

TEXTE COMPARATIF

(Document de travail - texte ne pouvant être amendé)

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 *(Première lecture)*

En application de l'article 42, alinéa 2, de la Constitution, la discussion en séance des projets de loi de financement de la sécurité sociale porte, en première lecture devant la première assemblée saisie, sur le texte présenté par le Gouvernement. Le présent texte comparatif ne constitue donc qu'un document de travail faisant apparaître les incidences qu'auraient les modifications adoptées par la commission sur le texte dont elle est saisie si elles étaient adoptées en séance. Figurent :

- ~~en caractères barrés~~, les dispositions que la commission propose de supprimer ;
- **en caractères gras**, les dispositions que la commission propose d'introduire.

Les liens dans la marge de droite permettent un accès direct au dispositif de chaque amendement adopté par la commission.

**PREMIÈRE PARTIE :
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2016**

Article 1^{er}

Au titre de l'exercice 2016, 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	195,9	200,7	-4,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,1	13,3	0,8
Vieillesse	228,8	227,2	1,6
Famille	48,6	49,6	-1,0
Toutes branches (hors transferts entre branches)	473,7	477,1	-3,4
Fonds de solidarité vieillesse	16,7	20,3	-3,6
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	470,5	477,5	-7,0

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	194,6	199,4	-4,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,6	11,8	0,8
Vieillesse	123,7	122,8	0,9
Famille	48,6	49,6	-1,0
Toutes branches (hors transferts entre branches)	366,6	370,7	-4,1
Fonds de solidarité vieillesse	16,7	20,3	-3,6
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	365,0	372,7	-7,8

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	16,7	20,3	-3,6

4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 185,1 milliards d'euros ;

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

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

7° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 14,4 milliards d'euros.

Article 2

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2016, 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 2016 figurant à l'article 1^{er}.

DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2017

Article 3

I. – La loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 est ainsi modifiée :

1° L'article 57 est ainsi modifié :

a) Au I, le nombre : « 400 » est remplacé par le nombre : « 250 » ;

b) Au IV, le nombre : « 59,8 » est remplacé par le nombre : « 67,4 » ;

2° L'article 100 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le montant : « 44,4 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 59,4 millions d'euros » ;

b) Au deuxième alinéa, le montant : « 70 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 30 millions d'euros » ;

II. - Par dérogation aux dispositions du IV de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, en 2017, la recette du fonds mentionnée au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale est réduite de 150 millions d'euros au profit de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du même code.

Article 4

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

1° Au premier alinéa de l'article L. 241-3, les mots : « des contributions mentionnées aux articles L. 245-13, L. 245-13-1 et » sont remplacés par les mots : « de la contribution mentionnée à l'article » ;

2° La section 4 du chapitre V du titre IV du livre II est abrogée ;

3° À l'article L. 651-2-1, les mots : « et celui de la contribution additionnelle à cette contribution mentionnée à l'article L. 245-13, minorés des frais de recouvrement, sont affectés » sont remplacés par les mots : « , minoré des frais de recouvrement, est affecté » ;

4° À la troisième phrase du premier alinéa de l'article L. 651-3, les mots : « par décret, dans la limite de 0,13 % » sont remplacés par les mots : « à 0,16 % » ;

5° Au troisième alinéa de l'article L. 651-5, le mot : « cumulé » et les mots : « et de la contribution additionnelle instituée à l'article L. 245-13 du présent code » sont supprimés ;

6° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 651-5-3, après le mot : « télédéclaration », sont insérés les mots : « et de téléversement ».

II. - Au 6° du 1. de l'article 39 du code général des impôts, les mots : « les contributions additionnelle et supplémentaire mentionnées aux articles L. 245-13 et L. 245-13-1, ainsi que » sont supprimés.

III. - Le second alinéa du III de l'article 112 de la loi n° 2016-1918 du 29 décembre 2016 de finances rectificative pour 2016 est supprimé.

Article 5

Au titre de l'année 2017, 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	203,2	207,3	-4,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,3	13,2	1,1
Vieillesse	232,2	231,1	1,5
Famille	49,9	49,6	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	486,3	487,6	-1,3
Fonds de solidarité vieillesse	16,0	19,7	-3,6
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	483,1	488,0	-4,9

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	201,9	206,0	-4,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,8	11,8	1,0
Vieillesse	126,2	124,9	1,3
Famille	49,9	49,6	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	377,8	379,4	-1,6
Fonds de solidarité vieillesse	16,0	19,7	-3,6
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	376,1	381,3	-5,2

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	16,0	19,7	-3,6

4° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale qui est fixé à 14,8 milliards d'euros ;

5° Les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites qui demeurent fixées conformément au III de l'article 41 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 ;

6° Les prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse qui demeurent fixées conformément au IV de l'article 41 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

Article 6

Au titre de l'année 2017, 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	86,8
Dépenses relatives aux établissements de santé	79,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	10,9
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,3
Autres prises en charge	1,6
Total	190,7

**TROISIÈME PARTIE :
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE
FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2018**

TITRE I^{ER}

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

CHAPITRE I^{ER}

Mesures relatives au pouvoir d'achat des actifs

Article 7

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

1° Le premier alinéa de l'article L. 131-9 est supprimé ;

2° Au deuxième alinéa du III de l'article L. 136-7-1, les taux : « 9,5 % » et « 12 % » sont respectivement remplacés par les taux : « 11,2 % » et « 13,7 % » ;

3° L'article L. 136-8 est ainsi modifié :

a) Au 1° du I, le taux : « 7,5% » est remplacé par le taux : « 9,2 % » ;

b) Au 2° du I, le taux : « 8,2 % » est remplacé par le taux : « 9,9 % » ;

c) Au 3° du I, le taux : « 6,9 % » est remplacé par le taux : « 8,6 % » ;

d) Au 2° du II, le taux : « 6,6 % » est remplacé par le taux : « 8,3 % » ;

e) Au *a* du 4° du IV, le taux : « 6,05 % » est remplacé par le taux : « 7,75 % » ;

f) Au *b* du 4° du IV, le taux : « 5,75 % » est remplacé par le taux : « 7,45 % » ;

g) Au *e* du 4° du IV, le taux : « 5,15 % » est remplacé par le taux : « 6,85 % » ;

h) Au 1° du IV *bis* de l'article L. 136-8, le taux : « 7,6% » est remplacé par le taux : « 9,3 % » ;

4° Au sixième alinéa de l'article L. 162-14-1, les mots : « en application des articles L. 242-11, L. 612-1, L. 645-2 et L. 722-4 » sont remplacés par les mots : « en application des articles L. 613-1, L. 621-1, L. 621-2, L. 642-1, L. 645-2 et L. 722-4 » ;

5° À l'article L. 172-3, les mots : « moyens correspondant aux cotisations versées » sont remplacés par les mots : « soumis à cotisations au sens de l'article L. 242-1 perçus » ;

6° Au deuxième alinéa du II de l'article L. 241-2, les mots : « salariés des professions agricoles et non agricoles ainsi que par leurs employeurs » sont remplacés par les mots : « employeurs des professions agricoles et non agricoles » ;

7° L'article L. 242-11 est abrogé ;

8° À l'article L. 313-1, les mots : « avoir cotisé sur la base d'un salaire au moins égal » sont remplacés par les mots : « avoir perçu des rémunérations soumises à cotisations au sens de l'article L. 242-1 au moins égales » ;

9° À l'article L. 381-30-4, les mots : « et salariale » sont supprimés ;

10° Le deuxième alinéa de l'article L. 382-22 est supprimé ;

11° Au sein du chapitre III du titre I^{er} du livre VI dans sa rédaction résultant de l'article 11 de la présente loi de financement de la sécurité sociale, il est créé un article L. 613-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 613-1.* – Le taux des cotisations d'allocations familiales des travailleurs indépendants dont les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret fait l'objet, dans des conditions fixées par décret, d'une réduction dans la limite de 5,25 points. Le bénéfice de cette réduction ne peut être cumulé avec tout autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable à ces cotisations, à l'exception de ceux prévus aux articles L. 131-6-4 et L. 621-3. » ;

12° Au sein du chapitre I^{er} du titre II du livre VI dans sa rédaction résultant de l'article 11 de la présente loi de financement de la sécurité sociale, il est créé un article L. 621-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 621-3.* – Le taux des cotisations mentionnées aux articles L. 621-1 et L. 621-2 dues par les travailleurs indépendants dont les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret fait l'objet d'une

réduction, dans la limite de 5 points, qui décroît à proportion de ces revenus, dans des conditions fixées par décret. Le bénéfice de cette réduction ne peut être cumulé avec aucun autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable à ces cotisations, à l'exception de ceux prévus aux articles L. 131-6-4 et L. 613-1. »

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

1° Au deuxième alinéa de l'article L. 731-25, les mots : « au dernier alinéa de l'article L. 242-11 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 613-1 » ;

2° L'article L. 731-35 est ainsi modifié :

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

« Le taux de la cotisation due pour la couverture des risques mentionnés aux 1° et 3° de l'article L. 732-3 par le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole exerçant son activité à titre exclusif ou principal fait l'objet d'une réduction dans les conditions prévues à l'article L. 621-3 du code de la sécurité sociale. » ;

b) Au dernier alinéa, après la référence L. 321-5 sont ajoutés les mots : « du présent code » et après la référence L. 732-8 sont ajoutés les mots : « du même code ».

