« IV. – Le directeur de l'organisme d'assurance maladie compétent peut prononcer à l'encontre du fabricant ou du distributeur, après que celui-ci a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière :

« 1° D'un montant maximal de 5 % du chiffre d'affaires hors taxes total réalisé en France en cas de méconnaissance des obligations mentionnées au I ;

« 2° D'un montant maximal de 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France pour les produits ou prestations pour lesquels les obligations mentionnées au II ou à l'article L. 165-9 ont été méconnues.

« Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité, de la durée et de la réitération éventuelle des manquements.

« V. – Le distributeur qui n'entend pas mettre en œuvre les obligations mentionnées au présent article et à l'article L. 165-9 en informe les assurés sociaux selon des modalités appropriées, définies par le décret mentionné au VI du présent article. L'ensemble des produits et prestations qu'il distribue ne peuvent alors être admis au remboursement.

« VI. – Un décret en Conseil d'État définit les conditions d'application du présent article. » ;

6° L'article L. 165-2 est ainsi modifié :

a) Le dernier alinéa du I est complété par une phrase ainsi rédigée :
« Elle peut également tenir compte, à la demande des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, de l'appartenance aux classes définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1. » ;

b) Après le 7° du II, il est inséré un 8° ainsi rédigé :

« 8° L'appartenance du produit ou de la prestation à une classe autre que les classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du présent code. » ;

c) Il est ajouté un V ainsi rédigé :

« V. – Par dérogation aux I et II, le tarif de responsabilité des produits et prestations n'appartenant pas aux classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 peut être fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. » ;

7° L'article L. 165-9 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– les mots : « et de chaque prestation proposés » sont remplacés par les mots : « proposé, incluant la fourniture du produit et précisant les prestations indissociables, » ;

– est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Le devis comporte au moins un équipement d'optique médicale ou une aide auditive appartenant à l'une des classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa du même article L. 165-1, sous réserve qu'il existe un tel équipement ou une telle aide qui réponde au besoin de santé. » ;

b) Au troisième alinéa, les mots : « et les informations d'identification et de traçabilité sont transmises » sont remplacés par les mots : « est transmise » ;

c) Les deux derniers alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« Le contenu et la présentation du devis et de la note, y compris les informations permettant d'assurer l'identification et la traçabilité, sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie, après consultation du Conseil national de la consommation mentionné à l'article L. 112-1 du code de la consommation. » ;

8° La deuxième phrase du dernier alinéa de l'article L. 871-1 est ainsi modifiée :

- a) Les mots : « peuvent être » sont remplacés par le mot : « sont » ;
- b) Sont ajoutés les mots : « et les aides auditives ».

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

1° L'article L. 2132-2-1 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « sixième et leur douzième » sont remplacés par les mots : « troisième, leur sixième, leur neuvième, leur douzième et leur quinzième » et la deuxième phrase est supprimée ;

b) Après le même premier alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Dans l'année qui suit leur dix-huitième, leur vingt et unième et leur vingt-quatrième anniversaire, les assurés bénéficient d'un examen bucco-dentaire de prévention réalisé par un chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie.

« Les examens prévus aux deux premiers alinéas du présent article ainsi que, le cas échéant, les soins consécutifs sont pris en charge dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-12 du code de la sécurité sociale. » ;

c) Le second alinéa est ainsi modifié :

– à la fin de la première phrase, les mots : « de cet examen » sont remplacés par les mots : « de ces examens » ;

– est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « À défaut d'accord sur la nature, les modalités et les conditions de mise en œuvre de ces examens et sur la prise en charge des soins consécutifs, ces dernières sont définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. » ;

2° L'article L. 2134-1 est abrogé.

III. – A. – Les I et II entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2019, sous réserve des dispositions du B du présent III.

B. – Les dispositions prises pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant de la présente loi

s'appliquent aux contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2020.

Les organisations liées par une convention de branche ou un accord professionnel permettant aux salariés de bénéficier de la couverture minimale prévue à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale engagent une négociation afin que la convention ou l'accord soient rendus conformes, avant le 1^{er} janvier 2020, aux conditions prévues à l'article L. 871-1 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi.

Les accords d'entreprise et les décisions unilatérales des employeurs permettant de faire bénéficier leurs salariés de cette couverture minimale sont adaptés dans les mêmes conditions, dans le respect, pour les décisions unilatérales, de l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques.

TITRE II

AMÉLIORER LA COUVERTURE DES BESOINS DE SANTÉ

CHAPITRE I^{ER}

Lever les obstacles financiers à l'accès aux droits et aux soins

Article 52

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

1° L'article L. 861-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Les personnes mentionnées à l'article L. 160-1 ont droit à une protection complémentaire en matière de santé dans les conditions suivantes :

« 1° Sans acquitter de participation financière lorsque leurs ressources ainsi que celles des autres personnes membres du même foyer sont inférieures à un plafond déterminé par décret ;

« 2° Sous réserve d'acquitter une participation financière lorsque leurs ressources ainsi que celles des autres personnes membres du même foyer sont comprises entre le plafond mentionné au 1° et ce même plafond majoré de 35 %.

« Le plafond mentionné aux 1° et 2° varie selon la composition du foyer. Il est revalorisé au 1^{er} avril de chaque année, par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. Le montant du plafond en résultant est arrondi à l'euro le plus proche, la fraction d'euro égale à 0,50 étant comptée pour 1. Le montant ainsi revalorisé est constaté par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. » ;

b) Le deuxième alinéa est complété par les mots : « du foyer d'une personne mentionnée aux trois premiers alinéas » ;

c) À la première phrase du troisième alinéa, les mots : « de l'autorité administrative » sont remplacés par les mots : « du directeur de l'organisme assurant la prise en charge de leurs frais de santé » ;

d) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions de bénéficiaire à titre personnel de la protection complémentaire des personnes dont les conditions de rattachement au foyer ont pris fin entre la dernière déclaration fiscale et la demande mentionnée à l'article L. 861-5. » ;

2° Au second alinéa de l'article L. 861-2, la référence : « au premier alinéa » est remplacée par la référence : « au 1° » ;

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

a) Au premier alinéa, les mots : « , sans contrepartie contributive, » sont supprimés, les mots : « sous réserve » sont remplacés par les mots : « après application, le cas échéant, » et sont ajoutés les mots : « dont elles bénéficient » ;

b) À la fin du 3°, le mot : « interministériel » est remplacé par les mots : « des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale » ;

c) Au septième alinéa, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « dernier » ;

d) Le huitième alinéa est supprimé ;

4° Au *a* de l'article L. 861-4, les mots : « , gestionnaires de ces prestations pour le compte de l'État » sont remplacés par les mots : « assurant la prise en charge de leurs frais de santé » et sont ajoutés les mots : « , y compris lorsque la demande de protection complémentaire en matière de santé a été instruite par un autre organisme » ;

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

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, les mots : « d'attribution de la protection » sont remplacés par les mots : « de protection » et, à la fin, les mots : « du régime d'affiliation du demandeur » sont remplacés par les mots : « assurant la prise en charge des frais de santé du demandeur » ;

– après la même première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Elle est valable au titre de l'ensemble des personnes rattachées au foyer, y compris si elles ne relèvent pas de cet organisme pour la prise en charge de leurs frais de santé et, le cas échéant, pour le bénéfice des prestations mentionnées à l'article L. 861-3. » ;

– la seconde phrase est supprimée ;

b) À la fin de la dernière phrase du deuxième alinéa, les mots : « du revenu de solidarité active pour les demandeurs et bénéficiaires de ce revenu » sont remplacés par les mots : « des prestations sociales et familiales » ;

c) Le troisième alinéa est ainsi modifié :

– à la fin de la première phrase, les mots : « prise par l'autorité administrative qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse » sont remplacés par les mots : « notifiée au demandeur par le directeur de l'organisme assurant la prise en charge de ses frais de santé » ;

– à la deuxième phrase, après le mot : « contentieux », sont insérés les mots : « en application des articles L. 142-3 et L. 142-4 et du 3° de l'article L. 142-8 » ;

d) L'avant-dernier alinéa est ainsi modifié :

– au début, sont ajoutées deux phrases ainsi rédigées : « La prise en charge mentionnée à l'article L. 861-3 prend effet au premier jour du mois qui suit la date de la décision du directeur de l'organisme mentionné au

troisième alinéa du présent article, sous réserve que l'assuré ait transmis les éléments nécessaires au paiement de la participation. Dans le cas contraire, cette prise en charge prend effet au premier jour du mois qui suit la réception de ces éléments. » ;

– à la première phrase, les mots : « la protection complémentaire en matière de santé » sont remplacés par les mots : « cette prise en charge » ;

e) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le droit à la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-3 est renouvelé automatiquement à l'issue d'une période d'un an pour les bénéficiaires du revenu de solidarité active, de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-1 ou d'une des allocations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, dès lors qu'ils continuent de bénéficier de l'une de ces allocations. Le montant de leur participation est déterminé, le cas échéant, à chaque renouvellement. » ;

6° L'article L. 861-6 est abrogé ;

7° L'article L. 861-7 est ainsi modifié :

a) Au début du deuxième alinéa, les mots : « L'autorité administrative » sont remplacés par les mots : « Le directeur du fonds mentionné à l'article L. 862-1 » ;

b) À la première phrase du dernier alinéa, les mots : « l'autorité administrative » sont remplacés par les mots : « ainsi qu'au c de l'article L. 862-7, le directeur du fonds mentionné au deuxième alinéa du présent article » ;

8° L'article L. 861-8 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « effet », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « à la date prévue au quatrième alinéa de l'article L. 861-5, sous réserve des autres dispositions du même quatrième alinéa. » ;

b) La seconde phrase est complétée par les mots : « et, le cas échéant, la réception des éléments nécessaires au paiement de la participation mentionnée au 2° de l'article L. 861-1 » ;

9° L'article L. 861-10 est ainsi modifié :

a) Après la première phrase du IV, est insérée une phrase ainsi rédigée :
« Ils peuvent également obtenir le remboursement de la participation financière prévue au 2° de l'article L. 861-1 non acquittée par l'assuré. » ;

b) À la fin de la deuxième phrase du même IV, les mots : « de l'autorité administrative compétente » sont remplacés par les mots : « du directeur de l'organisme assurant la prise en charge de ses frais de santé » ;

c) La dernière phrase du même IV est supprimée ;

d) Au V, les mots : « des premier et troisième alinéas » sont supprimés ;

10° Le chapitre I^{er} est complété par un article L. 861-11 ainsi rédigé :

« *Art. L. 861-11.* – La participation financière mentionnée au 2° de l'article L. 861-1 est due à l'organisme assurant la protection complémentaire par chaque personne bénéficiaire de la protection complémentaire mentionnée à l'article L. 861-3 et remplissant les conditions prévues au 2° de l'article L. 861-1. Son montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et varie selon l'âge du bénéficiaire. Il peut être adapté pour les assurés relevant des régimes locaux d'assurance maladie complémentaire mentionnés à l'article L. 325-1 du présent code et à l'article L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime. Son montant annuel par bénéficiaire ne peut excéder 5 % du montant du plafond mentionné au 1° de l'article L. 861-1 du présent code pour une personne seule. Les modalités de notification et de recouvrement de la participation sont fixées par décret en Conseil d'État.

« En l'absence de paiement par l'assuré de la participation financière pendant une durée déterminée, le directeur de l'organisme assurant la protection complémentaire, après vérification de la situation du bénéficiaire, informe ce dernier que le bénéfice de son droit à la protection complémentaire en matière de santé sera suspendu s'il n'acquitte pas le montant dû dans un délai défini par décret en Conseil d'État.

« À l'expiration de ce délai et en l'absence de paiement, le directeur de l'organisme assurant la protection complémentaire suspend le bénéfice du droit. Il informe également l'intéressé que la suspension du droit ne prendra fin qu'à compter du paiement du montant de l'ensemble des participations échues qui n'ont pas été acquittées.

« L'acquittement du montant mentionné au troisième alinéa du présent article a pour conséquence :

« 1° La fin de la suspension du bénéfice du droit à la protection complémentaire à partir du premier jour du mois qui suit la date d'acquittement de ce montant ;

« 2° L'abandon du recouvrement de toute autre somme correspondant, le cas échéant, aux frais de santé indûment pris en charge au titre de la protection complémentaire pendant la période de suspension du droit et au montant de la participation non acquittée.

« Par dérogation à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 861-5, en l'absence d'acquittement du montant mentionné au troisième alinéa du présent article dans un délai déterminé par décret, le directeur de l'organisme assurant la prise en charge des frais de santé de l'intéressé met fin à la prise en charge prévue à l'article L. 861-3 pour la durée du droit à la protection complémentaire restant à courir. Cette décision est notifiée à l'intéressé.

« Les conditions d'application de la suspension et de la fermeture du droit sont précisées par décret en Conseil d'État. » ;

11° L'article L. 862-1 est ainsi modifié :

a) À la fin du premier alinéa, les mots : « et d'assurer la gestion des crédits d'impôt mentionnés aux articles L. 863-1 et L. 864-1 » sont supprimés ;

b) À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie » sont remplacés par les mots : « Fonds de financement de la couverture maladie universelle complémentaire » ;

c) À la première phrase du troisième alinéa, les mots : « prévu à » sont remplacés par les mots : « prévu au 1° de » ;

12° L'article L. 862-2 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa du *a* est complété par une phrase ainsi rédigée : « Pour les bénéficiaires redevables de la participation mentionnée au 2° de l'article L. 861-1, ces dépenses sont affectées d'un coefficient de majoration au titre des frais de gestion fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et minorées du montant des participations dues à l'organisme assurant la protection complémentaire. » ;

b) Le deuxième alinéa du même *a* est supprimé ;

c) Les trois derniers alinéas sont remplacés par deux alinéas ainsi rédigés :

« b) Par les frais de gestion administrative du fonds.

« Les modalités d'application du *a* sont précisées par décret. » ;

13° L'article L. 862-4 est ainsi modifié :

a) Le deuxième alinéa du I est complété par une phrase ainsi rédigée :
« La participation financière de l'assuré mentionnée au 2° de l'article L. 861-1 n'est pas assujettie à la taxe. » ;

b) Au III, les mots : « aux *a* et *b* de l'article L. 862-2 » sont remplacés par les mots : « au *a* de l'article L. 862-2 et des sommes versées au titre de l'article L. 862-4-1 » ;

14° À l'article L. 862-6, les mots : « au fonds » sont remplacés par les mots : « à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale » ;

15° L'article L. 862-7 est ainsi modifié :

a) Au *a*, les références : « aux *a* et *b* » sont remplacées par la référence : « au *a* » ;

b) Le *c* est ainsi modifié :

– les mots : « ainsi que les éléments nécessaires à la détermination des informations mentionnées au III du même article » sont remplacés par les mots : « , aux cotisations assujetties à la taxe mentionnée au même article L. 862-4 au titre des contrats conclus en application de l'article L. 911-1, au nombre de personnes assurées ainsi que les éléments nécessaires à la détermination des informations mentionnées au III de l'article L. 862-4 » ;

– les mots : « les éléments nécessaires à l'application de l'article L. 862-6 et » sont remplacés par les mots : « les informations relatives aux bénéficiaires, aux participations versées par ces bénéficiaires en application du 2° de l'article L. 861-1, ainsi que » ;

c) Au *d*, les mots : « le nombre de personnes prises en charge et » sont remplacés par les mots : « les informations relatives aux personnes prises en charge, notamment leur nombre et leur âge, » et sont ajoutés les mots : « , ainsi que le montant des participations susmentionnées » ;

d) L'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Sur cette base, le fonds mentionné à l'article L. 862-1 établit un rapport faisant apparaître notamment le nombre et l'âge des bénéficiaires de la protection complémentaire, l'évolution du montant des participations versées par les bénéficiaires mentionné au 2° de l'article L. 861-1 ainsi que l'évolution du montant des cotisations mentionnées au I de l'article L. 862-4, du montant des prestations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de santé versées par ces organismes. » ;

e) Au dernier alinéa, le mot : « septembre » est remplacé par le mot : « novembre » ;

16° Les chapitres III et IV sont abrogés.

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

1° Au 1° du I de l'article L. 114-17-1, les mots : « , de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnée à l'article L. 863-1 » sont supprimés ;

2° À la fin de l'article L. 142-3, les références : « des articles L. 861-5 et L. 863-3 » sont remplacées par la référence : « de l'article L. 861-5 » ;

3° Au dernier alinéa de l'article L. 160-1, les mots : « couverture complémentaire » sont remplacés par les mots : « protection complémentaire en matière de santé » ;

4° Les deux derniers alinéas de l'article L. 160-3 sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Sous réserve des dispositions relatives au séjour temporaire prévues dans les règlements européens et les conventions internationales de sécurité sociale ou des dispositions, applicables dans les États dans lesquels ces personnes résident, prévoyant une prise en charge des soins dispensés hors de leur territoire, les dispositions du premier alinéa du présent article s'appliquent :

« a) Aux personnes mentionnées aux 1° à 3°, lorsque la France est exclusivement compétente pour la prise en charge des soins de santé dispensés dans l'État dans lequel elles résident en vertu des conventions internationales de sécurité sociale ;

« b) Aux personnes mentionnées aux 1° et 3°, non mentionnées au a et dont la pension rémunère une durée d'assurance supérieure ou égale à quinze années au titre d'un régime français ;

« c) Aux enfants mineurs n'exerçant pas d'activité professionnelle et à la charge des personnes mentionnées aux a et b. » ;

5° Au premier alinéa de l'article L. 160-15, les mots : « mineurs, pour » sont remplacés par les mots : « mineurs et » et, à la fin, les mots : « ainsi que pour les bénéficiaires de l'attestation mentionnée au second alinéa de l'article L. 863-3 » sont supprimés ;

6° À la première phrase de l'article L. 162-1-21, les références : « , L. 861-3 et L. 863-7-1 » sont remplacées par la référence : « et L. 861-3 » ;

7° Le dernier alinéa de l'article L. 162-9 est ainsi modifié :

a) À la fin de la première phrase, les mots : « et aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé » sont remplacés par les mots : « mentionnés à l'article L. 861-1 » ;

b) Les mots : « ou de cette aide » sont supprimés ;

c) Le mot : « interministériel » est remplacé par les mots : « des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale » ;

8° À la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 162-16-7, les mots : « couverture maladie universelle complémentaire » sont remplacés par les mots : « protection complémentaire en matière de santé » et les mots : « et aux bénéficiaires de la déduction prévue à l'article L. 863-2 » sont supprimés ;

9° À l'article L. 162-40, les mots : « , et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnée à l'article L. 863-2, » sont supprimés ;

10° Le deuxième alinéa de l'article L. 165-6 est ainsi modifié :

a) À la fin de la première phrase, les mots : « et des bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnés aux articles L. 861-3 et L. 863-2 » sont remplacés par les mots : « mentionnés à l'article L. 861-1 » ;

b) À la fin de la seconde phrase, les mots : « et aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé » sont supprimés ;

11° À l'article L. 211-1, après le mot : « professionnelles », sont insérés les mots : « et l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 » ;

12° L'article L. 752-4 est complété par un 7° ainsi rédigé :

« 7° D'attribuer la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 aux assurés dont elles gèrent les risques maladie, maternité, décès et invalidité. » ;

13° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 871-1, les mots : « de l'article L. 863-1, » sont supprimés ;

14° À la seconde phrase du premier alinéa du II de l'article L. 911-7-1, les mots : « , d'une aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire en matière de santé au titre de l'article L. 863-1 » sont supprimés.

III. – Après la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Elles assurent pour ces personnes l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale. »

IV. – Le titre V du livre II du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 251-1, la référence : « à l'article L. 861-1 » est remplacée par la référence : « au 1° de l'article L. 861-1 » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 252-3, après le mot : « prononcée », sont insérés les mots : « , pour le compte de l'État », les mots : « représentant de l'État dans le département, qui peut déléguer ce pouvoir au » sont supprimés et, à la fin, les mots : « de la caisse primaire d'assurance maladie des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « de l'organisme mentionné aux articles L. 211-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale ».

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

1° Au deuxième alinéa de l'article L. 1110-3 et à l'article L. 1511-1, les mots : « ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 » sont remplacés par les mots : « en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 » ;

2° À la fin de la seconde phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 6122-15, les mots : « ou de la déduction prévue à l'article L. 863-2 du même code » sont supprimés.

VI. – À la première phrase de l'article L. 1113-1 du code des transports, après le mot : « application », sont insérés les mots : « du 1° ».

VII. – À la première phrase de l'article 6-3 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, le mot : « neuvième » est remplacé par le mot : « huitième ».

VIII. – À l'article 34 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « quatre ».

IX. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur ainsi qu'il suit :

1° Le *c* des 1° et 5° et le *b* du 9° du I ainsi que le 2° du IV entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2019 ;

2° Les dispositions prévues au *e* du 5° du I relatives aux bénéficiaires du revenu de solidarité active entrent en vigueur le 1^{er} avril 2019 ;

3° Le 4° du II entre en vigueur le 1^{er} juillet 2019 ;

4° Les autres dispositions du présent article s'appliquent à compter du 1^{er} novembre 2019 dans le respect des modalités suivantes :

a) L'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, sous réserve du 1° du présent IX, et l'article L. 861-3 du même code, dans leur rédaction résultant du présent article, ne s'appliquent pas aux décisions d'attribution de la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 dudit code prises antérieurement au 1^{er} novembre 2019 ;

b) Les contrats complémentaires de santé ouvrant droit au crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 du même code en cours à la date du 1^{er} novembre 2019 restent éligibles au bénéfice de ce crédit d'impôt jusqu'à l'expiration du droit du bénéficiaire ;

c) À la demande de l'assuré bénéficiant du droit à la déduction prévue à l'article L. 863-2 du même code ayant un contrat figurant sur la liste mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 863-6 du même code en cours

au 1^{er} novembre 2019, l'organisme complémentaire mentionné au *b* de l'article L. 861-4 du même code ou, le cas échéant, l'organisme de sécurité sociale calcule la durée du droit au crédit d'impôt restant à courir et le montant de la participation mentionnée à l'article L. 861-1 du même code dû pour la période correspondante. Il transmet à l'assuré une attestation de reliquat de droits comportant ces informations. Sur la base de cette information, l'assuré peut demander la résiliation de son contrat, sans frais ni pénalités. La résiliation prend effet au plus tard le premier jour du deuxième mois suivant l'envoi de cette attestation à l'organisme assureur en charge du contrat ouvrant droit au bénéfice du crédit d'impôt. Le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé prévue au même article L. 861-1 lui est alors ouvert pour la durée du droit restant à courir. Le troisième alinéa de l'article L. 113-15-1 du code des assurances et le dernier alinéa des articles L. 221-10-1 du code de la mutualité et L. 932-21-1 du code de la sécurité sociale sont applicables aux résiliations effectuées en application du présent *c*.

Article 53

I. – L'article 20-11 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi rédigé :

« *Art. 20-11.* – Les assurés dont les ressources n'excèdent pas 50 % du montant du plafond fixé à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale applicable dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 du même code bénéficient d'une prise en charge intégrale de la participation mentionnée à l'article 20-2 de la présente ordonnance par leur régime d'assurance maladie. »

II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} mai 2019.

Article 54

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

« CHAPITRE X

« *Dispositions applicables à la prise en charge des assurés
en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel*

« *Art. L. 16-10-1.* – Lorsque la protection de la santé publique le justifie, en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel, notamment d'épidémie, nécessitant l'adoption en urgence de règles de prise en charge renforcée des frais de santé ainsi que des conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèce, dérogoires au droit commun, celles-ci peuvent être prévues par décret, pour une durée limitée qui ne peut excéder une année.

« Dans les conditions et limites fixées par ce décret, les dérogations mises en œuvre en application du premier alinéa peuvent porter, en fonction de la nature du risque en cause, sur :

« 1° La participation de l'assuré, la participation forfaitaire et la franchise mentionnées, respectivement, au premier alinéa des I, II et III de l'article L. 160-13 ;

« 2° Le forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4 ;

« 3° Les dépassements d'honoraires pour les actes et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 ;

« 4° Les dépassements de tarifs pour les produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et pour les prothèses dentaires inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 ;

« 5° Certaines conditions dans lesquelles est limitée à diverses situations la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de prestations ou produits de santé prévues aux articles L. 162-1-7, L. 162-14-1, L. 162-16, L. 165-1 et L. 322-5 ;

« 6° Les conditions mentionnées aux articles L. 313-1 et L. 622-3, en tant qu'elles concernent les indemnités journalières mentionnées aux articles L. 321-1, L. 331-3, L. 331-7, L. 331-8, L. 622-1, L. 622-2 et L. 623-1 du présent code et à l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime, ainsi que le capital prévu aux articles L. 361-1 et L. 632-1 du présent code ;

« 7° Le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 323-1 du présent code, au cinquième alinéa de l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime et à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 752-5 du même code ;

« 8° Les délais et les sanctions mentionnés au premier alinéa de l'article L. 321-2 du présent code et au sixième alinéa de l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime pour les incapacités de travail, ainsi qu'aux articles L. 441-1 et L. 441-2 du présent code, au premier alinéa de l'article L. 751-26 du code rural et de la pêche maritime et au premier alinéa de l'article L. 752-24 du même code pour les accidents de travail.

« Ces dérogations ne peuvent être prévues que pour les actes et prestations directement en lien avec le risque en cause et pour les assurés exposés à ce risque.

« Le décret mentionné au premier alinéa détermine les prestations et les assurés concernés, ainsi que la nature, le niveau, la durée et les conditions de mise en œuvre des dérogations et des prises en charge applicables. Il fixe, le cas échéant, des modalités d'organisation et de coordination des organismes de sécurité sociale, spécifiques à la procédure de prise en charge. »

II. – Après le septième alinéa de l'article 9 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« – L. 16-10-1 ; ».

III. – L'article 20-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi modifié :

1° Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

2° Au 9°, après la référence : « 8° », sont insérés les mots : « du présent I » ;

3° Il est ajouté un II ainsi rédigé :

« II. – Le chapitre X du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est applicable à Mayotte. » ;

4° À la première phrase de l'article 20-2, après la référence : « 8° », sont insérés les mots : « du I » ;

5° Au premier alinéa de l'article 20-6, après la référence : « 7° », sont insérés les mots : « du I ».

IV. – Au 2° de l'article 8 de l'ordonnance n° 2012-785 du 31 mai 2012 portant extension et adaptation du code de l'action sociale et des familles au Département de Mayotte, après la référence : « 13° », sont insérés les mots : « du I ».

Article 55

Après le 8° de l'article L. 169-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 8° *bis* ainsi rédigé :

« 8° *bis* Les conditions d'ouverture du droit prévu à l'article L. 341-2 lorsque la mise en invalidité résulte de l'acte de terrorisme ; ».

CHAPITRE II

RENFORCER LA PRÉVENTION

Article 56

I. – La deuxième partie code de la santé publique est ainsi modifiée :

1° L'article L. 2132-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « six » est remplacé par le mot : « dix-huit » ;

b) À la fin du dernier alinéa, le mot : « interministériel » est remplacé par les mots : « des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale » ;

2° Le 2° de l'article L. 2421-1 est ainsi rédigé :

« 2° Le titre III, à l'exception de l'article L. 2132-3.

« Les articles L. 2133-1 et L. 2133-2 sont applicables dans leur rédaction résultant de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

« L'article L. 2132-2 est applicable dans sa rédaction résultant de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2019 ; ».

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

1° À la fin du 1° de l'article L. 160-9, les mots : « et des articles L. 2122-3 et L. 2132-2 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « et de l'article L. 2122-3 du code de la santé publique, ainsi que les frais d'examens de l'enfant réalisés en application de l'article L. 2132-2 du même code jusqu'à la fin de la période mentionnée au première alinéa du présent article » ;

2° Après le 24° de l'article L. 160-14, il est inséré un 25° ainsi rédigé :

« 25° Pour les frais liés aux examens prévus à l'article L. 2132-2 du code de la santé publique, à l'exception de ceux pris en charge au titre du risque maternité en application de l'article L. 160-9 du présent code. » ;

3° Après l'article L. 162-1-21, il est inséré un article L. 162-1-22 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-1-22.* – Les bénéficiaires de l'assurance maladie bénéficient du tiers payant sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour les frais relatifs aux examens prévus au 25° de l'article L. 160-14. Les professionnels de santé exerçant en ville le mettent en œuvre dans les conditions prévues aux articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4. »

III. – Le présent article entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} mars 2019.

Article 57

I. – L'article L. 137-27 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le mot : « affecté », la fin de la seconde phrase du premier alinéa est ainsi rédigée : « au fonds mentionné à l'article L. 221-1-4 du présent code. » ;

2° Après la référence : « 298 *quaterdecies* », la fin du deuxième alinéa est ainsi rédigée : « du code général des impôts. » ;

3° Au troisième alinéa, le mot : « dudit » est remplacé par les mots : « du même » et les mots : « du même » sont remplacés par le mot : « dudit ».

II. – Après l'article L. 221-1-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 221-1-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 221-1-4.* – I. – Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie, un fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives.

« II. – Une section du fonds retrace les actions à destination de l'outre-mer.

« III. – Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe, chaque année, la liste des bénéficiaires des financements attribués par le fonds ainsi que les montants et la destination des sommes qui leur sont versées en application du présent article. Il identifie les actions de la section du fonds à destination de l'outre-mer.

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

Article 58

Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard le 1^{er} juin 2019, un rapport relatif aux dépenses de prévention des addictions, notamment concernant la prévention de l'alcoolisme, afin d'évaluer l'efficacité des dépenses. Le rapport met en avant l'articulation entre les dépenses de prévention et l'évolution des conduites addictives, notamment des hospitalisations et passages aux urgences liés à ces pratiques et les coûts engendrés par celles-ci.

Article 59

I. – Au dernier alinéa de l'article L. 4161-1 du code de la santé publique, après le mot : « médicale, », sont insérés les mots : « ni aux pharmaciens qui effectuent des vaccinations, ».

II. – L'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le 8°, il est inséré un 9° ainsi rédigé :

« 9° Peuvent effectuer les vaccinations dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé. » ;

2° À la fin du dernier alinéa, la référence : « et 8° » est remplacée par les références : « , 8° et 9° ».

III. – L'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le début du quatorzième alinéa est ainsi rédigé : « 12° Des mesures... (*le reste sans changement*). » ;

2° Après le 13°, il est inséré un 14° ainsi rédigé :

« 14° La tarification des honoraires dus aux pharmaciens par les assurés sociaux, lorsque le pharmacien effectue, en application du 9° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique, des vaccinations dont la liste et les conditions sont fixées par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale. » ;

3° Au dix-neuvième alinéa et à la première phrase de l'avant-dernier alinéa, après les références : « aux 6° à 8° », sont insérés les mots : « et au 13° ».