3° Au *a* du I de l'article L. 741-9, les mots : « et des assurés » sont supprimés.

III. – Les I et II du présent article s'appliquent aux cotisations et contributions dues au titre des périodes intervenant à compter du 1^{er} janvier 2018.

IV. – Pour l'année 2018, les contributions salariales prévues à l'article L. 5422-9 du code du travail sont prises en charge par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans la limite des contributions salariales dues, à hauteur de :

1° 1,45 point au titre des contributions dues au titre des périodes courant entre le 1^{er} janvier et le 30 septembre ;

2° 2,40 points au titre des contributions dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} octobre.

Cette prise en charge est intégrée dans le calcul de la contribution globale prévue à l'article L. 5422-24 du code du travail.

V. – Pour l'année 2018, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la notification et le versement des produits correspondant au montant des contributions salariales mentionnées à l'article L. 5422-9 du même code dues au titre de ce même exercice à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1, y compris pour les contributions qu'elle prend en charge en application du IV, déduction faite des frais de recouvrement prévus par le dernier alinéa de l'article L. 5422-16. 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 de leurs soldes prévisionnels.

Les contributions mentionnées à l'alinéa précédent recouvrées en application du *b* et du *e* de l'article L. 5427-1 et par l'organisme mentionné à l'article L. 133-9 du code de la sécurité sociale sont centralisées par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, qui en assure le reversement et notifie les produits correspondants dans les conditions définies à l'alinéa précédent.

VI. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, les dispositions du présent article ne donnent pas lieu à compensation intégrale du budget de l'État.

VII. – Le *b* du 3° du I et le III du présent article sont applicables à Mayotte.

CHAPITRE II

Mesures en faveur de l'emploi et des entrepreneurs

Article 8

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 241-2, il est inséré un article ainsi rédigé :

« *Art. L. 241-2-1.* - Le taux des cotisations mentionnées au 1° du II de l'article L. 241-2 est réduit de 6 points pour les salariés dont l'employeur entre dans le champ d'application du II de l'article L. 241-13 et dont les

rémunérations ou gains n'excèdent pas 2,5 fois le salaire minimum de croissance calculé selon les modalités prévues au deuxième alinéa du III du même article. » ;

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

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

« I. – Les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des assurances sociales et des allocations familiales, les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, les contributions mentionnées à l'article L. 834-1, 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, les contributions mentionnées au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, les 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 qui sont assises sur les rémunérations inférieures au salaire minimum de croissance majoré de 60 % font l'objet d'une réduction dégressive. » ;

b) Au cinquième alinéa, les mots : « définies au même article L. 242-1 » sont remplacés par les mots : « définies au sixième alinéa du présent article » ;

c) Après le sixième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La rémunération prise en compte pour la détermination du coefficient est celle définie à l'article L. 242-1. Toutefois, elle ne tient compte des déductions au titre de frais professionnels calculées forfaitairement en pourcentage de cette rémunération que dans des limites et conditions fixées par arrêté ministériel. » ;

d) Il est rétabli un VII ainsi rédigé :

« VII. – Le montant de la réduction est imputé, lors de leur paiement, sur les cotisations et contributions mentionnées au premier alinéa du I respectivement déclarées d'une part aux organismes de recouvrement mentionnées aux articles L. 213-1 et L. 752-4 et d'autre part aux institutions mentionnées à l'article L. 922-4 en fonction de la part que représente le taux de ces cotisations et contributions, tel que retenu pour son établissement, dans la valeur maximale fixée par le décret mentionné au troisième alinéa du III. » ;

e) Le VIII est abrogé ;

3° L'article L. 243-6-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est précédé par un « I » ;

b) L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« II. – Les dispositions prévues au I sont également applicables lorsque le cotisant est confronté aux interprétations contradictoires retenues par un ou plusieurs des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 ou L. 752-4 d'une part et par une ou plusieurs des institutions mentionnées à l'article L. 922-4 d'autre part concernant sa situation au regard de l'application des dispositions relatives à la réduction dégressive de cotisations sociales prévue à l'article L. 241-13 ou relative à tout point de droit dont l'application est susceptible d'avoir une incidence sur les allègements portant sur 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. » ;

4° L'article L. 243-6-2 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est précédé par un : « I » ;

b) Au premier alinéa, après les mots : « aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 ne peuvent » sont insérés les mots : « demander à réaliser une rectification ou, lors d'un contrôle, » ;

c) L'article est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« II. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux institutions mentionnées à l'article L. 922-4 en tant que l'interprétation admise par les instructions et circulaires mentionnées au I portent sur la législation relative à la réduction dégressive de cotisations sociales mentionnée à l'article L. 241-13 ou sur tout point de droit dont l'application est susceptible d'avoir une incidence sur les allègements portant sur 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.

« III. – À compter du 1^{er} janvier 2019, un site internet présente l'ensemble des instructions et circulaires relatives à la législation applicable en matière d'allègements et de réductions de cotisations et contributions sociales mises à disposition des cotisants. » ;

5° Le premier alinéa du III de l'article L. 243-6-3 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elle est également opposable, dans les mêmes

conditions, aux institutions mentionnées à l'article L. 922-4 en tant qu'elle porte sur la législation relative à la réduction dégressive de cotisations sociales mentionnée à l'article L. 241-13 ou sur tout point de droit susceptible d'avoir une incidence sur les allègements portant sur les cotisations à la charge de l'employeur dues aux titres des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4. » ;

6° Après l'article L. 243-6-5 sont insérés deux articles ainsi rédigés :

« *Art. L. 243-6-6.* - Lorsqu'une demande d'échéancier de paiement est adressée par un cotisant à un organisme mentionné à l'article L. 213-1 ou L. 752-4, cet organisme la communique, ainsi que sa réponse, à l'institution ou aux institutions mentionnées à l'article L. 922-4 dont le cotisant relève.

« Dans les conditions déterminées par décret, l'octroi d'un échéancier de paiement par un organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 213-1 ou à l'article L. 752-4 emporte également le bénéfice d'un échéancier de paiement similaire au titre des cotisations à la charge de l'employeur restant dues, le cas échéant, aux titres des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4.

Lorsqu'il est statué sur l'octroi à une entreprise d'un plan d'apurement par plusieurs créanciers publics, l'organisme mentionné à l'article L. 213-1 ou L. 752-4 reçoit mandat de la ou des institutions mentionnées à l'article L. 922-4 dont le cotisant relève pour prendre toute décision sur les créances qui la ou qui les concernent, le cas échéant.

« *Art. L. 243-6-7.* – Une convention, approuvée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, est conclue entre un représentant des institutions mentionnées à l'article L. 922-4 et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

« Elle précise les modalités selon lesquelles les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 et les institutions mentionnées à l'article L. 922-4 mettent à disposition des employeurs ou leur délivrent des informations de manière coordonnée, notamment, le cas échéant, les constats d'anomalies et les demandes de rectifications qu'ils adressent à la réception et à l'issue de l'exploitation des données de la déclaration mentionnée à l'article L. 133-5-3 et portant sur l'application de la législation relative à la réduction dégressive de cotisations sociales mentionnée à l'article L. 241-13 ou sur tout point de droit dont l'application est susceptible d'avoir une incidence sur les allègements

portant sur 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.

« Elle précise les modalités selon lesquelles, pour permettre l'application des dispositions de l'alinéa précédent, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale valide les conditions selon lesquelles est effectuée par les organismes et institutions mentionnés à l'alinéa précédent la vérification de l'exactitude et de la conformité à la législation en vigueur des déclarations mentionnées à l'article L. 133-5-3 s'agissant des points mentionnés à cet alinéa.

« Elle détermine notamment les modalités de coordination entre les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 ou L. 752-4 et les institutions mentionnées à l'article L. 922-4 permettant un traitement coordonné des demandes et réclamations des cotisants ainsi que la formulation de réponses coordonnées, lorsque ces sollicitations portent sur la législation relative à la réduction dégressive de cotisations sociales mentionnée à l'article L. 241-13 ou sur tout point de droit susceptible d'avoir une incidence sur les allègements portant sur 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.

« Les organismes et institutions mentionnés à l'alinéa précédent utilisent les données d'un répertoire commun relatif à leurs entreprises cotisantes qui sont nécessaires à la mise en œuvre des dispositions du présent article. » ;

7° L'article L. 243-6-6 devient l'article L. 243-6-8 ;

8° Le deuxième alinéa de l'article L. 243-7 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les modalités de mise en œuvre des contrôles, de la phase contradictoire et des procédures amiables et contentieuses sont définies de manière à garantir aux entreprises une unicité de procédures applicable pour l'ensemble des cotisations contrôlées en application du présent article. »

II. – La part des 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 et les 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 donnant lieu à la réduction prévue à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant

du présent article fait l'objet d'une prise en charge par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale pour les montants correspondant à la part de la réduction qui est imputée sur les cotisations recouvrées en application du VII de l'article L. 241-13.

Les montants correspondants à cette prise en charge sont versés aux régimes mentionnés à l'article L. 921-4 du code de la sécurité sociale après transmission par ces derniers des justificatifs nécessaires à leur établissement. Pour les contributions à la charge de l'employeur prévues à l'article L. 5422-9 du code du travail, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la notification et le versement des contributions encaissées 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 du *b* et du *e* de l'article L. 5427-1 du code du travail 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. 5422-9 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 de leur soldes prévisionnels.

III. – À l'article L. 741-1 du code rural et de la pêche maritime, après la référence : « L. 241-2 », sont insérés les mots : « , L. 241-2-1 et L. 241-3 du même code ».

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

Article additionnel après l'article 8 (*nouveau*)

I. – L'article 8 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 est ainsi modifié :

1° Après le mot : « voyageurs », la fin de la première phrase est supprimée ;

2° Il est ajouté un II ainsi rédigé :

« II. – Les sommes correspondant à la part des avantages versés au titre des congés de fin d’activité des conducteurs routiers visés au I financés par des contributions des employeurs et correspondant à des départs effectués à compter du 1^{er} janvier 2018 sont assujettis au forfait social prévu à l’article L. 137-15 du code de la sécurité sociale.

« L’organisme payeur déclare et verse le forfait social pour le compte des employeurs. »

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

Commentaire [A1]: [AS394](#)

Article 9

I. – Au chapitre I^{er} du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, il est créé une section VI intitulée « Exonération de début d’activité de création ou reprise d’entreprise » et l’article L. 161-1-1, déplacé dans cette section, devient l’article L. 131-6-4 et est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, la première phrase est remplacée par l’alinéa suivant :

« I. - Bénéficient des exonérations des cotisations dues aux régimes d’assurance maladie, maternité, veuvage, vieillesse, invalidité et décès et d’allocations familiales dont elles sont redevables au titre de l’exercice de leur activité les personnes qui créent ou reprennent une activité professionnelle ou entreprennent l’exercice d’une autre profession non salariée, soit à titre indépendant relevant de l’article L. 611-1 du présent code ou de l’article L. 722-4 du code rural et de la pêche maritime, soit sous la forme d’une société, à condition d’en exercer effectivement le contrôle, notamment dans le cas où cette création ou reprise prend la forme d’une société mentionnée aux 11°, 12° ou 23° de l’article L. 311-3 du présent code ou aux 8° ou 9° de l’article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime. » ;

2° Avant les mots : « Lorsque le revenu ou la rémunération est inférieur ou égal aux trois quarts », il est inséré le nouvel alinéa suivant :

« II. – L'exonération mentionnée au I est accordée pour une période de douze mois, ~~pour une fraction et dans la limite d'un plafond de revenus ou de rémunérations fixées par décret.~~ » ;

Commentaire [A2]: [AS391](#)

3° L'article est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« III. – Le bénéfice de cette exonération ne peut être cumulé avec tout autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable à ces cotisations, à l'exception de ceux prévus aux articles L. 613-1 et 621-3.

« IV. – Une personne ne peut bénéficier de cette exonération pendant une période de trois années à compter de la date à laquelle elle a cessé d'en bénéficier au titre d'une activité antérieure. »

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

1° L'intitulé de la section 1 est remplacé par l'intitulé suivant : « Bénéficiaires » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 5141-1, les mots : « Peuvent bénéficier des exonérations de cotisations de sécurité sociale prévues à l'article L. 161-1-1 du code de la sécurité sociale, » sont remplacés par les mots : « Peuvent bénéficier d'aides à la création ou à la reprise d'entreprise, dans les conditions prévues au présent chapitre, ».

III. – Le présent article s'applique aux cotisations et contributions sociales dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2019 pour les créations et reprises d'entreprise intervenues à compter de cette même date.

Article 10

I. - L'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 35°, les mots : « l'article L. 324-1 du code du tourisme. » sont remplacés par les mots : « l'article L. 324-1 du code du tourisme ; »

2° Après le 35°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 36° Les particuliers qui font appel pour leur usage personnel à d'autres particuliers pour effectuer de manière ponctuelle un service de conseil ou de formation en contrepartie d'une rémunération au sens de

l'article L. 242-1, pour des activités dont la durée et la nature sont définies au décret mentionné au 8° de l'article L. 133-5-6. »

II. - Le chapitre III du titre III du livre III du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 133-5-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

a) Au 3°, après les mots : « Les particuliers » sont insérés les mots : « mentionnés à l'article L. 7221-1 du code du travail » et les mots : « relevant du champ des services à la personne mentionnés à l'article L. 7231-1 du code du travail » sont remplacés par les mots : « à l'exception de ceux mentionnés au 4° » ;

b) Après le 7°, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« 8° Les particuliers qui font appel pour leur usage personnel à d'autres particuliers pour effectuer de manière ponctuelle un service de conseil ou de formation en contrepartie d'une rémunération au sens de l'article L. 242-1. Un décret précise la durée et les activités entrant dans le champ d'application du présent alinéa ;

« 9° Les personnes dont l'activité consiste à mettre en relation un particulier avec un salarié, un stagiaire aide familial placé au pair, un accueillant familial ou une personne effectuant un service mentionnée au 8°, lorsqu'elles sont mandatées par ce particulier pour effectuer tout ou partie des démarches mentionnées aux articles L. 133-5-7 et L. 133-5-8. » ;

c) Au dernier alinéa, après les mots : « Lorsqu'un employeur » sont insérés les mots : « mentionné au 1°, 2° ou 5° » ;

2° L'article L. 133-5-7 du même code est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « employeurs » est remplacé par les mots : « personnes les utilisant » ;

b) Au 2°, après le mot : « Satisfaire » sont insérés les mots : « , le cas échéant, » ;

3° L'article L. 133-5-8 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 133-5-8. – Toute personne utilisant un des dispositifs simplifiés mentionnés à l'article L. 133-5-6 est tenue de procéder par voie dématérialisée à son adhésion, à l'identification du salarié, du stagiaire aide

familial placé au pair, de l'accueillant familial ou du particulier mentionné au 8° de l'article L. 133-5-6 qui a effectué un service, à la déclaration des rémunérations dues ainsi qu'au paiement des cotisations et contributions sociales dues.

« Cette personne est tenue de procéder, au plus tard à une date fixée par décret, à la déclaration des rémunérations dues au titre de chaque mois au cours duquel une activité a été effectuée par une des personnes mentionnées à l'alinéa précédent.

« L'employeur ou le particulier ayant recours à ces dispositifs et son salarié, son stagiaire aide familial placé au pair, son accueillant familial ou le particulier qui effectue un service mentionné au 8° de l'article L. 133-5-6 reçoivent, le cas échéant et chacun pour ce qui les concerne, par voie dématérialisée, un décompte des cotisations et contributions, une attestation fiscale et le bulletin de paie mentionné à l'article L. 3243-2 du code du travail ou, à destination des accueillants familiaux mentionnés au 7° de l'article L. 133-5-6 du présent code, le relevé mensuel des contreparties financières définies à l'article L. 442-1 du code de l'action sociale et des familles. La délivrance du bulletin de paie par l'organisme de recouvrement au salarié se substitue à sa remise par l'employeur prévue à l'article L. 3243-2 du code du travail. Les modalités de ces transmissions sont fixées par décret.

« Par dérogation au présent article, lorsqu'ils ne sont pas en capacité de procéder à ces déclarations et formalités par voie dématérialisée, les personnes mentionnées aux 3°, 5°, 6° et 7° de l'article L. 133-5-6 peuvent, après demande formulée auprès de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10, y procéder sur des supports papier et recevoir les documents mentionnés au troisième alinéa sur papier également. » ;

4° Au premier alinéa de l'article L. 133-5-10 du même code, après les mots : « contributions dues par les employeurs » sont ajoutés les mots : « ou les particuliers » et il est ajouté un dernier alinéa à cet article ainsi rédigé :

« Les particuliers qui effectuent de manière ponctuelle un service à d'autres particuliers au titre du 8° de l'article L.133-5-6 sont informés par l'organisme mentionné au premier alinéa qu'ils peuvent être tenus, le cas échéant, d'effectuer d'autres formalités de nature fiscale, sociale ou économique auprès d'autres administrations ou organismes, pour exercer leur activité dans les conditions prévues par la législation en vigueur. »

III. - L'article L. 1271-2 du code du travail est abrogé.

IV. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2019.