IV. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} mars 2019. Les expérimentations conduites en application de l'article 66 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 prennent fin à la même date.

Article 60

I. – L'État peut autoriser, pour une durée de trois ans, dans deux régions volontaires dont au moins une région d'outre-mer, à titre expérimental, le financement, par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, des frais occasionnés par l'amélioration des pratiques des professionnels et établissements de santé pour le développement de la vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains chez les jeunes filles et, sous réserve de l'avis de l'autorité mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, chez les garçons.

II. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation, notamment les caractéristiques du projet à présenter dans chaque région ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des régions participant à l'expérimentation. Le contenu de

chaque projet d'expérimentation régional est défini par rapport à un cahier des charges arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé concernée.

III. – Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

Article 61

I. – L'État peut autoriser, pour une durée de trois ans, dans deux régions volontaires, à titre expérimental, le financement, par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, des frais occasionnés par l'amélioration des pratiques des professionnels et établissements de santé pour le développement de la vaccination contre la grippe des professionnels de santé et du personnel soignant dans les établissements de santé publics ou privés ainsi que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

II. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations, notamment les caractéristiques du projet à présenter dans chaque région, ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des régions participant à l'expérimentation. Le contenu de chaque projet d'expérimentation régional est défini par rapport à un cahier des charges arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé concernée.

III. – Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

CHAPITRE III

Améliorer les prises en charge

Article 62

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

1° Le titre III est complété par un chapitre V ainsi rédigé :

« CHAPITRE V

« Parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement

« Art. L. 2135-1. – Pour l’accompagnement des enfants présentant un trouble du neuro-développement et pour la réalisation d’un diagnostic, un parcours de bilan et intervention précoce est pris en charge par l’assurance maladie.

« Le parcours est organisé par des structures désignées par arrêté du directeur général de l’agence régionale de santé parmi les établissements ou services mentionnés aux 2°, 3° et 11° du I de l’article L. 312-1 du code de l’action sociale et des familles ou les établissements mentionnés à l’article L. 3221-1 du présent code.

« Les professionnels de santé mentionnés aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du code de la sécurité sociale, aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 du présent code et les psychologues peuvent conclure avec les structures désignées au deuxième alinéa du présent article un contrat, conforme au contrat type défini par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du handicap. Ce contrat prévoit notamment, pour chaque catégorie de professionnels, des engagements de bonnes pratiques professionnelles et les conditions de retour d’information à la structure désignée et au médecin traitant. Pour les professionnels mentionnés aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 et les psychologues, le contrat prévoit également les modalités selon lesquelles la structure désignée rémunère les prestations réalisées dans le cadre du parcours.

« La prise en charge du parcours est soumise à prescription médicale.

« Un décret en Conseil d’État fixe les conditions d’application du présent article. » ;

2° L’article L. 2112-8 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Par dérogation au premier alinéa du présent article, les régimes d’assurance maladie financent l’intégralité des dépenses relatives au parcours mentionné à l’article L. 2135-1. »

II. – La section 10 du chapitre IV du titre VII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi rétablie :

« *Section 10*

« ***Dépenses relatives au parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement***

« *Art. L. 174-17.* – Les structures désignées en application de l'article L. 2135-1 du code de la santé publique perçoivent une dotation pour financer le parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement, versée par la caisse mentionnée au premier alinéa des articles L. 174-2 ou L. 174-8 du présent code. »

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

IV. – le huitième alinéa de l'article 9 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales est complété par la référence : « et L. 174-17 ».

Article 63

À titre expérimental, pour une durée de cinq ans à compter de la publication de la présente loi et par dérogation aux IV, V et VI de l'article L. 314-1 du code de l'action sociale et des familles, les autorités compétentes en matière de tarification des établissements et services mentionnés au 7° du I de l'article L. 312-1 du même code et à l'article L. 2132-4 du code de la santé publique peuvent, par convention signée entre elles, organiser, au profit de l'une d'entre elles, la délégation de la compétence de détermination et de modification des tarifs attribués auxdits établissements et services.

La convention détermine les conditions et modalités de la tarification des établissements et services concernés, en ne retenant qu'une seule des formes mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles.

Les articles L. 314-7 et L. 314-7-1 du même code ne s'appliquent qu'à l'égard de l'autorité délégataire.

Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

Article 64

I. – Le VII de l'article 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, l'année : « 2023 » est remplacée par l'année : « 2021 » ;

2° À l'avant-dernier alinéa, le mot : « cinquième » est remplacé par le mot : « tiers », le mot : « quart » est remplacé par le mot : « demi », les mots : « un tiers » sont remplacés par les mots : « et un » et, à la fin, les mots : « , un demi en 2022 et un en 2023 » sont supprimés.

II. – Le titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Le V de l'article L. 313-12 est ainsi modifié :

a) La deuxième phrase est complétée par les mots : « , qu'il peut lui-même réaliser, en cette qualité et en articulation avec le médecin traitant, dans des conditions prévues par décret » ;

b) À la quatrième phrase, après le mot : « sont », il est inséré le mot : « également » ;

2° Le deuxième alinéa de l'article L. 314-12 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Des clauses spécifiques sont prévues dans le cas où le médecin coordonnateur de l'établissement intervient également auprès d'un ou de plusieurs résidents comme médecin traitant. »

CHAPITRE IV

Améliorer les conditions de l'accès aux produits de santé

Article 65

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

1° Au 1° de l'article L. 133-4, après les mots : « des articles », sont insérées les références : « L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-2-1, » et, à la fin, la référence : « et L. 162-23-1 » est remplacée par les références : « , L. 162-23-1 et L. 165-1-5 » ;

2° L'article L. 162-4 est ainsi modifié :

a) Au 1°, après le mot : « thérapeutiques », sont insérés les mots : « ou des conditions » ;

b) Le 2° est complété par les mots : « , ou des conditions figurant sur cette même liste » ;

3° Au 2° du II de l'article L. 162-16-4, les mots : « quatrième alinéa » sont remplacés par la référence : « III » ;

4° Au début du troisième alinéa du I de l'article L. 162-16-5, sont ajoutés les mots : « Sous réserve du respect des articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2, et notamment de la prise en charge des spécialités concernées à ce titre, » ;

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

a) La première phrase du premier alinéa du I est ainsi modifiée :

– après le mot : « publique », sont insérés les mots : « prises en charge selon les modalités fixées à l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code, » ;

– après le mot : « réclame », sont insérés les mots : « , le cas échéant, » ;

– sont ajoutés les mots : « dès lors que celui-ci ne fait pas l'objet d'une prise en charge au titre des articles L. 162-17 du présent code ou L. 5123-2 du code de la santé publique pour au moins l'une de ses indications » ;

b) À la première phrase du premier alinéa du II, après le mot : « utilisation », sont insérés les mots : « selon les modalités fixées à l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code » ;

c) Le second alinéa du même II est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Lorsque toutes les indications prises en charge d'un médicament, au titre des articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2, relèvent des dispositions du V du présent article, pour la partie de l'année civile sur laquelle cette condition est satisfaite, le chiffre d'affaires mentionné à la première phrase du présent alinéa pris en compte pour l'application du premier alinéa du présent II s'entend uniquement du chiffre d'affaires réalisé au titre des indications prises en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2. Le chiffre d'affaires réalisé au titre de ces indications, pour la période de temps concernée, est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total pour le médicament par la part d'utilisation de ce médicament dans les indications considérées. » ;

d) Le IV est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le III du présent article et le présent IV sont applicables aux indications ne faisant pas l'objet de la fixation d'une compensation mentionnée au V du présent article. » ;

e) Après le même IV, sont insérés quatre alinéas ainsi rédigés :

« V. – Lorsque qu'une spécialité pharmaceutique dispose d'une autorisation de mise sur le marché pour au moins l'une de ses indications, et qu'une prise en charge de cette spécialité est autorisée en application du I de l'article L. 162-16-5-1-1, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent la compensation accordée à l'entreprise exploitant la spécialité pour sa mise à disposition dans le cadre de l'indication pour laquelle une prise en charge est autorisée. La compensation ainsi fixée reste applicable en cas de prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2.

« Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent également une compensation lorsque la spécialité pharmaceutique fait l'objet d'une prise en charge en application du II du même article L. 162-16-5-2.

« Pour les indications faisant l'objet d'une compensation mentionnée au présent V, 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, sous forme de remises, la différence entre le chiffre d'affaires facturé par l'entreprise au titre de cette indication, minoré le cas échéant des remises mentionnées au II du présent article au titre la période et pour l'indication considérées, et le montant qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues et utilisées dans le cadre de cette indication selon la compensation fixée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. 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.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent V, notamment les conditions de prise en charge des spécialités concernées. » ;

f) Le V, qui devient le VI, est ainsi modifié :

– à la première phrase, après les deux occurrences de la référence : « du II », est insérée la référence : « ou du V » ;

– à la deuxième phrase, après le mot : « utilisation », sont insérés les mots : « dans le cadre de l'article L. 162-16-5-1-1 » ;

– à la même deuxième phrase, après la référence : « au II », est insérée la référence : « ou au V » ;

– à la dernière phrase, après la référence : « au II », est insérée la référence : « ou au V » ;

g) Le VI, qui devient le VII, est ainsi modifié :

– aux première et seconde phrases, après le mot : « charge », sont insérés les mots : « accordée dans le cadre de l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code » ;

– à la première phrase, après le mot : « publique », sont insérés les mots : « , octroyée au titre du 1^o du I du même article L. 5121-12 ou au titre du 2^o du même I, » ;

6° Après le même article L. 162-16-5-1, il est inséré un article L. 162-16-5-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-16-5-1-1. – I. –* Les spécialités pharmaceutiques disposant, pour des indications particulières, d'une autorisation temporaire d'utilisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique font l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie dans certains établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du présent code ou dans certains établissements de santé disposant d'une pharmacie à usage intérieur.

« Les autorisations temporaires d'utilisation délivrées au titre du 2^o du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge qu'avant la délivrance d'une première autorisation de mise sur le marché pour le médicament considéré ainsi que dans le cadre de la continuité de traitement mentionné à l'article L. 162-16-5-2 du présent code.

« En cas de prise en charge d'une indication au titre du présent article ou de l'article L. 162-16-5-2, 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.

« II. – Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de prise en charge des spécialités disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation, sont définies par décret en Conseil d'État. » ;

7° L'article L. 162-16-5-2 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi modifié :

– au premier alinéa, les mots : « , préalablement à l'obtention de sa première autorisation de mise sur le marché, » sont supprimés ;

– au même premier alinéa, après les mots : « santé publique », sont insérés les mots : « et qui a fait l'objet d'une prise en charge en application de l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code » ;

– après le mot : « pour », la fin dudit premier alinéa est ainsi rédigée : « l'indication ayant fait l'objet de l'autorisation temporaire d'utilisation dès lors que cette indication est mentionnée dans une autorisation de mise sur le marché délivrée pour ce médicament. » ;

– les 1° et 2° sont abrogés ;

– le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Par dérogation au premier alinéa du présent I, la poursuite de la prise en charge d'un traitement, pour un patient donné, initié dans le cadre d'une autorisation temporaire d'utilisation délivrée au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, et ayant fait l'objet d'une prise en charge au titre du I de l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code, est autorisée, sous réserve que l'indication n'ait pas fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché au sens du premier alinéa de l'article L. 5121-9 du code de la santé publique. » ;

b) Le II est ainsi rédigé :

« II. – Les entreprises exploitant des spécialités pharmaceutiques n'ayant pas fait l'objet, pour une indication particulière, d'une autorisation temporaire d'utilisation mais disposant d'une autorisation de mise sur le marché dans cette indication peuvent demander leur prise en charge temporaire par l'assurance maladie. La prise en charge est décidée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique et selon des conditions et modalités définies par décret en Conseil d'État. » ;

c) Le III est ainsi modifié :

– au premier alinéa du A, après les mots : « mentionnée au I », sont insérés les mots : « et au II » ;

– au 1° du même A, après le mot : « inscription », sont insérés les mots : « ou au refus d’inscription » ;

– au 3° dudit A, les mots : « marché, ou » sont remplacés par les mots : « marché pour les indications relevant du I du présent article, ou aucune demande d’inscription n’est déposée concomitamment à la demande de prise en charge pour les indications relevant du II, ou, pour les indications relevant des I ou II, » ;

– il est ajouté un D ainsi rédigé :

« D. – Le présent III est notamment applicable aux spécialités disposant ou ayant disposé d’une autorisation temporaire d’utilisation au titre des 1° ou 2° du I de l’article L. 5121-12 du code de la santé publique et d’une prise en charge à ce titre. » ;

d) Le IV est ainsi rédigé :

« IV. – Le dernier alinéa du I de l’article L. 162-16-5-1-1 est applicable aux prises en charge au titre du présent article. » ;

8° Le premier alinéa de l’article L. 162-16-5-3 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, après les mots : « titre de », sont insérés les mots : « l’article L. 162-16-5-1-1 ou de » ;

b) À la deuxième phrase, après les mots : « dispositions de », sont insérés les mots : « l’article L. 162-16-5-1-1 ou de » ;

9° Après le même article L. 162-16-5-3, il est inséré un article L. 162-16-5-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-16-5-4. – I. – La prise en charge d’une spécialité pharmaceutique, pour une indication particulière, au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2, implique l’engagement par le laboratoire exploitant la spécialité de permettre d’assurer la continuité des traitements initiés :

« 1° Pendant la durée de la prise en charge au titre des mêmes articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 ;

« 2° Et pendant une durée d’au moins un an à compter, pour l’indication considérée, de l’arrêt de la prise en charge au titre desdits articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2.

« Ces dispositions 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. Le délai d'un an est ramené à quarante-cinq jours lorsque l'indication concernée fait l'objet d'un refus de prise en charge au titre de l'article L. 162-17 du présent code ou au titre de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.

« Durant la période de continuité de traitement postérieure à la prise en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2, les conditions de prise en charge, le cas échéant, fixées par le Comité économique des produits de santé s'appliquent. Lorsque l'inscription est prononcée uniquement sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, le laboratoire permet l'achat de son produit pour les continuités de traitement à un tarif qui n'excède pas, le cas échéant après l'application de remises, le prix de référence mentionné à l'article L. 162-16-5-1 du présent code.

« II. – En cas de manquement aux dispositions du I, le Comité économique des produits de santé peut prononcer une pénalité financière à l'encontre du laboratoire exploitant selon les modalités prévues aux onzième à avant-dernier alinéas de l'article L. 162-17-4, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre de la spécialité mentionnée au I du présent article, durant les vingt-quatre mois précédant la constatation du manquement. » ;

10° Le troisième alinéa de l'article L. 162-17 est complété par une phrase ainsi rédigée : « L'inscription peut également être assortie de conditions particulières de prescription, de dispensation ou d'utilisation, notamment de durées de prise en charge. » ;

11° Après l'article L. 162-17-1-1, il est inséré un article L. 162-17-1-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-17-1-2.* – La prise en charge des produits de santé et prestations éventuellement associées au titre de l'une des listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 et aux articles L. 162-22-7, L. 162-23-6 et L. 165-1 du présent code, au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou au titre des articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-2-1 ou L. 165-1-5 du présent code peut être subordonnée au recueil et à la transmission d'informations relatives aux patients traités, au contexte de la prescription, aux indications dans lesquelles le produit de santé ou la prestation est

prescrit et aux résultats ou effets de ces traitements. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les produits de santé et prestations associées et les informations concernés par ces dispositions.

« Ces informations sont transmises aux systèmes d'information prévus à l'article L. 161-28-1 du présent code et à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique. Elles peuvent être transmises au service du contrôle médical dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

« Le non-respect de ces obligations peut donner lieu à une procédure de recouvrement d'un indu correspondant aux sommes prises en charge par l'assurance maladie, selon les modalités prévues à l'article L. 133-4 du présent code. » ;

12° Après les mots : « sécurité sociale », la fin de la troisième phrase du premier alinéa et de la première phrase du quatrième alinéa de l'article L. 162-17-2-1 est supprimée ;

13° L'article L. 162-17-2-2 est ainsi rétabli :

« *Art. L. 162-17-2-2.* – Les règles de prise en charge par l'assurance maladie des médicaments homéopathiques relevant ou ayant vocation à relever de l'enregistrement prévu à l'article L. 5121-13 du code de la santé publique, ou de tout ou partie d'entre eux, sont définies par décret en Conseil d'État.

« Ce décret précise notamment la procédure et les modalités d'évaluation ou de réévaluation de ces médicaments, ou de tout ou partie d'entre eux, par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du même code, ainsi que les conditions dans lesquelles ces médicaments homéopathiques, ou tout ou partie d'entre eux, peuvent, le cas échéant, être admis ou exclus de la prise en charge par l'assurance maladie. » ;

14° Le neuvième alinéa de l'article L. 162-17-4 est ainsi modifié :

a) À la fin de la dernière phrase, la référence : « de l'article L. 162-16-4 » est remplacée par les références : « des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6 » ;

b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Les dispositions du présent alinéa sont indépendantes et ne font pas obstacle à l'application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5, L. 162-16-6 et L. 162-18. » ;

15° L'article L. 162-18 est ainsi modifié :

- a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- b) Les deux dernières phrases du quatrième alinéa sont supprimées ;
- c) Après le même quatrième alinéa, sont insérés des II et III ainsi rédigés :

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

« Ces remises sont fixées par convention entre l’entreprise exploitant la spécialité et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision de ce dernier.

« III. – Les remises sont recouvrées par les organismes mentionnés à l’article L. 213-1 désignés par le directeur de l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les prix nets, tarifs nets ou coûts nets s’entendent déduction faite de ces remises. » ;

- d) Au début du cinquième alinéa, est ajoutée la mention : « IV. – » ;

e) À la seconde phrase du sixième alinéa, la référence : « au premier alinéa » est remplacée par les références : « aux I et II » et les mots : « des trois prochaines années » sont remplacés par les mots : « de la prochaine année » ;

f) À la fin de l’avant-dernier alinéa, la référence : « sixième alinéa du présent article » est remplacée par la référence : « deuxième alinéa du présent IV » ;

g) Au dernier alinéa, après le mot : « convention », sont insérés les mots : « ou de décision » ;

16° À l'article L. 162-22-7-3, après le mot : « médicaments », sont insérés les mots : « qui bénéficient d'un dispositif de prise en charge », la référence : « L. 5121-12 du code la santé publique » est remplacée par la référence : « L. 162-16-5-1-1 » et sont ajoutés les mots : « , dans les conditions fixées aux articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 » ;

17° Après l'article L. 165-1-3, il est inséré un article L. 165-1-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 165-1-5. – I. – Certains produits et prestations pour lesquels, pour une indication particulière, une inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 est demandée et est en cours d'instruction, peuvent faire l'objet d'une prise en charge temporaire par l'assurance maladie, décidée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la commission mentionnée au même article L. 165-1 et selon des conditions et modalités définies par décret en Conseil d'État. Ce décret fixe également les situations dans lesquelles il peut être mis fin à la prise en charge temporaire. Seuls certains établissements de santé peuvent distribuer ce produit ou cette prestation en vue de sa prise en charge. Cette prise en charge peut conduire les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale à modifier les conditions de délivrance des produits concernés au titre de leur éventuelle prise en charge au titre dudit article L. 165-1.*

« Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent la compensation accordée à l'entreprise commercialisant le produit ou la prestation dans le cadre de l'indication pour laquelle une prise en charge est autorisée en application du présent I.

« II. – Pour les indications faisant l'objet d'une compensation mentionnée au I du présent article, l'entreprise commercialisant le produit ou la prestation 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, sous forme de remises, la différence entre le chiffre d'affaires facturé par l'entreprise au titre de cette indication et le montant qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues et utilisées dans le cadre de cette indication selon la compensation fixée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le chiffre d'affaires facturé au titre de l'indication est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour ce produit ou cette prestation par la part d'utilisation du produit ou de la prestation dans l'indication considérée.

« III. – Lorsqu'un produit ou une prestation ayant fait l'objet d'un versement de remises au sens du II du présent article est inscrit au

remboursement au titre de l'article L. 165-1 et fait l'objet d'un prix ou d'un tarif fixé par convention avec le Comité économique des produits de santé au titre de l'une ou de plusieurs de ses indications, la convention détermine le prix ou tarif net de référence du produit ou de la prestation au sens de l'article L. 165-4 et, le cas échéant, la restitution consécutive de tout ou partie de la remise versée en application du II du présent article. Le montant de cette restitution résulte de la valorisation des unités vendues, et prises en charge au titre du I, au prix ou tarif net de référence, minorée du chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé après déduction de la remise prévue au II, au titre des indications considérées et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée. Le montant de cette restitution ne peut excéder la remise versée en application du même II, au titre des indications considérées et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée.

« IV. – L'article L. 162-16-5-4 est applicable aux produits et prestations faisant l'objet de la prise en charge mentionnée au I du présent article. » ;

18° Le III de l'article L. 165-4 est ainsi modifié :

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

« IV. – Les conventions conclues au titre des produits ou prestations bénéficiant, pour l'une de leurs indications, d'une prise en charge mentionnée à l'article L. 165-1-5 n'incluent que des remises portant sur les unités vendues à compter de la signature de la convention. Elles incluent également des prévisions relatives aux volumes de vente, le cas échéant indication par indication, pour la prochaine année.

« Sur la base de ces éléments et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, le Comité économique des produits de santé fixe un prix net de référence pour chaque produit ou prestation. Ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées au I du présent article, qui pourraient être dues au titre de la prochaine année, du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 165-2.

« Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application du présent IV.

« À défaut de convention prévoyant des remises, le tarif de responsabilité tient lieu de prix net de référence. » ;

b) Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « V. – ».

II. – Au premier alinéa du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, après le mot : « médicaments », sont insérés les mots : « , dans des indications thérapeutiques précises, ».

III. – L'article L. 162-17-2-2 du code de la sécurité sociale est également applicable aux médicaments homéopathiques pris en charge, à la date de publication de la présente loi, au titre de l'une des listes mentionnées à l'article L. 162-17 du même code.

IV. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} mars 2019, à l'exception des 11° et 13° du I ainsi que du III.

V. – Jusqu'à l'entrée en vigueur du décret relatif aux conditions de transmission de l'indication mentionné à l'article L. 162-16-5-3 du code de la sécurité sociale, la répartition des volumes de vente selon les indications nécessaires à l'application de l'article L. 162-16-5-1 du même code est calculée au prorata des estimations des populations cibles réalisées par le Comité économique des produits de santé.

VI. – Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de deux ans à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport évaluant la mise en œuvre de l'ouverture des autorisations temporaires d'utilisation à de nouvelles indications.

Article 66

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

1° Le 5° de l'article L. 5121-1 est complété par des *c* et *d* ainsi rédigés :

« *c*) Spécialité hybride d'une spécialité de référence, une spécialité qui ne répond pas à la définition d'une spécialité générique parce qu'elle comporte par rapport à la spécialité de référence des différences relatives aux indications thérapeutiques, au dosage, à la forme pharmaceutique ou à la voie d'administration, ou lorsque la bioéquivalence par rapport à cette spécialité de référence n'a pu être démontrée par des études de biodisponibilité. L'autorisation de mise sur le marché d'une spécialité hybride repose au moins pour partie sur les résultats des essais précliniques et cliniques appropriés déterminés en fonction de ces différences ;

« *d*) Groupe hybride, le regroupement d'une spécialité de référence et des spécialités qui en sont hybrides ; »

2° L'article L. 5121-10 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa et au deuxième alinéa, après le mot : « générique », sont insérés les mots : « ou hybride » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les spécialités hybrides, il est créé un registre des groupes hybrides comportant les groupes dans lesquels sont regroupés une spécialité de référence et des spécialités qui en sont hybrides. Sont fixées par décret en Conseil d'État les conditions d'élaboration de ce registre, notamment les modalités d'inscription des spécialités dans les groupes hybrides correspondants ou de radiation des spécialités de ces groupes par le directeur général de l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des classes de médicaments pouvant faire l'objet de groupes inscrits sur ce registre. » ;

3° L'article L. 5125-23 est ainsi modifié :

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

b) Au début du deuxième alinéa, est ajoutée la mention : « II. - » ;

c) Au même deuxième alinéa, après le mot : « générique », sont insérés les mots : « ou hybride » ;

d) Le troisième alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Par dérogation au I, il peut délivrer par substitution à la spécialité prescrite une spécialité du même groupe générique ou du même groupe hybride, à condition que le prescripteur n'ait pas exclu cette possibilité par une mention expresse et justifiée portée sur l'ordonnance. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, précise les situations médicales dans lesquelles cette exclusion peut être justifiée, notamment sur l'ordonnance, ainsi que, le cas échéant, les modalités de présentation de cette justification par le prescripteur. Pour les spécialités figurant sur l'une des listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, cette substitution s'effectue dans les conditions prévues à l'article L. 162-16 du même code.

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise, après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des

produits de santé, les situations médicales dans lesquelles la substitution peut être effectuée par le pharmacien au sein d'un groupe hybride. » ;

e) Au quatrième alinéa, au début, est ajoutée la mention : « III. – » et, après le mot : « générique », sont insérés les mots : « ou du même groupe hybride » ;

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

4° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 5125-23-2, les mots : « ou un médicament administré par voie inhalée à l'aide d'un dispositif » sont supprimés ;

5° L'article L. 5125-23-4 est abrogé.

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

1° Au 4° de l'article L. 161-36-4, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « dernier » ;

2° L'article L. 162-16 est ainsi modifié :

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

b) Au début du deuxième alinéa, est ajoutée la mention : « II. – » ;

c) Au troisième alinéa, la référence : « cinquième alinéa » est remplacée par la référence : « III » ;

d) Le quatrième alinéa est remplacé par des III et IV ainsi rédigés :

« III. – La base de remboursement des frais exposés par l'assuré au titre de la spécialité délivrée par le pharmacien d'officine, ou d'une pharmacie à usage intérieur en application du 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique, est limitée à la base de remboursement la plus chère en vigueur pour les spécialités génériques ou hybrides appartenant au groupe générique ou hybride concerné, lorsque le pharmacien délivre une spécialité :

« 1° Sur présentation d'une prescription libellée en dénomination commune qui peut être respectée par la délivrance d'une spécialité figurant au sein d'un groupe générique ou hybride mentionné au 5° de l'article L. 5121-1 du même code ;

« 2° Ou pour laquelle la spécialité prescrite ou délivrée appartient à un groupe générique ou hybride.

« Le pharmacien délivre pour la spécialité concernée le conditionnement le moins coûteux pour l'assurance maladie.

« Le pharmacien propose au patient, le cas échéant par substitution, une spécialité dont la base de remboursement n'excède pas la plus chère en vigueur pour les spécialités génériques ou hybrides appartenant au groupe générique ou hybride concerné.

« Pour l'application du présent III, seules les spécialités inscrites sur l'une des listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 sont prises en compte.

« IV. – Le III, à l'exception de l'avant-dernier alinéa, n'est pas applicable lorsque le prescripteur a exclu sur justification médicale la possibilité de substitution conformément au deuxième alinéa du II de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, ou lorsque la délivrance par substitution d'une spécialité hybride n'est pas admise en application du dernier alinéa du II du présent article » ;

e) Au cinquième alinéa, au début, est ajoutée la mention : « V. – » et la référence : « du troisième alinéa de l'article L. 5125-23 », la référence : « ou de l'article L. 5125-23-4 » et les mots : « de la spécialité générique ou » sont supprimés ;

f) Le sixième alinéa est ainsi modifié :

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

– à la première phrase, la première occurrence des références : « cinquième et sixième alinéas » est remplacée par les références : « III et V du présent article » et la seconde occurrence des références : « cinquième et sixième alinéas » est remplacée par les références : « mêmes III et V » ;

– à la fin de la seconde phrase, les mots : « , de la santé, de l'économie et du budget » sont remplacés par les mots : « et de la santé » ;

g) Au début du huitième alinéa, est ajoutée la mention : « VII. – » ;

3° L'article L. 162-16-7 est ainsi modifié :

a) À la seconde phrase du troisième alinéa, les mots : « y compris » sont remplacés par le mot : « dans » ;

b) Le dernier alinéa est supprimé ;

4° Après l'article L. 162-22-7-3, il est inséré un article L. 162-22-7-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-7-4.* – Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 peuvent bénéficier d'une dotation du fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique lorsqu'ils atteignent des résultats évalués à l'aide d'indicateurs relatifs à la pertinence et à l'efficacité de leurs prescriptions de produits de santé, mesurés tous les ans par établissement.

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dresse la liste des indicateurs relatifs à la pertinence et à l'efficacité des prescriptions et précise, pour chaque indicateur, les modalités de calcul du montant de la dotation par établissement. »

III. – Les modalités de détermination de la dotation mentionnées à l'article L. 162-22-7-4 du code de la sécurité sociale peuvent se fonder sur l'analyse des prescriptions effectuées à compter du 1^{er} janvier 2018.

IV. – La mention expresse mentionnée au deuxième alinéa du II de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la présente loi, est portée sur l'ordonnance sous forme exclusivement manuscrite, jusqu'à l'entrée en vigueur de l'arrêté mentionné au même deuxième alinéa.

V. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019, à l'exception du 2° du II et des dispositions relatives aux médicaments hybrides qui entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

Article 67

L'article L. 1151-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après le mot : « médicaux », sont insérés les mots : « et l'utilisation de médicaments » ;

2° À la première phrase de l'avant-dernier alinéa, après le mot : « médicaux », sont insérés les mots : « , de ces médicaments ».

TITRE III

MODULER ET ADAPTER LES PRESTATIONS AUX BESOINS

Article 68

Au titre de 2019 et 2020, par dérogation à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale, les montants des prestations et des plafonds de ressources relevant du même article L. 161-25 sont revalorisés annuellement de 0,3 %.

Toutefois, ne sont pas concernés par cette dérogation :

1° L'allocation de veuvage mentionnée à l'article L. 356-2 du même code ;

2° L'allocation de solidarité aux personnes âgées mentionnée à l'article L. 815-1 dudit code et les prestations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, ainsi que les plafonds de ressources prévus pour le service de ces allocations ;

3° L'allocation supplémentaire d'invalidité mentionnée à l'article L. 815-24 du code de la sécurité sociale ainsi que les plafonds de ressources prévus pour le service de cette allocation ;

4° Le plafond de ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé prévu à l'article L. 861-1 du même code ;

5° Le revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles et l'aide à la réinsertion familiale et sociale des anciens migrants mentionnée à l'article L. 117-3 du même code ;

6° Les allocations mentionnées au 2° de l'article L. 5421-2 du code du travail et l'allocation temporaire d'attente mentionnée à l'article L. 5423-8 du même code ;

7° L'allocation pour demandeur d'asile mentionnée à l'article L. 744-9 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;

8° L'allocation spéciale pour les personnes âgées mentionnée à l'article 28 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la

protection sanitaire et sociale à Mayotte, ainsi que le plafond de ressources prévu pour le service de cette allocation ;

9° L'allocation de solidarité aux personnes âgées et les prestations mentionnées, respectivement, aux 1° et 9° de l'article 7 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon ainsi que les plafonds de ressources prévus pour le service de ces allocations.