Article 11

I. - Le livre II du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les quatre premiers alinéas de l'article L. 200-1 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Le régime général de sécurité sociale couvre :

« 1° D'une part, pour le versement des prestations en espèces mentionnées à l'article L. 311-1, les personnes salariées ou assimilées visées aux articles L. 311-2, L. 311-3, L. 311-6, L. 381-1, L. 382-1 et L. 382-31 et, d'autre part, pour le versement des prestations en espèces au titre des assurances maladie, maternité, paternité et vieillesse, les personnes non salariées visées respectivement aux articles L. 611-1 et L. 631-1 ;

« 2° Au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, les personnes visées aux articles L. 412-1, L. 412-2 et L. 412-9 ;

« 3° Au titre des prestations familiales, les personnes visées à l'article L. 512-1 ;

« 4° Au titre de la protection universelle maladie, telle que définie à l'article L. 160-1, les personnes mentionnées au 1° et aux articles L. 381-4, L. 381-20, L. 381-25, L. 381-30 ainsi que les personnes inactives rattachées aux organismes du régime général en application des dispositions du premier alinéa de l'article L. 160-17. » ;

« La couverture des risques mentionnés aux 1° et 2° s'exerce par l'affiliation au régime général, à titre obligatoire, des personnes mentionnées à ces mêmes alinéas ».

Commentaire [A3]: [AS395](#)

2° Les cinq derniers alinéas de l'article L. 200-2 sont supprimés ;

3° À l'article L. 200-3, les deux occurrences des mots : « des travailleurs salariés » sont supprimées ;

4° L'article L. 211-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 211-1. – Les caisses primaires d’assurance maladie assurent la prise en charge des frais de santé et le service des prestations d’assurance maladie, maternité, paternité, invalidité, décès et d’accidents du travail et maladies professionnelles dont bénéficient dans leur circonscription les assurés salariés et non-salariés, ainsi que les autres personnes mentionnées aux 1° et 4° de l’article L. 200-1. » ;

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

a) Au 1°, le mot : « assurés » est remplacé par les mots : « salariés ou assimilés » ;

b) Au 3°, les mots : « Avec les caisses de base du régime social des indépendants, le recouvrement » sont remplacés par les mots : « Le recouvrement », et les mots : « dans les conditions prévues aux articles L. 133-1-2, L. 133-1-3 et L. 133-5-2 » sont remplacés par les mots : « autres que celles mentionnées aux articles L. 642-1 et L. 723-3 » ;

c) Après le 6°, il est inséré un 7° ainsi rédigé :

« 7° La mise en œuvre des décisions prises par les instances régionales de la protection sociale des travailleurs indépendants destinées à venir en aide aux travailleurs indépendants qui éprouvent des difficultés pour régler leurs cotisations et contributions sociales. » ;

6° Après le 4° de l’article L. 215-1, il est inséré un 4° *bis* ainsi rédigé :

« 4° *bis* Mettent en œuvre les décisions prises par les instances régionales du conseil mentionné à l’article L. 612-1 destinées à venir en aide aux travailleurs indépendants en vue de leur retraite ; »

7° L’article L. 221-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « des travailleurs salariés » sont supprimés ;

b) Au dernier alinéa, les mots : « des travailleurs salariés » sont supprimés et la phrase est complétée par les mots : « , et des données relatives aux services rendus aux travailleurs indépendants. » ;

8° L’article L. 221-3-1 est ainsi modifié :

a) Au dixième alinéa, les mots : « des travailleurs salariés » sont supprimés ;

b) Le dernier alinéa est complété par les mots suivants : « ainsi que, s'agissant des travailleurs indépendants, du service rendu à ces assurés au conseil mentionné à l'article L. 612-1. » ;

9° L'article L. 222-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après les mots : « d'assurance vieillesse » sont insérés les mots : « gère la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 et, à cet effet, » ;

b) Le 1° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 1° De veiller à l'équilibre financier de cette branche. À ce titre, elle établit les comptes consolidés de celle-ci, assure en lien avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement des organismes locaux, effectue le règlement de toute opération relevant de cette branche dont la responsabilité n'est pas attribuée aux organismes locaux » ;

c) Au 2°, après les mots : « des travailleurs salariés » sont insérés les mots : « et des non-salariés » ;

d) Le 4° est complété par les dispositions suivantes : « et de mettre en œuvre, pour les travailleurs indépendants, les décisions prises dans le même domaine par les instances régionales du conseil mentionné à l'article L. 612-1 ; »

e) Au 5°, les mots : « des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « du régime général » ;

f) Le 6° est abrogé ;

10° L'article L. 223-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après les mots : « des allocations familiales » sont insérés les mots : « gère la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 et, à cet effet, » ;

b) Le 1° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 1° De veiller à l'équilibre financier de cette branche. À ce titre, elle établit les comptes consolidés de celle-ci, assure en lien avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement des organismes locaux, effectue le règlement de toute opération relevant de cette branche dont la responsabilité n'est pas attribuée aux organismes locaux » ;

c) Le 4° est abrogé ;

11° À l'article L. 225-1-1, le 2° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 2° De définir, pour les travailleur salariés et non-salariés, ses orientations en matière de contrôle et de recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale ainsi que de coordonner et de vérifier leur mise en œuvre par les organismes locaux. » ;

12° À l'article L. 227-1, après le dixième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les conventions relatives aux branches mentionnées aux 1° et 3° de l'article L. 200-2 et celle relative aux organismes du régime général chargés du recouvrement identifient les objectifs et actions dédiés au service des prestations et au recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants. » ;

13° L'intitulé du chapitre III du titre III est remplacé par l'intitulé suivant : « Dispositions propres au service des prestations et au recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants » ;

14° Il est inséré au sein du chapitre mentionné au 13° un article L. 233-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 233-1.* - Les missions que les organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 215-1, L. 222-1, L. 225-1 et L. 752-4 exercent auprès des travailleurs indépendants le sont dans le cadre d'un schéma stratégique d'organisation établi conjointement par les directeurs des organismes mentionnés aux articles L. 222-1 et L. 225-1 et approuvé par les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. Celui-ci fixe les orientations et les modalités d'organisation permettant :

« - d'assurer une bonne articulation des activités réalisées auprès des travailleurs indépendants des organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 215-1 et L. 752-4 qui le nécessitent, notamment l'accueil et l'accompagnement des assurés, la réception de leurs demandes, l'instruction de leurs demandes d'action sociale, l'enregistrement et la fiabilisation des droits futurs que le paiement de leurs cotisations permet d'ouvrir ;

« – de sécuriser l’atteinte des objectifs de qualité de service fixés par les conventions mentionnées à l’article L. 227-1 en ce qui concerne les assurés mentionnés au premier alinéa. »

II. – L’intitulé du livre VI du code de la sécurité sociale est remplacé par l’intitulé : « Dispositions applicables aux non-salariés », et ce livre est ainsi modifié :

1° L’intitulé du titre I^{er} est remplacé par l’intitulé : « Dispositions générales », l’intitulé de son premier chapitre est remplacé par l’intitulé : « Champ d’application », et la subdivision de ce dernier en sections est supprimée ;

2° L’article L. 613-1 devient l’article L. 611-1 et son premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Sous réserve des dispositions de l’article L. 671-1, les dispositions du présent livre s’appliquent aux personnes suivantes : » ;

3° L’intitulé du chapitre II du même titre est remplacé par l’intitulé : « Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants », et sa subdivision en sections est supprimée ;

4° Les articles L. 612-1 à L. 612-6 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 612-1.* - Le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants a pour rôle :

« 1° De veiller, sans préjudice des prérogatives des organismes mentionnés aux articles L. 641-1 et L. 723-1, à la bonne application aux travailleurs indépendants des règles du présent code relatives à leur protection sociale et à la qualité du service rendu aux travailleurs indépendants par les organismes assurant le recouvrement des cotisations et le service des prestations ;

« 2° De déterminer des orientations générales relatives à l’action sanitaire et sociale déployée spécifiquement en faveur des travailleurs indépendants ; ces orientations sont soumises pour approbation à l’autorité compétente de l’État ;

« 3° De piloter le régime complémentaire d’assurance vieillesse obligatoire et le régime invalidité-décès des travailleurs indépendants et la gestion du patrimoine y afférent ;

« 4° D'animer, coordonner et contrôler l'action des instances régionales de la protection sociale des travailleurs indépendants.

« Le conseil peut faire au ministre chargé de la sécurité sociale toute proposition de modification législative ou réglementaire dans son domaine de compétence. Il peut être saisi par le ministre chargé de la sécurité sociale de toute question relative à la protection sociale des travailleurs indépendants. Il est saisi pour avis des projets de loi de financement de la sécurité sociale, ainsi que des projets de mesures législatives ou réglementaires lorsque celles-ci concernent spécifiquement la sécurité sociale des travailleurs indépendants.

« Les organismes mentionnés aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 225-1 rendent compte au moins une fois par an de la qualité de service rendu aux travailleurs indépendants. Le conseil national rend un avis sur la qualité de ce service et formule, le cas échéant, des recommandations d'évolution ou d'amélioration de celui-ci.

« Le conseil peut en outre formuler des recommandations relatives à la mise en œuvre par les organismes mentionnés aux articles L. 211-1 et L. 752-4 d'actions de prévention menées plus particulièrement à destination des travailleurs indépendants.