Article 69

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

1° L'article L. 531-5 est ainsi modifié :

a) À l'avant-dernier alinéa du *b* du I, les références : « , L. 5423-2 et L. 5423-8 » sont remplacées par la référence : « et L. 5423-2 » ;

b) Le III est complété par un 4° ainsi rédigé :

« 4° Lorsque le ménage ou la personne seule bénéficie au titre d'un enfant à charge de la prestation prévue à l'article L. 541-1. » ;

2° Après le 3° de l'article L. 531-6, il est inséré un 4° ainsi rédigé :

« 4° Lorsque le ménage ou la personne seule bénéficie au titre d'un enfant à charge de la prestation prévue à l'article L. 541-1. »

II. – Le 6° de l'article 11 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales est ainsi modifié :

1° Après le dix-huitième alinéa du *b*, il est inséré un 4° ainsi rédigé :

« 4° Lorsque le ménage ou la personne seule bénéficie au titre d'un enfant à charge de la prestation prévue à l'article L. 541-1. » ;

2° Le *c* est abrogé.

III. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} novembre 2019 et s'applique aux gardes réalisées à compter de cette date.

Article 70

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

1° Le IV de l'article L. 531-5 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Toutefois, pour les enfants ayant atteint l'âge limite mentionné au premier alinéa du même article L. 531-1 entre le 1^{er} janvier et le 31 août de l'année, la prestation demeure versée intégralement. » ;

2° Le septième alinéa de l'article L. 531-6, tel qu'il résulte de l'article 69 de la présente loi, est complété par les mots : « dans les conditions prévues au même IV » ;

3° Le même article L. 531-6 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au premier alinéa du présent article, le complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant peut être versé directement à l'association ou à l'entreprise qui assure la garde de l'enfant, sur demande de la famille bénéficiaire et après accord de l'association ou de l'entreprise précitée, dans des conditions précisées par décret. » ;

4° Le premier alinéa de l'article L. 543-1 est ainsi modifié :

a) Les mots : « inscrit en exécution de l'obligation scolaire » sont remplacés par les mots : « qui, ayant atteint un âge déterminé, est inscrit » ;

b) Sont ajoutés les mots : « , jusqu'à la fin de l'obligation scolaire ».

II. – L'avant-dernier alinéa du *b* du 6° de l'article 11 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 précitée est complété par une phrase ainsi rédigée : « Toutefois, pour les enfants ayant atteint l'âge limite mentionné au premier alinéa dudit article L. 531-1 entre le 1^{er} janvier et le 31 août de l'année, la prestation demeure versée intégralement. »

III. – Au premier alinéa de l'article 8 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte, après les mots : « obligation scolaire, », sont insérés les mots : « à compter de l'entrée dans l'enseignement élémentaire ».

IV. – Le 4° du I et le III du présent article s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2019. Les 1° et 2° du I et le II s'appliquent aux gardes

d'enfants réalisées à compter du 1^{er} janvier 2020. Le 3^o du I s'applique aux gardes d'enfants réalisées à compter du 1^{er} janvier 2022.

Article 71

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

1^o L'article L. 623-1 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi rédigé :

« I. – Les assurées auxquelles s'appliquent les dispositions du présent titre bénéficient à l'occasion de leur maternité, à condition de cesser leur activité pendant la durée minimale prévue à l'article L. 331-3 :

« 1^o D'une allocation forfaitaire de repos maternel ;

« 2^o D'indemnités journalières forfaitaires.

« Les femmes dont il est reconnu que la grossesse pathologique est liée à l'exposition *in utero* au diéthylstilbestrol bénéficient d'indemnités journalières forfaitaires à compter du premier jour de leur arrêt de travail dans les conditions prévues à l'article 32 de la loi n^o 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005. » ;

b) Au II, la référence : « deuxième alinéa » est remplacée par la référence : « 2^o » ;

c) Au 1^o du III, la référence : « premier alinéa » est remplacée par la référence : « 1^o » ;

d) Au 2^o du même III, la première occurrence de la référence : « deuxième alinéa » est remplacée par la référence : « 2^o » et, à la fin, la référence : « deuxième alinéa du I » est remplacée par la référence : « 2^o du I du présent article » ;

e) Au premier alinéa du IV, la référence : « premier alinéa » est remplacée par la référence : « 1^o du I » et la référence : « deuxième alinéa » est remplacée par la référence : « 2^o du même I » ;

2^o À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 623-4, la référence : « deuxième alinéa » est remplacée par la référence : « 2^o » et la référence : « premier alinéa » est remplacée par la référence : « 1^o » ;

3° À la fin du premier alinéa de l'article L. 663-1, les mots : « proportionnelles à la durée et au coût de ce remplacement » sont supprimés.

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

1° À la première phrase du second alinéa du 1° de l'article L. 722-10, les mots : « des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité » sont remplacés par les mots : « de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité » ;

2° L'article L. 732-10 est ainsi rédigé :

« Art. L. 732-10. – Les assurées mentionnées aux 1° et 2°, au *a* du 4° et au 5° de l'article L. 722-10 du présent code qui cessent leur activité en raison de leur maternité pendant la durée minimale prévue à l'article L. 331-3 du code de la sécurité sociale bénéficient, sur leur demande et sous réserve de se faire remplacer par du personnel salarié, d'une allocation de remplacement pour couvrir les frais exposés par leur remplacement dans les travaux de l'exploitation agricole.

« Lorsque le remplacement prévu au premier alinéa du présent article ne peut pas être effectué, les assurées mentionnées au 1° de l'article L. 722-10 du présent code qui cessent leur activité pendant la durée minimale prévue à l'article L. 331-3 du code de la sécurité sociale bénéficient, dans des conditions déterminées par décret, d'indemnités journalières forfaitaires.

« L'allocation de remplacement ou les indemnités journalières sont accordées à compter du premier jour de leur arrêt de travail, dans des conditions fixées par décret, aux assurées mentionnées aux premier et deuxième alinéas du présent article dont il est reconnu que la grossesse pathologique est liée à l'exposition *in utero* au diéthylstilbestrol. » ;

3° L'article L. 732-10-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, au début, les mots : « Lorsqu'elles » sont remplacés par les mots : « Lorsque les assurés », les mots : « personnes mentionnées » sont remplacés par les mots : « assurés mentionnés » et, à la fin, sont ajoutés les mots : « ou, lorsque le remplacement ne peut pas être effectué, des indemnités journalières prévues au deuxième alinéa de l'article L. 732-10, attribuées sans condition de durée minimale d'interruption d'activité » ;

b) Au second alinéa, après le mot : « allocation », sont insérés les mots : « de remplacement ou des indemnités journalières » ;

4° L'article L. 732-12-2 est ainsi modifié :

a) À la seconde phrase du premier alinéa, le mot : « prévue » est remplacé par les mots : « de remplacement ou des indemnités journalières dans les conditions prévues » ;

b) Au dernier alinéa, après le mot : « allocation », sont insérés les mots : « de remplacement ou des indemnités journalières ».

III. – Le I du présent article s'applique aux allocations mentionnées à l'article L. 623-1 du code de la sécurité sociale dont le premier versement intervient à compter du 1^{er} janvier 2019.

Le II du présent article s'applique aux allocations ou indemnités relatives à des arrêts de travail pour maternité débutant après le 31 décembre 2018.

Article 72

I. – Après le premier alinéa de l'article L. 732-12-1 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'état de santé de l'enfant nécessite son hospitalisation dans les conditions prévues à l'article L. 1225-35 du code du travail, l'allocation de remplacement est attribuée pendant la période d'hospitalisation, dans la limite d'une durée maximale fixée par décret. »

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

1° Après le deuxième alinéa de l'article L. 331-8, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au premier alinéa, l'indemnité journalière servie au titre du congé de paternité et d'accueil de l'enfant est versée pendant la période d'hospitalisation mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 1225-35 du code du travail. » ;

2° Le II de l'article L. 623-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'état de santé de l'enfant nécessite son hospitalisation dans les conditions prévues à l'article L. 1225-35 du code du travail, les indemnités journalières sont versées pendant la période d'hospitalisation,

dans la limite d'une durée maximale. Un décret fixe les modalités d'application du présent alinéa. »

III. – L'article L. 1225-35 du code du travail est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation aux trois premiers alinéas, lorsque l'état de santé de l'enfant nécessite son hospitalisation immédiate après la naissance dans une unité de soins spécialisée définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, le congé de paternité et d'accueil de l'enfant est de droit pendant la période d'hospitalisation, dans la limite d'une durée maximale déterminée par décret. »

IV. – Le présent article s'applique aux naissances intervenant à compter d'une date fixée par décret, et au plus tard à compter du 1^{er} juillet 2019.

Article 73

I. – Après l'article L. 131-6-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 131-6-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 131-6-1-1.* – Par dérogation à l'article L. 131-6-2 du présent code et au premier alinéa de l'article L. 6331-51 du code du travail, les travailleurs indépendants non agricoles autres que ceux mentionnés à l'article L. 613-7 du présent code et les travailleurs indépendants affiliés au régime mentionné au 3^o de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime bénéficient d'un report des cotisations ou contributions, provisionnelles ou définitives, pour toute la période pendant laquelle ils perçoivent une indemnité journalière mentionnée soit aux 2^o des I et III de l'article L. 623-1 du présent code, soit aux articles L. 732-10 et L. 732-10-1 du code rural et de la pêche maritime.

« Les cotisations ou contributions ayant fait l'objet d'un report mentionnées au premier alinéa du présent article peuvent faire l'objet d'un plan de paiement échelonné d'une durée maximale de douze mois, qui peut être portée à vingt-quatre mois par le directeur de l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, de la Caisse générale de sécurité sociale ou de la caisse de mutualité sociale agricole en cas de circonstances exceptionnelles.

« Ce report ne donne lieu à aucune majoration ni pénalité de retard. »

II. – Le I est applicable à compter du 1^{er} janvier 2020 pour les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 640-1 du code de la sécurité sociale.

Article 74

Dès réception d'une déclaration de grossesse, l'organisme de sécurité sociale adresse à l'intéressée un document détaillant l'ensemble de ses droits et lui indiquant qu'elle peut bénéficier, le cas échéant et à sa demande, d'un report de cotisations sociales dans les conditions prévues à l'article L. 131-6-1-1 du code de la sécurité sociale.

Article 75

À titre expérimental, pour une durée de trois ans à compter du 1^{er} janvier 2020, par dérogation à la condition de cessation d'activité prévue à l'article L. 623-1 du code de la sécurité sociale, les assurées mentionnées au I du même article L. 623-1 peuvent percevoir des indemnités journalières en cas de reprise partielle d'activité dans les conditions suivantes :

1° À hauteur d'un jour par semaine durant les quatre semaines suivant la période d'interruption totale d'activité prévue audit article L. 623-1 ;

2° À hauteur de deux jours par semaine au maximum durant les quatre semaines suivant la période mentionnée au 1° du présent article.

Les indemnités journalières ne sont pas versées pour les jours travaillés mais leur versement peut être reporté à l'issue de la durée d'attribution fixée en application de l'article L. 623-1 du code de la sécurité sociale, dans la limite de dix jours au maximum.

Au plus tard trois mois avant la fin de l'expérimentation, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation de cette expérimentation.

Article 76

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

1° L'article L. 622-3 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 622-3.* – Pour bénéficier du règlement des prestations en espèces au titre de l'assurance maladie et maternité pendant une durée déterminée, les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 doivent justifier, dans des conditions fixées par décret, d'une période minimale d'affiliation ainsi que du paiement d'un montant minimal de cotisations.

« Le revenu d'activité pris en compte pour le calcul de ces prestations est celui correspondant à l'assiette sur la base de laquelle l'assuré s'est effectivement acquitté, à la date de l'arrêt de travail, des cotisations mentionnées à l'article L. 621-1. » ;

2° Au début du deuxième alinéa de l'article L. 632-1, les mots : « La première phrase du premier alinéa et le deuxième alinéa » sont remplacés par les mots : « Les deux premiers alinéas » ;

3° Au troisième alinéa de l'article L. 646-4, la référence : « L. 361-6 » est remplacée par la référence : « L. 361-5 ».

II. – Le 2° de l'article 20-10-2 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est abrogé.

III. – Le présent article s'applique aux prestations versées au titre d'arrêts de travail débutant à compter du 1^{er} janvier 2019, à l'exception des dispositions du second alinéa de l'article L. 622-3 dans sa rédaction résultant du 1° du I, qui s'appliquent aux prestations versées au titre d'arrêts de travail débutant à compter du 1^{er} janvier 2020.

Article 77

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

1° Le cinquième alinéa de l'article L. 133-4 est complété par les mots : « ou lorsque ces actes sont effectués ou ces prestations et produits délivrés alors que le professionnel fait l'objet d'une interdiction d'exercer son activité libérale dans les conditions prévues au III de l'article L. 641-9 du code de commerce » ;

2° L'article L. 133-4-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au même premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un ou plusieurs versements dans un délai fixé par décret qui ne peut excéder douze mois, par retenue sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III, à l'article L. 511-1 et aux titres I^{er} à IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur ces mêmes prestations. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. » ;

3° À la première phrase de l'article L. 161-17-1-1, après la référence : « L. 353-6, », est insérée la référence : « L. 355-3, » ;

4° L'article L. 355-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un ou plusieurs versements dans un délai fixé par décret qui ne peut excéder douze mois, par retenue sur les prestations en espèces gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées à l'article L. 511-1, aux titres I^{er} à IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur ces mêmes prestations. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. » ;

5° L'article L. 553-2 est ainsi modifié :

a) Le troisième alinéa est complété par deux phrases ainsi rédigées : « En cas de fraude, le directeur de l'organisme débiteur de prestations familiales peut majorer le montant de la retenue d'un taux fixé par décret qui ne peut excéder 50 %. Ce taux est doublé en cas de réitération de la

fraude dans un délai de cinq ans à compter de la notification de l'indu ayant donné lieu à majoration de la retenue. » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations en espèces gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III et au titre I^{er} du livre VIII, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur ces mêmes prestations. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. » ;

6° L'article L. 815-11 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur l'allocation mentionnée au premier alinéa du présent article, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un ou plusieurs versements dans un délai fixé par décret qui ne peut excéder douze mois, par retenue sur les prestations en espèces gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées au titre V du livre III, à l'article L. 511-1, au titre III du présent livre et à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur ces mêmes prestations. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. » ;

7° L'article L. 821-5-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au premier alinéa du présent article, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations en espèces gérées par les organismes mentionnés à l'article

L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III et au titre I^{er} du présent livre, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur ces mêmes prestations. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. » ;

8° L'article L. 835-3 est ainsi modifié :

a) Le cinquième alinéa est complété par deux phrases ainsi rédigées :
« En cas de fraude, le directeur de l'organisme débiteur de prestations familiales peut majorer le montant de la retenue d'un taux fixé par décret qui ne peut excéder 50 %. Ce taux est doublé en cas de réitération de la fraude dans un délai de cinq ans à compter de la notification de l'indu ayant donné lieu à majoration de la retenue. » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au troisième alinéa du présent article, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations en espèces gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III et au titre I du présent livre, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur ces mêmes prestations. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. » ;

9° Après le cinquième alinéa de l'article L. 845-3, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au même troisième alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations en espèces gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III et au titre I^{er} du présent livre, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son

accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur ces mêmes prestations. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. » ;

10° L'article L. 861-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le décret mentionné à l'avant-dernier alinéa du présent article fixe également les modalités selon lesquelles les sommes dues par les organismes complémentaires aux organismes d'assurance maladie font l'objet d'une majoration de 10 % en l'absence de paiement dans les délais prévus ainsi que les modalités selon lesquelles le directeur de l'organisme d'assurance maladie peut délivrer une contrainte dans les conditions prévues à l'article L. 161-1-5. » ;

11° L'article L. 863-7-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les articles L. 133-4-1 et L. 161-5-1 sont applicables au recouvrement des prestations versées à tort. » ;

b) Le second alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le dernier alinéa de l'article L. 861-3 est applicable aux relations entre les organismes complémentaires et les organismes d'assurance maladie. »

II. – Après le sixième alinéa de l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées aux troisième et quatrième alinéas du présent article, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un versement, par retenue sur les prestations en espèces gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale ou sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III et au titre I^{er} du livre VIII du même code, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur ces mêmes prestations. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. »

III. – L'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation est ainsi modifié :

1° Le septième alinéa est complété par deux phrase ainsi rédigées :
« En cas de fraude, le directeur de l'organisme débiteur de prestations familiales peut majorer le montant de la retenue d'un taux fixé par décret qui ne peut excéder 50 %. Ce taux est doublé en cas de réitération de la fraude dans un délai de cinq ans à compter de la notification de l'indu ayant donné lieu à majoration de la retenue. » ;

2° Après le huitième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au sixième alinéa du présent article, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un versement, par retenue sur les prestations en espèces gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale ou sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III et au titre I^{er} du livre VIII du même code, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur ces mêmes prestations. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. »

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

1° L'article 20-5-6 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « articles », est insérée la référence : « L. 133-4-1, » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'application du dernier alinéa de l'article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale, les mots : “aux titres IV et V du livre III, à l'article L. 511-1 et aux titres I^{er} à IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles” sont remplacés par les mots : “à l'article 20-8-1 de la présente ordonnance, au chapitre II du titre I^{er} de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à

l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte, aux chapitres I^{er} et II du titre II, aux chapitres I^{er} et II du titre VI et au titre VI *bis* de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, au titre I^{er} de l'ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au Département de Mayotte, au revenu de solidarité active applicable à Mayotte mentionné à l'article L. 542-6 du code de l'action sociale et des familles, à l'article L. 433-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 du présent code". » ;

2° L'article 20-8-6 est complété par un 4° ainsi rédigé :

« 4° Au dernier alinéa de l'article L. 355-3, les mots : "gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées à l'article L. 511-1, aux titres I^{er} à IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles" sont remplacés par les mots : "mentionnées à l'article 20-1 de la présente ordonnance ou sur les prestations mentionnées au chapitre II du titre I^{er} de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte, aux chapitres I^{er} et II du titre II, aux chapitres I^{er} et II du titre VI et au titre VI *bis* de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, au titre I^{er} de l'ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au Département de Mayotte, au revenu de solidarité active applicable à Mayotte mentionné à l'article L. 542-6 du code de l'action sociale et des familles, à l'article L. 433-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 du présent code". »

B. – L'article 13 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte est ainsi modifié :

1° Le troisième alinéa est complété par deux phrases ainsi rédigées :
« En cas de fraude, le directeur de l'organisme mentionné à l'article 19 peut majorer le montant de la retenue d'un taux fixé par décret qui ne peut excéder 50 %. Ce taux est doublé en cas de réitération de la fraude dans un délai de cinq ans à compter de la notification de l'indu ayant donné lieu à majoration de la retenue. » ;

2° Après le quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au premier alinéa du présent article, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations en espèces mentionnées à l'article 20-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ou sur les prestations mentionnées aux chapitre I^{er} et II du titre II de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, au titre I^{er} de l'ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au Département de Mayotte, à l'article L. 433-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale. Toutefois, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur ces mêmes prestations. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. »

C. – L'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte est ainsi modifiée :

1° Le premier alinéa de l'article 20 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Pour la mise en œuvre du dernier alinéa de l'article L. 355-3, les mots : “gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées à l'article L. 511-1, aux titres I^{er} à IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles” sont remplacés par les mots : “mentionnées à l'article 20-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ou sur les prestations mentionnées au titre VI *bis* de la présente ordonnance, au chapitre II du titre I^{er} de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 du présent code”. » ;

2° L'article 35-3 est ainsi modifié :

a) Le troisième alinéa est complété par deux phrases ainsi rédigées : « En cas de fraude, le directeur de l'organisme mentionné à l'article 38 peut majorer le montant de la retenue d'un taux fixé par décret qui ne peut

excéder 50 %. Ce taux est doublé en cas de réitération de la fraude dans un délai de cinq ans à compter de la notification de l'indu ayant donné lieu à majoration de la retenue. » ;

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

« Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvert sur les prestations mentionnées au premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations en espèces mentionnées à l'article 20-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ou sur les prestations mentionnées aux chapitres I^{er} et II du titre II de la présente ordonnance et au chapitre I^{er} du présent titre, au titre I^{er} de l'ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au Département de Mayotte, à l'article L. 433-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale. Toutefois, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur ces mêmes prestations. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. » ;

3° Le 5° de l'article 42-1 est ainsi modifié :

a) Au début du *c*, les mots : « Au dernier » sont remplacés par les mots : « À l'avant-dernier » ;

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

« *d)* Au dernier alinéa, les mots : “gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III et au titre I^{er} du présent livre ” sont remplacés par les mots : “mentionnées à l'article 20-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ou sur les prestations mentionnées aux chapitres I^{er} et II du titre II et au chapitre I^{er} du titre VI de la présente ordonnance, à l'article L. 433-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 du présent code”. »

D. – Le I de l'article 104-1 de l'ordonnance n° 2006-1588 du 13 décembre 2006 relative au régime de prévention, de réparation et de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles à Mayotte est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« En tant qu'elles concernent le régime accidents du travail et maladies professionnelles, les dispositions de l'article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte, sous réserve des adaptations suivantes : au dernier alinéa, les mots : “mentionnées aux titres IV et V du livre III, à l'article L. 511-1 et aux titres I^{er} à IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles” sont remplacés par les mots : “en espèces mentionnées à l'article 20-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ou sur les prestations mentionnées au chapitre II du titre I^{er} de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte, aux chapitres I^{er} et II du titre II, aux chapitres I^{er} et II du titre VI et au titre VI *bis* de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, au titre I^{er} de l'ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au Département de Mayotte et au revenu de solidarité active applicable à Mayotte mentionné à l'article L. 542-6 du code de l'action sociale et des familles”. »

E. – Le 8° de l'article 1^{er} de l'ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au Département de Mayotte est complété par un *c* ainsi rédigé :

« *c*) Au dernier alinéa, les mots : “gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III et au titre I^{er} du présent livre” sont remplacés par les mots : “mentionnées à l'article 20-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ou sur les prestations mentionnées aux chapitres I^{er} et II du titre VI de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, à l'article L. 433-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 du présent code”. »

V. – A. – L’ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales est ainsi modifiée :

1° Après l’article 8-3, il est inséré un article 8-4 ainsi rédigé :

« *Art. 8-4.* – L’article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale est applicable aux prestations mentionnées aux articles 9 et 12-1 sous réserve des adaptations suivantes : au dernier alinéa, les mots : “aux titres IV et V du livre III, à l’article L. 511-1 et aux titres I^{er} à IV du livre VIII du présent code, à l’article L. 351-11 du code de la construction et de l’habitation” sont remplacés par les mots : “aux articles 9-6, 11 et 13-2 de l’ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, au titre II du livre VIII du présent code et aux articles 5 et 7 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d’assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre et Miquelon”. » ;

2° Le second alinéa de l’article 9-6 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Au dernier alinéa de l’article L. 355-3, les mots : “gérées par les organismes mentionnés à l’article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées à l’article L. 511-1, aux titres I^{er} à IV du livre VIII du présent code, à l’article L. 351-11 du code de la construction et de l’habitation” sont remplacés par les mots : “mentionnées à l’article 9 de l’ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales ou sur les prestations mentionnées aux articles 11, 12-1 et 13-2 de la même ordonnance, aux articles 5 et 7 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d’assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon”. » ;

3° Le c du 13° de l’article 11 est ainsi rédigé :

« c) L’article L. 553-2 est ainsi modifié :

« – à la fin de l’avant-dernier alinéa, les mots : “un organisme de prestations familiales, la caisse nationale des allocations familiales ou les caisses centrales de mutualité sociale agricole” sont remplacés par les mots : “la Caisse de prévoyance sociale” ;

« – au dernier alinéa, les mots : “gérées par les organismes mentionnés à l’article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III et au titre I^{er} du livre VIII” sont remplacés par les mots :

“mentionnées à l’article 8-4, ou sur les prestations mentionnées à l’article 9-6 de l’ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, aux titres II et IV de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d’assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon” ; ».

B. – La loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d’assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon est ainsi modifiée :

1° Après le *o* du 3° de l’article 5, il est inséré un *o* bis ainsi rédigé :

« *o* bis) Au dernier alinéa de l’article L. 355-3, les mots : “gérées par les organismes mentionnés à l’article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées à l’article L. 511-1, aux titres I^{er} à IV du livre VIII du présent code, à l’article L. 351-1 du code de la construction et de l’habitation” sont remplacés par les mots : “mentionnées à l’article 9 de l’ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales ou sur les prestations mentionnée au titre II du livre VIII du présent code, au titre IV de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d’assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, aux articles 11, 12-1 et 13-2 de l’ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 précitée” ; »

2° Le 4° de l’article 7 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Pour la mise en œuvre du dernier alinéa de l’article L. 815-11, les mots : “gérées par les organismes mentionnés à l’article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées au titre V du livre III, à l’article L. 511-1, au titre III du présent livre et à l’article L. 351-1 du code de la construction et de l’habitation” sont remplacés par les mots : “mentionnées à l’article 9 de l’ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, ou sur les prestations mentionnées au titre II de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d’assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon et aux articles 11, 12-1 et 13-2 de l’ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 précitée” ; ».

VI. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019, à l’exception des dispositions suivantes qui entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2020 :

1° Les 2° et 4°, le *b* du 5°, les 6° et 7°, le *b* du 8° et le 9° du I ;

2° Le II ;

3° Le 2° du III ;

4° Le *b* du 1° et le 2° du A, le 2° du B, le 1° et le *b* des 2° et 3° du C et les D et E du IV ;

5° Le A du V ;

6° Le B du V.

Article 78

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

1° Après le II de l'article L. 133-5-3, il est inséré un II *bis* ainsi rédigé :

« II *bis*. – Tout organisme versant des sommes imposables autres que des salaires transmis *via* la déclaration prévue au I ainsi que tout organisme versant des prestations sociales, y compris au titre de la protection sociale complémentaire, non imposables, dont la liste est fixée par décret, adresse mensuellement à un organisme désigné par décret une déclaration sociale nominative comportant pour chacune des personnes attributaires de ces sommes et prestations, et après information de celles-ci, les informations relatives à ces versements. Cette déclaration est effectuée par voie électronique selon des modalités fixées chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

« Les données de cette déclaration servent uniquement au recouvrement des cotisations sociales, des contributions sociales et de certaines impositions, à la vérification de leur montant, à l'ouverture et au calcul des droits des assurés en matière de prestations sociales ainsi qu'à l'accomplissement, par les administrations et organismes destinataires, de leurs missions.

« La transmission de cette déclaration permet d'accomplir les formalités déclaratives prévues à l'article 87-0 A du code général des impôts. » ;

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

a) Au premier alinéa, les mots : « de la déclaration mentionnée » sont remplacés par les mots : « des déclarations mentionnées » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « salarié ou assimilé pour lequel » sont remplacés par les mots : « personne pour laquelle » ;

3° Après le 4° de l'article L. 221-1, il est inséré un 4° *bis* ainsi rédigé :

« 4° *bis* De définir les orientations mises en œuvre par les organismes de son réseau en matière de lutte contre le non-recours aux prestations et de simplification des démarches des demandeurs et de ses ressortissants ; »

4° Après le 4° de l'article L. 222-1, il est inséré un 4° *bis* ainsi rédigé :

« 4° *bis* De définir les orientations mises en œuvre par les organismes de son réseau en matière de lutte contre le non-recours aux prestations et de simplification des démarches des demandeurs et assurés ; »

5° Le 4° de l'article L. 223-1 est ainsi rétabli :

« 4° De définir les orientations mises en œuvre par les organismes de son réseau en matière de lutte contre le non-recours aux prestations et de simplification des démarches des demandeurs et allocataires ; »

6° Le 1° du I de l'article L. 542-2 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les conditions de prise en compte des ressources, notamment les périodes de référence retenues, peuvent varier en fonction de leur nature ; »

7° Le deuxième alinéa de l'article L. 831-4 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les conditions de prise en compte des ressources, notamment les périodes de référence retenues, peuvent varier en fonction de leur nature. »

II. – Après le 10° de l'article L. 723-11 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un 10° *bis* ainsi rédigé :

« 10° *bis* De définir les orientations mises en œuvre par les organismes de son réseau en matière de lutte contre le non-recours aux prestations et de simplification des démarches des demandeurs et assurés ou allocataires ; ».

III. – Le 2 de l'article L. 351-3 du code de la construction et de l'habitation est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les conditions de prise en compte des ressources, notamment les périodes de référence retenues, peuvent varier en fonction de leur nature ; ».

IV. – Le II *bis* de l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les données issues de cette déclaration sont conservées pendant la durée nécessaire à l’ouverture et au calcul des prestations, dont la liste est fixée par décret, et pour la gestion desquelles ces données sont utilisées. »

V. – Une base des ressources commune aux organismes de sécurité sociale est créée le 1^{er} janvier 2019 et utilisée par ces organismes jusqu’à la date mentionnée au B du VI pour l’attribution de prestations ou leur calcul, en fonction des ressources des assurés ou allocataires.

Cette base contient les données relatives aux ressources des personnes pouvant demander ou percevant l’une de ces prestations, issues des déclarations mentionnées à l’article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale et nécessaires pour la détermination des droits et le calcul de ces prestations.

Les personnels des organismes de sécurité sociale sont destinataires des seules données strictement nécessaires à l’exercice de leurs missions pour les allocataires relevant de leur champ de compétence, dans des conditions définies par décret en Conseil d’État.

Le numéro d’inscription au répertoire national d’identification des personnes physiques est l’identifiant utilisé. Les données sont opposables aux bénéficiaires des prestations pour la gestion desquelles la base de ressources mensuelles est utilisée. En cas d’erreur constatée par une personne sur les données issues de cette base, la rectification est opérée par la personne ayant assuré le versement et la déclaration des ressources concernées en application de l’article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale.

Les personnes dont les données figurent dans la base mentionnée au présent V en sont individuellement informées.

Les personnes demandant ou bénéficiant d’une prestation pour laquelle les données sur les ressources figurant dans la base prévue au présent V sont utilisées ne peuvent faire valoir le droit d’opposition à ce traitement de données.

La base mentionnée au présent V est supprimée à la date mentionnée au B du VI.

VI. – A. – Les I à III entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

B. – Le IV entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2020.

C. – Au cours de l'année 2019, pour les revenus de l'année 2018, l'administration fiscale communique à la caisse nationale des allocations familiales et à la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, selon les modalités prévues pour l'application de l'article L. 152 du livre des procédures fiscales, les informations nominatives nécessaires pour déterminer, parmi les allocataires de ces caisses, ceux pouvant bénéficier des aides au logement.