« Le conseil formule également des propositions relatives notamment à la politique de services rendus aux travailleurs indépendants, qui sont transmises aux caisses nationales du régime général en vue de la conclusion des conventions d'objectifs et de gestion prévues à l'article L. 227-1 et notamment leur partie relative aux objectifs et actions mentionnés au onzième alinéa de ce même article.

« Les organismes du régime général de sécurité sociale communiquent au conseil les informations nécessaires à la mise en œuvre et au suivi de ses missions. »

« Art. L. 612-2. - Le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants est un organisme de droit privé doté de la personnalité morale.

« Il est doté d'une assemblée générale délibérante et d'un directeur nommé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

« Il dispose également d'instances régionales dans les conditions définies à l'article L. 612-4.

« Les dispositions des articles L. 217-2, L. 231-5, L. 231-12, L. 272-1, L. 272-2-1, L. 281-1 et L. 281-3 s'appliquent au conseil et aux membres de son assemblée générale et de des instances régionales. Les délibérations de l'assemblée générale et de ses instances régionales sont respectivement soumises à l'application des dispositions des articles L. 224-10 et L. 151-1.

« *Art. L. 612-3.* - L'assemblée générale du conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants comprend :

« 1° Des représentants des travailleurs indépendants, désignés par les organisations professionnelles représentatives de ces travailleurs au niveau national, telles qu'elles sont définies à l'article L. 612-6 ;

« 1° *bis* **Des représentants des travailleurs indépendants retraités, désignés par les mêmes organisations,** » ;

Commentaire [A5]: [AS399](#)

« 2° Des personnalités qualifiées, désignées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

« L'État est représenté auprès du conseil d'administration par des commissaires du gouvernement.

« Participent également aux réunions, en fonction de l'ordre du jour, les directeurs ou directeurs généraux des organismes mentionnés aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 225-1 ou leurs représentants.

« L'assemblée générale désigne parmi ses membres une personne titulaire et une personne suppléante qui la remplace en cas d'empêchement pour représenter le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants au sein du conseil ou du conseil d'administration des organismes mentionnés à l'alinéa précédent. Cette personne dispose dans ce conseil ou ces conseils d'administration d'une voix consultative. L'assemblée générale procède aux autres désignations nécessaires à la représentation des travailleurs indépendants dans les instances ou organismes au sein desquels ceux-ci sont amenés à siéger.

« *Art. L. 612-4.* - Les instances régionales de la protection sociale des travailleurs indépendants sont composées de représentants des travailleurs indépendants ~~désignés par les organisations professionnelles représentatives de ces travailleurs au niveau national~~ **et retraités désignés par les organisations mentionnées au 1° de l'article L. 612-3.**

Commentaire [A6]: [AS399](#)

« Le ressort géographique de ces instances est la circonscription administrative régionale en métropole et à La Réunion. Toutefois, une

délibération de l'assemblée générale mentionnée à l'article L. 612-3 peut prévoir qu'une instance régionale couvre plusieurs de ces circonscriptions. Une instance unique est mise en place pour les autres collectivités mentionnées à l'article L. 751-1.

« Les instances régionales décident de l'attribution des aides et prestations individuelles en matière d'action sanitaire et sociale accordées aux travailleurs indépendants dans le cadre des orientations définies par le conseil mentionné à l'article L. 612-1. Les demandes sont déposées auprès des organismes locaux et régionaux du régime général, qui les instruisent, saisissent les instances régionales pour décision et procèdent au paiement des aides et prestations attribuées.

« Au sein des conseils et conseils d'administration des caisses mentionnées aux articles L. 211-1, L. 213-1, L. 215-1, L. 215-5, L. 216-5 et L. 752-4, un membre de l'instance régionale de la protection sociale des travailleurs indépendants de la région dans laquelle se situe ces caisses, désigné par cette instance, représente le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants. Il dispose dans ces conseils et conseils d'administration d'une voix consultative. Les instances régionales de la protection sociale des travailleurs indépendants procèdent aux autres désignations nécessaires à la représentation des travailleurs indépendants dans les instances ou organismes au sein desquels ceux-ci sont amenés à siéger.

« Les instances régionales désignent en outre un médiateur chargé d'accompagner dans leur circonscription les travailleurs indépendants amenés à former une réclamation relative au service de leurs prestations de sécurité sociale ou au recouvrement de leurs cotisations par les organismes du régime général.

« *Art. L. 612-5.* - Les dépenses nécessaires à la gestion administrative du conseil mentionné à l'article L. 612-1 et celles nécessaires à la mise en œuvre de l'action sanitaire et sociale mentionnée au même article, sont couvertes par des dotations annuelles attribuées par les branches mentionnées au 1° et au 3° de l'article L. 200-2 et les régimes mentionnés aux articles L. 635-1 et L. 635-5.

« Le montant global de chacune des deux dotations est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget après avis du conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants.

« Le conseil mentionné à l'article L. 612-1 procède à la répartition de la dotation nécessaire à la mise en œuvre de l'action sanitaire et sociale mentionnée au 2° du même article attribuée à chaque instance régionale.

« Un décret fixe les modalités de répartition de ces dotations entre les branches et régimes mentionnés au premier alinéa du présent article.

« *Art. L. 612-6.* – Peuvent désigner des membres au sein des instances mentionnées aux articles L. 612-3 et L. 612-4 en application, respectivement, du 1° et du premier alinéa de ces deux articles, les organisations qui en expriment la demande, lorsqu'elles remplissent cumulativement les critères suivants :

« 1° Le respect des valeurs républicaines ;

« 2° L'indépendance ;

« 3° La transparence financière ;

« 4° Une ancienneté minimale de deux ans. Cette ancienneté s'apprécie à compter de la date de dépôt légal des statuts ;

« 5° L'influence, prioritairement caractérisée par l'activité et l'expérience ;

« 6° L'audience, qui se mesure en fonction du nombre de travailleurs indépendants volontairement adhérents.

« Un décret en conseil d'État précise les conditions d'appréciation de ces critères, les modalités de recueil et d'examen des candidatures préalables à ces désignations et la règle permettant d'établir, sur la base de l'audience mentionnée au 6°, le nombre de membres **représentants des travailleurs indépendants et retraités** que chaque organisation peut désigner pour siéger au sein de l'assemblée générale et des instances mentionnées aux articles L. 612-3 et L. 612-4. » ;

Commentaire [A7]: [AS399](#)

5° Le chapitre III du même titre est ainsi modifié :

a) L'intitulé du chapitre est remplacé par l'intitulé : « Dispositions relatives au financement communes à l'ensemble des indépendants » ;

b) L'intitulé de la section première est remplacé par l'intitulé : « Cotisations d'allocations familiales », et sa subdivision en sous-sections est supprimée ;

c) L'intitulé de la section 2 est remplacé par l'intitulé : « Modernisation et simplification des formalités », sa subdivision en sous-sections est supprimée, et sont insérés dans cette section les articles L. 613-2 à L. 613-5 tels qu'ils résultent des *d* à *g* du présent 5° ;

d) L'article L. 133-5-2 devient l'article L. 613-2 ;

e) L'article L. 133-6-7 devient l'article L. 613-3, et les mots : « Les personnes exerçant une activité non salariée non agricole mentionnées » sont remplacés par les mots : « Les travailleurs indépendants mentionnés » ;

f) L'article L. 133-6-7-1 devient l'article L. 613-4, et les mots : « au régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « à la sécurité sociale » ;

g) L'article L. 133-6-7-2 devient l'article L. 613-5, les mots : « non agricoles » sont supprimés, et la référence : « L. 613-7-1 » est remplacée par la référence : « L. 613-9 » ;

h) L'intitulé de la section 3 est remplacé par l'intitulé : « Dispositions diverses » et sa subdivision en sous-sections est supprimée ;

i) L'article L. 131-6-3 devient l'article L. 613-9 et est inséré dans la section mentionnée au *h* et en son sein les mots : « de leur part effectuée dans les conditions fixées par décret, les montants minimaux de cotisation prévus, pour les personnes mentionnées au 2° de l'article L. 611-1, au deuxième alinéa de l'article L. 612-13 et L. 633-10 » sont remplacés par les mots : « de la part des travailleurs indépendants effectuée dans des conditions fixées par décret, les montants minimaux de cotisations prévus aux articles L. 621-1, L. 622-2 et L. 633-1 » ;

6° L'intitulé du chapitre V du même titre est remplacé par l'intitulé : « Contrôle et sanctions », sa subdivision en sections est supprimée, et sont insérés dans ce chapitre les articles L. 615-1 à L. 615-5 tels qu'ils résultent des *a* à *e* du présent 6° ;

a) L'article L. 652-7 devient l'article L. 615-1 ;

b) L'article L. 637-1 devient l'article L. 615-2, et est ainsi modifié :

– au premier alinéa, après les mots : « personnes » sont insérés les mots : « mentionnées à l'article L. 611-1 » ;

– au dernier alinéa, les mots : « du régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « d'assurance maladie et maternité et d'assurance vieillesse auprès desquelles sont affiliés les travailleurs indépendants » ;

c) L'article L. 637-2 devient l'article L. 615-3 ;

d) L'article L. 652-4 devient l'article L. 615-4, et son premier alinéa est ainsi modifié :

– les mots : « toute personne légalement tenue » sont remplacés par les mots : « tout travailleur indépendant légalement tenu » ;

– les mots : « institué par le présent livre » sont supprimés ;

– il est complété par la phrase : « Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les contrats d'assurance complémentaire en matière de santé. » ;

e) Il est complété par un article L. 615-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 615-5.* - Les dispositions du chapitre VII du titre VII du livre III sont applicables aux prestations servies aux bénéficiaires du présent livre. » ;

7° L'intitulé du titre II est remplacé par l'intitulé : « Assurance maladie, maternité » ;

8° Le chapitre I^{er} de ce titre est remplacé par les dispositions suivantes :

« *CHAPITRE I^{er}*

« *Cotisations*

« *Art. L. 621-1.* – Au titre de la couverture des risques d'assurance maladie et maternité, les travailleurs indépendants entrant dans le champ d'application des dispositions de l'article L. 622-1 sont redevables d'une cotisation assise sur leurs revenus d'activité selon les modalités prévues aux articles L. 131-6 à L. 131-6-2 et L. 133-6-8, dont le taux est fixé par décret.

« Ce taux peut être réduit par décret, sans toutefois pouvoir être inférieur au taux fixé à l'article L. 621-2, pour la fraction de ces revenus qui dépasse un plafond fixé par décret.

« Pour les travailleurs indépendants ne relevant pas des dispositions prévues à l'article L. 133-6-8 dont les revenus sont inférieurs à un montant fixé par décret, cette cotisation est calculée sur ce montant. Dans ce cas, le taux mentionné au premier alinéa fait l'objet d'une réduction qui décroît, dans des conditions fixées par décret, en fonction des revenus des personnes concernées. Le bénéfice de cette réduction s'ajoute à celui de la réduction mentionnée à l'article L. 621-3 sans toutefois que le total des deux réductions puisse excéder la valeur du taux fixé à l'article L. 621-2.

« Art. L. 621-2. – Les travailleurs indépendants qui n'entrent pas dans le champ des dispositions de l'article L. 622-1 sont redevables pour la couverture des risque maladie et maternité d'une cotisation assise sur leurs revenus d'activité dont le taux est fixé par décret dans la limite de celui mentionné au premier de l'article L. 621-1. » ;

9° Le chapitre II du même titre est ainsi modifié :

a) L'intitulé du chapitre est remplacé par l'intitulé : « Prestations maladie en espèces » ;

b) L'article L. 622-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 622-1. – Sous réserve d'adaptation par décret, les assurés mentionnés au présent livre, excepté ceux mentionnés aux articles L. 640-1 et L. 723-1, bénéficient en cas de maladie de prestations en espèces qui sont calculées, liquidées et servies dans les conditions définies aux articles L. 321-1 à L. 321-3, L. 323-1, L. 323-3, L. 323-3-1, L. 323-6 et L. 323-7. » ;

c) L'article L. 613-20 devient l'article L. 622-2, est inséré dans ce chapitre et est ainsi modifié :

– les deux premiers alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« Les prestations supplémentaires peuvent être instituées, modifiées ou supprimées par décret pour **les assurés mentionnés à l'article L. 622-1, sur proposition du conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants, et pour** une ou plusieurs catégories de professions libérales sur proposition conjointe du ~~Conseil national de la protection sociale des travailleurs indépendants~~ **conseil précité** et des sections professionnelles mentionnées à l'article L. 641-1 correspondantes ou, s'agissant des avocats, du conseil d'administration de la Caisse nationale des barreaux français. Dans ce cas, **l'équilibre** financier est assuré dans le cadre des catégories professionnelles correspondantes. » ;

Commentaire [A8]: [AS408](#)

Commentaire [A9]: [AS408](#)

Commentaire [A10]: [AS408](#)

– le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Les prestations supplémentaires consistent en l’octroi, dans tout ou partie des cas entraînant une incapacité de travail, des indemnités journalières prévues au 2° de l’article L. 431-1 ou, pour les travailleurs indépendants qui n’entrent pas dans le champ des dispositions de l’article L. 622-1, de celles prévues à l’article L. 321-1. » ;

Commentaire [A11]: [AS408](#)

– au dernier alinéa, les mots : « , dans les conditions précisées à l’article L. 612-13 » sont remplacés par les mots : « recouvrées dans les mêmes conditions que les cotisations mentionnées à l’article L. 621-2. » ;

– il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le service des prestations mentionnées au présent article est délégué, dans des conditions fixées par convention entre le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la caisse nationale d’assurance maladie, aux organismes mentionnés aux articles L. 211-1 et L. 752-4. » ;

d) L’article L. 613-8 devient l’article L. 622-3, et est inséré dans ce chapitre ;

10° Le chapitre III du même titre est ainsi modifié :

a) L’intitulé du chapitre est remplacé par l’intitulé : « Assurance maternité », sa subdivision en sections est supprimée, et sont transférés dans ce chapitre les articles L. 623-1 à L. 623-4 tels qu’ils résultent des b à e du présent 10° ;

b) L’article L. 613-19 devient l’article L. 623-1, et les deux occurrences des mots : « régime institué par le » sont supprimées ;

c) L’article L. 613-19-1 devient l’article L. 623-2 et les mots : « régime institué par le » sont supprimés ;

d) L’article L. 613-19-2 devient l’article L. 623-3 et les mots : « régime institué au » sont supprimés ;

e) L’article L. 613-19-3 devient l’article L. 623-4, les mots : « du régime d’assurance » sont remplacés par les mots : « de l’assurance », la référence : « L. 613-8 » est remplacée par la référence : « L. 622-3 », et les mots : « L. 613-19 et L. 613-19-1 » sont remplacés par les mots : « L. 623-1 et L. 623-2 » ;

f) À l'article L. 613-21, les mots : « L. 217-1, L. 160-11 » et les mots : « et organismes » sont supprimés ;

11° L'intitulé du titre III est remplacé par l'intitulé : « Assurance invalidité et assurance vieillesse » ;

12° Le chapitre Ier du même titre est ainsi modifié :

a) L'intitulé du chapitre est remplacé par l'intitulé : « Champ d'application » ;

b) Il est inséré un article L. 631-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 631-1.* – Les dispositions du présent titre s'appliquent aux travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 611-1 qui ne relèvent pas des régimes mentionnés aux articles L. 640-1 et L. 723-1. » ;

13° Le chapitre II du même titre est ainsi modifié :

a) L'intitulé du chapitre est remplacé par l'intitulé : « Assurance invalidité et décès », et sont insérés dans ce chapitre les articles L. 632-1 à L. 632-4 tels qu'ils résultent des b à e du présent 13° ;

b) L'article L. 635-5 devient l'article L. 632-1 et, en son sein, les mots : « au 2° de l'article L. 611-1 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 631-1 », les mots : « le régime concerné » sont remplacés par les mots : « leur régime », et après les mots : « des caisses » sont insérés les mots : « d'assurance maladie à laquelle elles sont rattachées » ;

c) Il est inséré un article L. 632-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 632-3.* - Le service des prestations mentionnées à la présente section est délégué, dans des conditions fixées par convention entre le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la caisse nationale d'assurance maladie, aux organismes mentionnés aux articles L. 211-1 et L. 752-4. » ;

d) L'article L. 635-6 devient l'article L. 632-4 et, en son sein, les mots : « un règlement de la caisse nationale compétente » sont remplacés par les mots : « un règlement du conseil national de la protection sociale des travailleurs indépendants » ;

14° Le chapitre III du même titre est ainsi modifié :

a) L'intitulé du chapitre est remplacé par l'intitulé : « Cotisations d'assurance vieillesse » et sa subdivision en sections est supprimée ;

b) L'article L. 633-10 devient l'article L. 633-1 et est inséré dans ce chapitre et est ainsi modifié :

– le premier alinéa est supprimé ;

– au deuxième alinéa, les mots : « dues par les travailleurs indépendants non agricoles » sont remplacés par les mots : « d'assurance vieillesse dues par les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 631-1 » ;

c) À l'article L. 633-11, les mots : « par le régime prévu au titre I^{er} du présent livre » sont remplacés par les mots : « au titre de l'assurance vieillesse prévue par les dispositions du présent titre » ;

15° Le chapitre IV du même titre est ainsi modifié :

a) L'intitulé du chapitre est remplacé par l'intitulé : « Prestations d'assurance vieillesse » ;

b) À l'article L. 634-2 :

– les mots : « de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « d'assurance vieillesse dont bénéficient les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 631-1 » ;

– les mots : « à l'article L. 351-1-2 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 351-1-1 et L. 351-1-2 » ;

– après les mots : « L. 351-13, » sont insérés les mots : « aux I et II de l'article L. 351-14-1, aux articles » ;