TITRE IV

DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSE DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

Article 79

I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionnée à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est fixé à 647 millions d'euros pour l'année 2019.

II. – Le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 137 millions d'euros pour l'année 2019.

III. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 155 millions d'euros pour l'année 2019.

Article 80

I. – La section 6 du chapitre II du titre IV du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée :

« *Section 6*

« *Art. L. 142-11.* – Les frais résultant des consultations et expertises ordonnées par les juridictions compétentes en application des articles L. 141-1 et L. 141-2 ainsi que dans le cadre des contentieux mentionnés aux 5° et 6° de l'article L. 142-2 sont pris en charge par l'organisme mentionné à l'article L. 221-1.

« Un décret fixe les conditions dans lesquelles les frais exposés à ce titre peuvent être avancés par l'État ainsi que les conditions dans lesquelles ils sont, dans ce cas, remboursés à ce dernier par l'organisme mentionné à l'article L. 221-1.

« Un arrêté détermine les conditions dans lesquelles les dépenses acquittées par la Caisse nationale de l'assurance maladie en application du présent article sont réparties entre les organismes du régime général de sécurité sociale, du régime de la mutualité sociale agricole, des régimes spéciaux mentionnés au livre VII et les organismes institués par le livre VI. »

II. – Le I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

Article 81

Pour l'année 2019, les objectifs de dépenses de la branche Maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 218,0 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 216,4 milliards d'euros.

Article 82

Pour l'année 2019, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

(En milliards d'euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville.....	91,5
Dépenses relatives aux établissements de santé.....	82,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,4
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées....	11,3
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional.....	3,5
Autres prises en charge	1,9
Total.....	200,3

Article 83

I. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 260 millions d'euros au titre de l'année 2019.

II. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 532 millions d'euros au titre de l'année 2019.

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 2019.

IV. – Les montants mentionnés à l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 751-13-1 du code rural et de la pêche maritime couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale et les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif mentionné à l'article L. 4163-1 du code du travail sont fixés, respectivement, à 254,2 millions d'euros et 8 millions d'euros pour l'année 2019.

Article 84

À la fin du premier alinéa du IV de l'article 28-6 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, l'année : « 2020 » est remplacée par l'année : « 2022 ».

Article 85

Pour l'année 2019, les objectifs de dépenses de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 13,5 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 12,2 milliards d'euros.

Article 86

Pour l'année 2019, les objectifs de dépenses de la branche Vieillesse sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 241,2 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 136,9 milliards d'euros.

Article 87

Pour l'année 2019, les objectifs de dépenses de la branche Famille de la sécurité sociale sont fixés à 50,3 milliards d'euros.

Article 88

Pour l'année 2019, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi qu'il suit :

(En milliards d'euros)

Prévision de charges	
Fonds de solidarité vieillesse.....	18,4

Délibéré en séance publique, à Paris, le 3 décembre 2018.

Le Président,
Signé : RICHARD FERRAND

ANNEXE A

Rapport retraçant la situation patrimoniale, au 31 décembre 2017, 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 2017

I. – Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2017

(En milliards d'euros)

Actif	2017 (net)	2016 (net)	Passif	2017	2016
Immobilisations	7,4	7,0	Capitaux propres	-88,5	-101,4
Immobilisations non financières	5,0	4,5	Dotations	23,7	25,9
Prêts, dépôts de garantie.....	1,5	1,6	Régime général.....	0,2	0,6
Avances/ prêts accordés à des organismes de la sphère sociale ...	0,9	0,9	Autres régimes.....	5,8	5,4
			Caisse d'amortissement de la dette sociale CADES).....	0,2	0,2
			Fonds de réserve pour les retraites (FRR).....	17,6	19,7
			Réserves	18,8	16,5
			Régime général.....	2,9	2,6
			Autres régimes.....	8,1	6,9
			FRR	7,7	7,0
			Report à nouveau	-143,5	-155,6
			Régime général.....	-3,4	-1,3
			Autres régimes.....	-4,0	-3,7
			FSV	-0,1	-0,1
			CADES.....	-136,0	-150,4
			Résultat de l'exercice 2016 en instance d'affectation	-3,6	
			FSV	-3,6	
			Résultat de l'exercice	12,6	8,1
			Régime général.....	-2,2	-4,1
			Autres régimes.....	0,2	0,7
			Fonds de solidarité vieillesse (FSV).....	-2,9	-3,6
			CADES.....	15,0	14,4
			FRR	2,4	0,7
			Ecart d'estimation (réévaluation des actifs du FRR en valeur de marché)	3,5	3,7
			Provisions pour risques et charges	17,2	15,8
Actif financier	55,6	55,1	Passif financier	158,5	173,1

Valeurs mobilières et titres de placement	44,7	46,8	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, europapiers commerciaux)	152,0	161,2
Régime général	0,0	0,0	Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)	27,3	20,4
Autres régimes	8,7	8,3	CADES.....	124,7	140,8
CADES	1,0	4,0	Dettes à l'égard d'établissements de crédits	5,7	5,2
FRR.....	35,0	34,5	Régime général (ordres de paiement en attente)	4,2	3,8
Encours bancaire	9,1	7,6	Autres régimes.....	0,5	0,4
Régime général	0,9	1,1	CADES.....	1,0	1,0
Autres régimes	4,0	2,9	Dépôts reçus	0,5	1,1
FSV	0,0	0,9	ACOSS.....	0,5	1,1
CADES	3,2	1,6	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,2	0,5
FRR	0,9	1,1	ACOSS.....	0,2	0,5
Créances nettes au titre des instruments financiers	1,9	0,7	Autres	0,1	5,2
CADES	1,3	0,3	Autres régimes.....	0,0	0,0
FRR	0,6	0,4	CADES.....	0,1	5,1
Actif circulant	82,1	80,2	Passif circulant	57,9	54,9
Créances de prestations.....	9,0	8,7	Dettes et charges à payer à l'égard des bénéficiaires	29,8	28,8
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	8,9	10,5	Dettes et charges à payer à l'égard des cotisants	2,7	2,0
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et autres impositions.....	47,6	40,9	Dettes et charges à payer à l'égard d'entités publiques	7,8	8,8
Créances sur entités publiques et organismes de sécurité sociale	10,7	10,5	Autres passifs	17,6	15,3
Produits à recevoir de l'Etat.....	0,8	0,5	Total du passif	145,1	142,4
Autres actifs	5,1	9,1			
Total de l'actif	145,1	142,4			

Sur le champ des régimes de base, du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), de la Caisse d'amortissement de la dette publique (CADES) et du Fonds de réserve pour les retraites (FRR), le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, mesuré par ses capitaux propres négatifs, et qui recouvre pour l'essentiel le cumul des déficits passés restant à financer, s'élevait à 88,5 milliards d'euros au 31 décembre 2017. L'encours de dette sur les produits techniques est de l'ordre de 18 %, soit environ 2 mois de recettes.

Après une dégradation très marquée à la fin de la précédente décennie, en partie imputable à la crise économique, le passif net est en diminution depuis quatre exercices. Cette inversion de tendance s'est confirmée et s'est amplifiée en 2016 et en 2017 (baisse de 7,9 milliards d'euros entre 2015

et 2016, puis de 12,8 milliards d'euros entre 2016 et 2017). Cette amélioration se traduit en particulier par un résultat consolidé positif sur le périmètre d'ensemble de la sécurité sociale retracé ci-dessus (12,6 milliards d'euros en 2017 contre 8,1 milliards d'euros en 2016). Elle reflète la réduction continue des déficits des régimes de base et du FSV (4,8 milliards d'euros en 2017, contre 7,0 milliards d'euros en 2016, 10,2 milliards d'euros en 2015, 12,8 milliards d'euros en 2014 et 16,0 milliards d'euros en 2013) dans un contexte de maintien d'un niveau élevé d'amortissement de la dette portée par la CADES (15,0 milliards d'euros en 2017 après 14,4 milliards d'euros en 2016).

Le financement du passif net de la sécurité sociale est assuré à titre principal par un recours à l'emprunt, essentiellement porté par la CADES et l'ACOSS. L'endettement financier net de la sécurité sociale, qui correspond à la différence entre les dettes financières et les actifs financiers placés ou détenus en trésorerie, suit donc en premier lieu les mêmes tendances que le passif net auquel il est fait référence ci-dessus, en subissant secondairement les effets de la variation du besoin en fonds de roulement lié au financement des actifs et passifs circulants (créances et dettes) et des acquisitions d'actifs immobilisés, qui ont également un impact sur la trésorerie. Après l'infléchissement observé en 2015 et 2016, l'endettement financier recule ainsi fortement entre 2016 et 2017 (102,9 milliards d'euros contre 118,0 milliards d'euros fin 2016), en cohérence avec l'évolution du passif net.

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

(En milliards d'euros)

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

II. – Couverture des déficits et affectation des excédents constatés sur l'exercice 2017

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

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

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

Le plafond de reprise par la CADES étant désormais saturé après les transferts intervenus en 2016, c'est l'ACOSS qui porte en dette à court terme les déficits qui ne sont pas financés par la CADES. L'endettement financier brut de l'ACOSS s'est de fait accru de 6,4 milliards d'euros à fin 2017 par rapport à 2016, sous l'effet du financement des déficits 2017 des branches du régime général et du FSV.

Au titre de l'exercice 2017, le résultat cumulé des régimes de base autres que le régime général s'est élevé à 0,2 milliard d'euros. La plupart de ces régimes présentent par construction des résultats annuels équilibrés ou très proches de l'équilibre. Il en est ainsi des branches et régimes intégrés financièrement au régime général (ensemble des branches maladie des différents régimes de base depuis la mise en œuvre, en 2016, de la protection universelle maladie, branches vieillesse de base du régime des salariés agricoles depuis 1963 et du régime social des indépendants depuis 2015), des régimes de retraite équilibrés par des subventions de l'Etat (SNCF, RATP, régimes des mines et des marins) et des régimes

d'employeurs (fonction publique de l'État, industries électriques et gazières), équilibrés par ces derniers. Concernant le régime des mines, les déficits passés cumulés de la branche Maladie ont par ailleurs été transférés à la CNAM à hauteur de 0,7 milliard d'euros en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

Plusieurs régimes ne bénéficiant pas de tels mécanismes d'équilibrage ont néanmoins enregistré en 2017 des résultats déficitaires. S'agissant de la branche retraite du régime des exploitants agricoles, le déficit s'est élevé à 0,2 milliard d'euros en 2017, en léger recul par rapport au résultat 2016, portant le montant des déficits cumulés depuis 2011 (les déficits 2009 et 2010 ayant été repris par la CADES en 2011) à 3,7 milliards d'euros. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a prévu que ce déficit puisse être financé par des avances rémunérées de trésorerie octroyées par l'ACOSS, en complément des financements bancaires auxquels avait recours jusque-là la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pour couvrir ces déficits cumulés. Au 31 décembre 2017, ces déficits ont été financés en totalité (3,7 milliards d'euros) par une avance de l'ACOSS.

Enfin, les excédents du régime de retraite des professions libérales (0,3 milliard d'euros en 2017) et de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (0,01 milliard d'euros en 2017) s'inscrivent en net recul (- 0,3 milliard d'euros par rapport à 2016 pour chacun des deux régimes). À l'inverse, celui de la branche vieillesse du régime de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires s'est accru (0,09 milliard d'euros en 2017 contre 0,03 milliard d'euros en 2016), cependant que le solde positif du régime de base de la caisse nationale des barreaux français reste globalement stable (0,07 milliard d'euros en 2017). Ces excédents sont affectés aux réserves des régimes concernés.

ANNEXE B

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

La présente annexe décrit l'évolution des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse pour la période 2019-2022. Cette période sera marquée dès 2019 par le retour à l'équilibre de l'ensemble constitué par les régimes obligatoires de base et le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), permettant d'amplifier le désendettement de la sécurité sociale (I). Le financement de la sécurité sociale sur cette période évoluera substantiellement sous l'effet des nouvelles mesures de baisse pérenne des cotisations sociales qui en feront évoluer la structure (II). S'agissant de la branche maladie du régime général, la limitation de la progression de l'ONDAM permettra sur la période de continuer de dégager des économies tout en finançant les priorités du Gouvernement telles que l'accès aux soins et au droit à un remboursement intégral (III). L'équilibre financier des autres branches prestataires sera conforté sur la période quadriennale en vue de permettre le désendettement et le financement des priorités du Gouvernement (IV).

I. – Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 consolide le retour à l'équilibre des comptes sociaux et permet de garantir le désendettement de la sécurité sociale malgré des hypothèses macroéconomiques revues à la baisse

Pour 2019, le Gouvernement retient des hypothèses de croissance du PIB et de la masse salariale privée identiques à la prévision pour 2018 (respectivement 1,7 % et 3,5 %) et une hypothèse d'inflation en léger repli (1,3 %).

Pour les années 2020 à 2022, les hypothèses du Gouvernement sont basées sur une consolidation de la croissance (avec un PIB qui progresse en volume chaque année de 1,7 %) et une accélération progressive de l'inflation (+1,8 % à partir de 2021), qui aurait à son tour un effet à la hausse sur les

salaires se traduisant par une accélération de la masse salariale (+3,7 % en 2022).

Le Haut Conseil des finances publiques a rendu un avis sur ces prévisions macroéconomiques lors de la présentation du projet de loi de finances pour 2019 au Conseil des ministres, et considère que ce scénario macroéconomique est crédible pour 2018 et plausible pour 2019.

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.

Principales hypothèses retenues	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
PIB volume	1,2 %	2,2 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %
Masse salariale privée	2,4 %	3,5 %	3,5 %	3,5 %	3,7 %	3,8 %	3,7 %
ONDAM	1,8 %	2,1 %	2,3 %	2,5 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %
Inflation.....	0,2 %	1,0 %	1,6 %	1,3 %	1,4 %	1,8 %	1,8 %

Cette reprise favorise le redressement financier des régimes de sécurité sociale.

L'amélioration de la conjoncture économique et la maîtrise des dépenses entraînent une réduction significative des déficits sociaux, et permettent d'envisager un retour à l'équilibre de la sécurité sociale dès 2019, après dix-huit années de déficit. Le régime général devrait ainsi être en excédent dès 2018 et l'ensemble constitué par le régime général et le FSV dès l'année suivante. Ces bons résultats tiennent à la fois à la réalisation des économies prévues et au choix fait de compenser à la sécurité sociale les pertes de recettes qu'elle a supportées du fait de la politique de baisse du coût du travail, dans un contexte où l'État continuera de présenter des déficits conséquents.

Ce contexte de redressement doit être mis à profit afin de préparer l'avenir en consolidant la situation des finances sociales et des finances publiques de manière plus générale.

La trajectoire financière offre tout d'abord la possibilité d'achever le remboursement de la dette sociale dans le respect du terme fixé à 2024 et sans aucune hausse des prélèvements. Il s'agit d'un engagement fort du Gouvernement pour la préservation et la pérennisation de notre système de protection sociale, afin de ne pas faire peser l'effort sur les générations futures. Le remboursement de l'ensemble de la dette transférée à la Caisse

d'amortissement de la dette sociale (CADES), jusqu'en 2016 (soit 260 milliards d'euros) est en effet financé et garanti jusqu'à cette date. Il reste toutefois à prévoir le remboursement de la dette non reprise accumulée à l'ACOSS, dont la dette de trésorerie s'élève à près de 27 milliards d'euros.