– la référence : « L. 633-10 » est remplacée par la référence : « L. 633-1 » ;

c) À l'article L. 634-3-1, les mots : « du régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « des travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 631-1 » ;

d) À l'article L. 634-6, les mots : « du régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « des travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 631-1 » ;

16° Le chapitre V est ainsi modifié :

a) L'intitulé du chapitre est remplacé par l'intitulé : « Assurance vieillesse complémentaire » et sa subdivision en sections est supprimée ;

b) L'article L. 635-1 est ainsi modifié :

– les mots : « Toute personne relevant de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « Les personnes mentionnées à l'article L. 631-1 » ;

– au deuxième alinéa, les mots : « Le régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse du régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « Le régime mentionné au premier alinéa » ;

– le troisième alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« La couverture des charges est assurée par des cotisations calculées en application des articles L. 131-6 à L. 131-6-2 et L. 133-6-8. » ;

– les mots : « le conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants » ;

c) À l'article L. 635-4, les mots : « d'assurance vieillesse du régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « d'assurance vieillesse prévu au présent chapitre. » et les mots : « de la Caisse nationale du régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants » ;

d) La section 1 est complétée par un article L. 635-4-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 635-4-1. - Le service des prestations mentionnées à la présente section est délégué, dans des conditions fixées par convention entre le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la caisse nationale d'assurance vieillesse, aux organismes mentionnés aux articles L. 215-5 et L. 752-4. » ;

17° Le titre IV est ainsi modifié :

a) L'article L. 640-1 est ainsi modifié :

– le 1° est complété par les mots : « psychothérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, ostéopathes, **diététiciens** » ; »

– au 2°, les mots : « artiste non mentionné à l'article L. 382-1, ingénieur-conseil, architecte, géomètre, » et le mot : « vétérinaire » sont supprimés **et après le mot : « tribunaux » sont insérés les mots : « , expert automobile » ;**

Commentaire [A13]: [AS402](#)

– les deux derniers alinéas sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :

« 3° Architecte, **architecte d'intérieur, économiste de la construction**, géomètre, ingénieur-conseil ;

Commentaire [A14]: [AS403](#)

« 4° Artiste non mentionné à l'article L. 382-1, **guide conférencier** ;

Commentaire [A15]: [AS404](#)

« 5° Vétérinaire ;

« 6° Moniteur de ski titulaire d'un brevet d'État ou d'une autorisation d'exercer mettant en œuvre son activité dans le cadre d'une association ou d'un syndicat professionnel, quel que soit le public auquel il s'adresse ;

« **7° Guides de haute montagne**. » ;

Commentaire [A16]: [AS360](#)

b) L'article L. 641-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions des articles L. 216-1 et L. 231-5, du 1° de l'article L. 231-6-1 et des articles L. 213-12, L. 256-3, L. 272-1, L. 272-2, L. 273-1, L. 281-1, L. 281-3, L. 355-2, L. 355-3 et L. 377-2 sont applicables à ces organismes. » ;

c) Le chapitre I^{er} est complété par une section 3 intitulée : « Contrôle et sanctions » ;

d) L'article L. 652-6 devient l'article L. 641-8 et est inséré dans la section mentionnée au b ; en son sein, les mots : « non agricoles » sont supprimés, et le mot : « livre » est remplacé par le mot : « titre » ;

e) La section 2 du chapitre II est complétée par un article L. 642-6 ainsi rédigé :

« *Art. L. 642-6.* – Sont applicables aux organismes et personnes entrant dans le champ d'application du présent titre et sous réserve des dispositions particulières dudit titre, les articles L. 243-4, L. 243-5, L. 243-6-2, L. 243-9, L. 243-11, L. 244-1 à L. 244-5, L. 244-7 et L. 244-8-1 à L. 244-14. » ;

f) L'article L. 133-6-10 devient l'article L. 643-0 et est inséré dans la section première du chapitre III ; en son sein, la référence : « L. 133-6-9 » est remplacée par la référence : « L. 243-6-3 », et le deuxième alinéa est supprimé ;

18° La section 4 du chapitre III est complétée par un article L. 643-10 ainsi rédigé :

« *Art. L. 643-10.* – Des décrets en conseil d'État déterminent, après avis du conseil d'administration de la caisse nationale intéressée, la structure des organisations, leurs règles de fonctionnement ainsi que le mode d'élection des membres des conseils d'administration de leurs caisses ou sections de caisses. » ;

19° Le livre VI est complété par un titre VII ainsi disposé :

a) Le titre est intitulé : « Dispositions applicables aux conjoints collaborateurs » et comporte un chapitre unique intitulé : « Affiliation » ;

b) L'article L. 622-8 devient l'article L. 671-1 et est inséré au sein du chapitre mentionné au a du présent 19° ; en son sein les mots : « au régime d'assurance vieillesse auquel » sont remplacés par les mots : « aux régimes d'assurance vieillesse et invalidité-décès auxquels » ;

20° Le livre VI est complété par un titre VIII ainsi rédigé :

« TITRE VIII

« DISPOSITIONS D'APPLICATION

« *Art. L. 681-1.* - Des dispositions réglementaires déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application du livre VI. Sauf disposition contraire, elles sont prises par décret en Conseil d'État. »

III. – A. – La deuxième phrase du troisième alinéa et la troisième phrase du quatrième alinéa de l'article L. 160-17 du code de la sécurité sociale sont supprimées.

B - L'article L. 611-20 du même code est abrogé.

IV. - Les chapitres VI et VII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale sont ainsi modifiés :

1° L'article L. 161-8 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 161-8.* - Tant qu'elles continuent de remplir les conditions de résidence et de séjour mentionnées à l'article L. 111-2-3 et ne viennent pas à justifier de nouveau des conditions d'ouverture du droit aux mêmes prestations dans ce régime ou un autre régime, les personnes qui cessent de remplir les conditions d'activité requises pour l'affiliation à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès d'un régime dont elles relevaient jusqu'alors bénéficient du maintien de leur droit aux prestations en espèces pour ces risques pendant une durée déterminée par décret. Cette durée est prolongée, dans des conditions fixées par décret, pour les personnes qui relèvent des dispositions de l'article L. 5411-1 du code du travail. » ;

2° À l'article L. 161-18, les mots : « un régime d'assurance vieillesse de salariés ou le régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « le régime général et le régime des salariés agricoles » ;

3° À l'article L. 162-14-1, les mots : « L. 242-11, L. 612-1 » sont remplacés par les mots : « L. 613-1, L. 621-2 » ;

4° L'intitulé du chapitre I^{er} du titre VII est remplacé par l'intitulé : « Dispositions générales » et sa subdivision en sections est supprimée ;

5° L'article L. 613-4 devient l'article L. 171-2-1 et est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 171-2-1.* - Les personnes exerçant simultanément plusieurs activités dont l'une relève du présent livre sont affiliées et cotisent simultanément aux régimes dont relèvent ces activités. » ;

6° L'article L. 171-3 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 171-3.* - Par dérogation à l'article L. 611-5, les personnes qui exercent simultanément une activité indépendante agricole et une activité indépendante non agricole sont affiliées, dans le seul régime de leur activité la plus ancienne, sauf option contraire exercée dans des conditions fixées par décret.

« Elles cotisent et s'acquittent des contributions sociales sur l'ensemble de leurs revenus selon les modalités en vigueur dans ce seul régime.

« Le premier alinéa ne s'applique pas :

« 1° Aux personnes dont l'une des activités est permanente et l'autre saisonnière. Ces personnes sont alors affiliées au régime qui correspond à leur activité permanente ;

« 2° Aux personnes exerçant simultanément une activité indépendante agricole et une activité entrant dans le champ d'application de l'article L. 133-6-8. Ces personnes sont affiliées et cotisent simultanément auprès des régimes dont relèvent ces activités. » ;

7° L'article L. 622-1 devient l'article L. 171-6-1 et est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 171-6-1.* - Les personnes exerçant simultanément plusieurs activités professionnelles indépendantes relevant du présent livre sont affiliées et cotisent, dans des conditions fixées par décret, au régime d'assurance vieillesse dont relève leur activité principale.

« Pour les personnes ayant exercé simultanément plusieurs activités professionnelles indépendantes relevant de régimes d'assurance vieillesse distincts, l'allocation est à la charge du régime d'assurance vieillesse dont relevait ou aurait relevé son activité principale. Toutefois, les personnes admises à percevoir une demi-allocation agricole et une demi-allocation d'un autre régime non salarié continueront à recevoir ces deux demi-allocations jusqu'à ce qu'elles soient appelées à percevoir une allocation intégrale du régime dont relève leur activité principale. » ;

8° À l'article L. 171-7, les mots : « des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants » sont supprimés ;

9° L'article L. 172-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 172-2.* - La coordination entre régimes pour l'indemnisation en cas de maladie-maternité est assurée par l'application des dispositions de maintien de droit prévues à l'article L. 161-8.