Or cette dette peut être remboursée sans reporter l'échéance de 2024 ni augmenter les prélèvements obligatoires. Pour ce faire, il est proposé de transférer à compter de 2020, et jusqu'en 2022, 15 milliards d'euros de la dette restant accumulée à l'ACOSS à la CADES, ainsi que les ressources de contribution sociale généralisée (CSG) permettant cet apurement d'ici 2024, soit 1,5 milliard d'euros de CSG supplémentaire à compter de 2020, 2 milliards d'euros supplémentaires l'année suivante, augmentés enfin de 1,5 milliard à compter de 2022 soit au total une affectation de 5 milliards d'euros sur trois ans. Ce transfert des ressources rendues disponibles par les prévisions d'excédents sera réalisé sans aucun impact pour les contribuables.

Ce transfert autorise le maintien à l'équilibre durable de la sécurité sociale tout en permettant de faire évoluer les modalités d'application du principe de compensation intégrale des pertes de recettes de la sécurité sociale, comme le Gouvernement l'a proposé dans le rapport remis au Parlement en application de l'article 27 de la loi de programmation des finances publiques 2018-2022. Ce rapport recommande que, pour l'avenir, les baisses de prélèvements obligatoires seront supportées par l'État ou la sécurité sociale, en fonction de l'affectation de ces derniers, sans qu'il soit nécessaire ensuite de procéder à des transferts de compensation dans un sens ou dans l'autre.

Le projet de loi fait application de ce principe, qui conduit à faire une exception à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale pour les pertes de recettes consécutives à l'exonération de cotisations salariales au titre des heures supplémentaires, à l'exonération de forfait social au titre de l'intéressement dans les petites et moyennes entreprises et des mesures en faveur de la participation prévue par la loi relative au plan d'action pour la croissance et la transformation des entreprises (dite loi « PACTE »), à la suppression de la taxe sur les farines et à l'application des réductions de cotisations d'allocations familiales et d'assurance maladie dans les régimes spéciaux.

Les ressources correspondant à ces deux mouvements de désendettement et de partage du coût des exonérations avec le budget de l'État sont réparties entre les branches en fonction de leur capacité contributive.

La trajectoire d'excédents présentée dans le cadre du présent projet de loi tient compte de ces mouvements tout en garantissant l'équilibre durable de la sécurité sociale.

II. – Les mesures du PLFSS 2019 en faveur de la compétitivité se traduisent par des modifications importantes des modalités de financement de la sécurité sociale

1. Le remplacement du CICE et du CITS par une réduction uniforme des cotisations d'assurance maladie et des allègements généraux renforcés

Conformément aux dispositions votées en PLFSS et PLF pour 2018, le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) et le crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS) seront remplacés dès le 1^{er} janvier 2019 par une exonération renforcée des cotisations sociales comprenant deux volets. Il s'agit, d'une part, d'un allègement uniforme de 6 points des cotisations sociales d'assurance maladie pour l'ensemble des salariés relevant du régime général de sécurité sociale et du régime des salariés agricoles, applicable sur les salaires dans la limite de 2,5 fois le SMIC. À la différence du CICE et du CITS, cet allègement bénéficiera à tous les employeurs dans des conditions identiques, qu'ils soient ou non assujettis à l'impôt sur les sociétés ou à la taxe sur les salaires.

D'autre part, à compter du 1^{er} octobre 2019, ces allègements généraux de cotisations sociales seront renforcés au niveau du SMIC afin d'encourager la création d'emploi. Ces allègements généraux porteront également sur les contributions d'assurance chômage et de retraite complémentaire. Ainsi, au niveau du SMIC, plus aucune cotisation ou contribution sociale, payée habituellement par toutes les entreprises, ne sera due, à la seule exception de la cotisation au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles pour la part correspondant à la sinistralité des entreprises.

2. La rationalisation des dispositifs d'exonération spécifiques

Ce renforcement très significatif pour la grande majorité des entreprises appelle par ailleurs un réexamen des dispositifs d'exonérations ciblées et spécifiques en vue d'une révision ou d'une extinction de ces dispositifs.

Ainsi, les contrats de formation en alternance (hors contrats dans le secteur public), les structures d'insertion par l'activité économique (associations intermédiaires et ateliers et chantiers d'insertion) ainsi que les contrats uniques d'insertion (à l'exception des contrats au sein des

employeurs publics) bénéficient désormais des allègements généraux, plus favorables que les dispositifs existants.

Le dispositif spécifique applicable à l'outre-mer est quant à lui recentré et simplifié, conformément aux recommandations fixées par le livre bleu des outre-mer, en renforçant le niveau des exonérations pour les plus bas salaires et en réduisant le nombre de barèmes d'exonération de 6 à 4.

L'exonération applicable aux aides à domicile auprès d'une personne fragile employées par un organisme prestataire, actuellement indépendante du niveau de rémunération, sera rationalisée, avec la mise en place d'un barème dégressif permettant de renforcer les effets incitatifs en faveur de l'emploi et une exonération totale jusqu'à 1,1 fois le SMIC.

III. – La LFSS pour 2019 reflète un engagement du Gouvernement en faveur de la transformation de notre système de santé

En 2018, la croissance des dépenses d'assurance maladie serait de 2,3 % à champ constant. Les recettes seraient en forte hausse (+4,3 %), soutenues notamment par la masse salariale (+3,5 %). La branche se rapprocherait ainsi de l'équilibre, son déficit se réduisant à -0,9 milliard d'euros. Ainsi que le précise le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2018, l'ONDAM 2018, dont la progression est limitée à 2,3 %, devrait être respecté pour la neuvième année consécutive.

La progression de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en 2019 est fixée à 2,5 %. Ce taux est relevé de 0,2 point par rapport à l'ONDAM 2018 afin de renforcer l'effort d'investissement dans la santé dans le cadre du plan « Ma santé 2022 » présenté le 18 septembre par le Président de la République. Le niveau de progression des dépenses sera ensuite limité à 2,3 % sur la période 2020-2022.

Le tendanciel de dépenses restant à un niveau élevé (4,5 %), le respect de l'objectif fixé pour 2019 nécessitera un effort d'économie de 3,8 milliards d'euros. Cet effort sera partagé par l'ensemble des acteurs de l'offre de soins et accompagné dans le cadre du plan ONDAM pluriannuel 2018-2022 qui s'organise autour des thématiques suivantes : structuration de l'offre de soins ; pertinence et efficacité des produits de santé ; pertinence et qualité des actes ; pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêt de travail et de transports ; contrôle et lutte contre la fraude.

Les recettes de la branche Maladie de la sécurité sociale évoluent significativement dans leur composition. À la suppression de la cotisation

salariale d'assurance maladie de 0,75 % en 2018 s'ajoute en effet à compter de 2019 l'effet de la réduction de 6 points des cotisations sociales patronales sous 2,5 SMIC pour un montant de 22,6 milliards d'euros. La branche bénéficiera en contrepartie de l'attribution d'une part de l'effet de la hausse de la CSG d'une part et de l'affectation d'une fraction de TVA à hauteur de près de 36 milliards d'euros d'autre part.

La progression de l'ONDAM représente 4,9 milliards d'euros de dépenses nouvelles prises en charge en 2019 par la collectivité sur le champ de la maladie. Ces ressources permettront la mise en œuvre des priorités du Gouvernement pour la transformation du système de santé. L'effort en direction de la prévention sera poursuivi avec le renforcement des moyens de lutte contre les addictions, le développement des actions de prévention à destination des enfants et des jeunes et l'extension de la couverture vaccinale. L'amélioration de l'accès aux soins dans les domaines de l'optique, de l'audiologie et du dentaire se concrétisera, en vue de la mise en œuvre d'une offre sans reste à charge en 2020 et 2021.

En outre, à compter du 1^{er} novembre, la complémentaire universelle contributive (CMU-c) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) seront fusionnés en un seul dispositif dans un objectif de facilitation de l'accès aux droits. L'accès aux soins sera également soutenu dans le secteur du médicament pour les produits les plus innovants et bénéfiques pour les patients.

Le PLFSS met en œuvre les engagements pris par le Gouvernement dans le cadre de la feuille de route grand âge et autonomie pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées en EHPAD, et dans le cadre de la stratégie pour l'autisme pour notamment améliorer le parcours de soins des enfants dès le plus jeune âge.

Plusieurs mesures contribueront également à la réforme de l'organisation des soins (extension du champ des expérimentations prévues par l'article 51 de la LFSS pour 2018) et de la tarification (développement des financements au forfait et à la qualité). Enfin, le congé maternité des travailleuses indépendantes et des exploitantes agricoles sera renforcé, dans un objectif de préservation de la santé de la mère et de l'enfant, tout en restant adapté aux spécificités de leurs activités.

IV. – La revalorisation maîtrisée des prestations sociales contribuera à l'équilibre des branches famille et vieillesse sur la période

La revalorisation différenciée des prestations limitera la progression des dépenses des branches prestataires, et conduira en 2019 à réduire de 1,5 milliard d’euros la progression des dépenses de pensions de retraite à la charge de la branche Vieillesse du régime général.

Afin de compenser à cette branche le coût de l’exonération des cotisations salariales au titre des heures supplémentaires et complémentaires et de préserver ses recettes, l’assurance vieillesse bénéficiera en contrepartie de l’affectation de ressources aujourd’hui affectées à la branche Famille. Les recettes de la branche Vieillesse seront toutefois affectées par la réduction du forfait social sur l’intéressement et la participation.

La revalorisation de l’allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) sera supportée par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Cette mesure forte de solidarité représente un effort estimé à 525 millions d’euros sur trois ans.

La branche Vieillesse du régime général sera excédentaire, après prise en compte des transferts à l’État et liés au désendettement, sur l’ensemble de la période.

La branche Famille bénéficiera également en 2019 de l’effet de la revalorisation différenciée des prestations, permettant une économie de 260 millions d’euros. L’évolution du solde en 2019 sera affectée négativement par le transfert d’une partie des recettes de taxe sur les salaires à la branche Vieillesse. Le solde de la branche restera équilibré, après prise en compte des transferts à l’État et liés au désendettement, jusqu’en 2022.

Recettes, dépenses et soldes du régime général

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020	2021	2022
Maladie					
Recettes	210,4	215,7	221,0	225,7	230,6
Dépenses	211,3	216,4	221,0	225,7	230,6
Solde	-0,9	-0,7	0,0	0,0	0,0
Accidents du travail et maladies professionnelles					
Recettes	12,8	13,3	13,0	13,2	13,4
Dépenses	12,0	12,2	12,2	12,4	12,5
Solde	0,8	1,1	0,8	0,9	0,8
Famille					
Recettes	50,5	51,4	50,5	51,0	51,9
Dépenses	50,1	50,3	50,5	51,0	52,0
Solde	0,4	1,1	0,0	0,0	0,0
Vieillesse					
Recettes	134,5	137,5	140,8	145,2	150,1
Dépenses	133,7	136,9	140,2	144,9	150,3
Solde	0,8	0,6	0,7	0,3	-0,1
Régime général consolidé					
Recettes	395,2	404,8	412,1	421,6	432,1
Dépenses	394,1	402,7	410,6	420,5	431,5
Solde	1,1	2,1	1,5	1,1	0,7

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

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020	2021	2022
Maladie					
Recettes	211,9	217,3	222,6	227,3	232,2
Dépenses	212,8	218,0	222,6	227,3	232,2
Solde	-0,9	-0,7	0,0	0,0	0,0
Accidents du travail et maladies professionnelles					
Recettes	14,2	14,7	14,4	14,7	14,8
Dépenses	13,3	13,5	13,6	13,8	14,0
Solde	0,9	1,2	0,9	0,9	0,9
Famille					
Recettes	50,5	51,4	50,5	51,0	51,9
Dépenses	50,1	50,3	50,5	51,0	52,0
Solde	0,4	1,1	0,0	0,0	0,0
Vieillesse					
Recettes	236,9	241,4	246,2	252,5	259,5
Dépenses	236,6	241,2	245,7	252,8	260,9
Solde	0,4	0,2	0,5	-0,3	-1,4
Régimes obligatoires de base consolidés					
Recettes	499,9	510,9	519,7	531,2	543,9
Dépenses	499,2	509,2	518,3	530,7	544,5
Solde	0,7	1,8	1,3	0,5	-0,6

Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020	2021	2022
Recettes	16,8	16,5	16,9	17,5	18,1
Dépenses	18,9	18,4	17,8	18,0	18,2
Solde	-2,1	-2,0	-0,9	-0,5	0,0

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

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020	2021	2022
Recettes	394,6	404,4	412,6	422,6	433,6
Dépenses	395,7	404,2	412,1	421,9	433,0
Solde	-1,0	0,1	0,6	0,6	0,6

Recettes, dépenses et soldes des régimes obligatoires de base
et du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020	2021	2022
Recettes	498,2	509,4	519,2	531,2	544,3
Dépenses	499,6	509,6	518,8	531,1	544,9
Solde	-1,4	-0,2	0,4	0,0	-0,6

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

I. – Régimes obligatoires de base

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies profession- nelles	Régimes de base	Fonds de solidarité vieillesse	Régimes de base et Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives	74,1	141,1	30,6	14,0	258,0	0,0	258,0
Cotisations prises en charge par l'État	2,8	2,6	0,7	0,1	6,2	0,0	6,2
Cotisations fictives d'employeur	0,5	40,9	0,0	0,3	41,7	0,0	41,7
Contribution sociale généralisée	73,1	0,0	12,0	0,0	84,7	16,8	101,5
Impôts, taxes et autres contributions sociales	60,6	20,7	7,7	0,0	89,0	0,0	89,0
Charges liées au non-recouvrement	-1,3	-1,1	-0,5	-0,2	-3,2	-0,3	-3,5
Transferts	2,9	36,6	0,2	0,1	28,1	0,0	10,1
Produits financiers	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Autres produits	4,6	0,5	0,8	0,5	6,4	0,0	6,4
Recettes	217,3	241,4	51,4	14,7	510,9	16,5	509,4

II. – Régime général

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies profession- nelles	Régime général	Fonds de solidarité vieillesse	Régime général et Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives.....	73,3	90,8	30,6	13,0	206,0	0,0	206,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	2,8	2,3	0,7	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
Contribution sociale généralisée.....	73,1	0,0	12,0	0,0	84,7	16,8	101,5
Impôts, taxes et autres contributions sociales	60,6	16,3	7,7	0,0	84,6	0,0	84,6
Charges liées au non-recouvrement.....	-1,3	-1,0	-0,5	-0,2	-3,1	-0,3	-3,4
Transferts.....	2,9	28,9	0,2	0,0	20,9	0,0	4,0
Produits financiers.....	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits	4,3	0,3	0,8	0,4	5,8	0,0	5,8
Recettes.....	215,7	137,5	51,4	13,3	404,8	16,5	404,4

III. – Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives	0,0
Cotisations prises en charge par l'État	0,0
Cotisations fictives d'employeur	0,0
Contribution sociale généralisée	16,8
Impôts, taxes et autres contributions sociales.....	0,0
Charges liées au non-recouvrement	-0,3
Transferts.....	0,0
Produits financiers.....	0,0
Autres produits.....	0,0
Recettes.....	16,5

*Vu pour être annexé au projet de loi
adopté par l'Assemblée nationale le 3 décembre 2018.*

Le Président,
Signé : RICHARD FERRAND

ISBN 978-2-11-154095-8



9 782111 540958

ISSN 1240 - 8468

Imprimé par l'Assemblée nationale