« Lorsqu'un assuré ne peut bénéficier des dispositions mentionnées à l'alinéa précédent et que le versement de l'indemnisation en cas de maladie-maternité est subordonné par les dispositions du présent code ou du code rural et de la pêche maritime à des conditions d'affiliation, de cotisation ou de durées du travail préalables, les organismes de sécurité sociale tiennent compte pour la mise en œuvre de ces dispositions de l'ensemble des périodes d'affiliation, de cotisations versées ou de travail effectuées, même lorsqu'elles relèvent d'un autre régime de sécurité sociale régi par le présent code ou le code rural et de la pêche maritime. »

V. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À l'article L. 111-11, les mots : « des travailleurs salariés, de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants non agricoles » sont supprimés ;

2° À l'article L. 114-16-3, les mots : « les agents de la Caisse nationale du régime social des indépendants désignés par son directeur à cet effet ; » sont supprimés ;

3° À l'article L. 114-23 les mots : « de la Caisse nationale du régime social des indépendants » sont supprimés, les mots : « et L. 611-1 » sont supprimés, et les mots : « et L. 611-7 » sont supprimés ;

4° À l'article L. 114-24, au deuxième alinéa, les mots : « de la Caisse nationale du régime social des indépendants » sont supprimés ;

5° À l'article L. 115-9, les mots : « , la Caisse nationale du régime social des indépendants » sont supprimés ;

6° À l'article L. 123-1, les mots : « d'une part » et les mots : « d'autre part le régime social des indépendants » sont supprimés ;

7° À l'article L. 123-2-1, les mots : « et du régime social des indépendants » sont supprimés ;

8° L'article L. 133-1-4 devient l'article L. 133-4-11, il est inséré dans la section 3 du chapitre III du titre III du livre I^{er} et en son sein les mots : « du régime social des indépendants » sont supprimés ;

9° L'article L. 134-1 est ainsi modifié :

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

« Il est institué une compensation entre les régimes obligatoires d'assurance vieillesse de base comportant un effectif minimum. Pour les besoins de cette compensation, sont distinguées au sein du régime général les personnes visées aux articles L. 311-2, L. 311-3, L. 311-6, L. 381-1, L. 382-1 et L. 382-31, d'une part, et les personnes visées à l'article L. 611-1, d'autre part. » ;

b) Après les mots : « les différents régimes », sont insérés les mots : « au titre des droits propres » ;

10° L'article L. 134-3 est ainsi modifié :

a) Les mots : « des travailleurs salariés » sont supprimés ;

b) Le 1° est abrogé, les 2° et 3° deviennent respectivement les 1° et 2° et au cinquième alinéa, la référence au 2° est remplacée par une référence au 1° ;

11° À l'article L. 134-4, le 1° est abrogé et les 2°, 3° et 4° deviennent respectivement les 1°, 2° et 3° ;

12° À l'article L. 135-2, les mots : « le régime des salariés agricoles et le régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « et le régime des salariés agricoles » ;

13° À l'article L. 135-6, les mots : « des régimes obligatoires d'assurance vieillesse visés à l'article L. 222-1 et au 2° de l'article L. 611-2 » sont remplacés par les mots : « de l'assurance vieillesse du régime général » ;

14° À l'article L. 136-3, les mots : « ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8 » sont supprimés ;

15° À l'article L. 173-2, les mots : « aux articles L. 200-2 et L. 382-15 et au 2° de l'article L. 611-1 du présent code » sont remplacés par les mots : « au 1° de l'article L. 200-1 du présent code » ;

16° À l'article L. 182-2-2, les mots : « conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « de l'assemblée générale du conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants », et le neuvième alinéa est supprimé ;

17° Au I de l'article L. 182-2-4, les mots : «, sur mandat du collègue des directeurs » sont supprimés ;

18° À l'article L. 182-2-6, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « deux » ;

19° Au premier alinéa de l'article L. 241-2, les mots : « des travailleurs salariés » sont supprimés ;

20° À l'article L. 243-6-3, après les mots : « une situation précise » sont insérés les mots : « de la législation relative aux conditions d'affiliation au régime général au titre des différentes catégories mentionnées au 1° de l'article L. 200-1 ou » ;

21° Au 35° de l'article L. 311-3, la référence : « L. 613-1 » est remplacée par la référence : « L. 611-1 » ;

22° À l'article L. 351-15, les mots : « le régime social des indépendants, » sont supprimés ;

23° Dans l'intitulé du chapitre II du titre II du livre VII, le mot : « maladie » est supprimé, et dans l'intitulé de la section 2 du même chapitre, le mot : « financement » est supprimé ;

24° À l'article L. 722-1, les mots : « , aux régimes » sont remplacés par les mots : « et aux régimes » et les mots : « et au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants non agricoles pour l'ensemble des groupes de professions mentionnés au 1° de l'article L. 615-1 » sont supprimés ;

25° À l'article L. 722-1-1, les mots : « à être affiliés au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants non agricoles » sont remplacés par les mots : « à ne pas être affiliés au régime institué par le présent chapitre », les mots : « Le choix pour ces médecins entre l'un ou l'autre régime » sont remplacés par les mots : « Cette option », et les mots : « à être affiliés au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants des professions non agricoles » sont remplacés par les mots : « à ne pas être affiliés au régime institué par le présent titre » ;

26° L'article L. 612-3 devient l'article L. 722-4 et son premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Outre les cotisations mentionnées aux articles L. 621-1 et L. 621-2, les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés mentionnés à l'article L. 722-1 sont redevables d'une contribution dont le taux est égal à 3,25%. » ;

27° À l'article L. 722-5, les mots : « des cotisations prévues » sont remplacés par les mots : « de la contribution prévue » et la référence : « L. 133-6-7-2 » est remplacée par la référence : « L. 613-5 » ;

28° Au premier alinéa de l'article L. 722-6, les mots : « maladie, » sont supprimés et les mots : « le 1° de l'article L. 160-8 et par les articles L. 160-9 et » sont remplacés par les mots : « l'article » ;

29° À l'article L. 722-9, les mots : « d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants non agricoles institué par le titre I du livre VI du présent code » sont remplacés par le mot : « général » ;

30° L'article L. 742-6 est ainsi modifié :

a) Les mots : « non-salariés » sont remplacés par les mots : « indépendants relevant du livre VI du présent code » ;

b) Les mots : « été à la charge » sont remplacés par le mot : « relevé » et les mots : « du régime mentionné à l'article L. 613-1 » sont remplacés par les mots : « de l'assurance maladie maternité ouverte aux assurés mentionnés à l'article L. 611-1 » ;

c) Les mots : « ayant valu affiliation au régime mentionné à l'article L. 613-1 » sont remplacés par les mots : « relevant de l'article L. 611-3 » ;

d) La référence : « du 2° de l'article L. 611-1 » est remplacée par les mots : « de l'assurance vieillesse des travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 631-1 » ;

e) Les mots : « non-salariée non-agricole mentionnée au 2° de l'article L. 611-1 » sont remplacés par les mots : « relevant du livre VI, à l'exception des activités mentionnées aux articles L. 640-1 et L. 723-1 » ;

f) Les mots : « au régime mentionné à l'article L. 611-1 » sont remplacés par les mots : « à l'assurance vieillesse des travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 631-1 » ;

31° À l'article L. 742-7, les mots : « 2° de l'article L. 611-1 » sont remplacés par les mots : « du présent livre, à l'exception des activités mentionnées aux articles L. 640-1 et L. 723-1 » et après les mots : « exercent une activité professionnelle énumérée à l'article L. 640-1 » sont insérés les mots : «, ou par référence à celles dues en application de l'article L. 662-8 si elles exercent une activité professionnelle énumérée à l'article L. 723-1 » ;

32° L'article L. 752-4 est ainsi modifié :

a) Après le 1°, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :

« 1° *bis* D'assurer pour les travailleurs indépendants la gestion des risques maladie, maternité, et par délégation du conseil mentionné à l'article L. 612-1, des risques invalidité et décès ; »

b) Le a du 3° est remplacé par les dispositions suivantes :

« a) Des assurés affiliés au régime général ; »

c) Après le 5°, il est inséré un 5° *bis* ainsi rédigé :

« 5° *bis* De mettre en œuvre, pour les travailleurs indépendants, les décisions prises par les instances du conseil mentionné à l'article L. 612-1 en matière d'action sanitaire et sociale ; »

33° À l'article L. 752-6, les mots : « par les institutions ou les organisations professionnelles des travailleurs indépendants les plus représentatives au plan national » sont remplacés par les mots : « par les instances du conseil mentionné à l'article L. 612-1 » ;

34° À l'article L. 752-9, les mots : « par les institutions ou les organisations professionnelles des travailleurs indépendants représentatives au plan national » sont remplacés par les mots : « par les instances du conseil mentionné à l'article L. 612-1 » ;

35° À l'article L. 756-5, la référence : « L. 612-4 » est remplacée par la référence : « L. 631-1 », après les mots : « les personnes » sont insérés les mots : « mentionnées à l'article L. 631-1 » et les mots : « professionnelle non salariée artisanale, industrielle ou commerciale » sont supprimés ;

36° À l'article L. 766-2, le mot : « mentionné » est remplacé par les mots : « des travailleurs indépendants mentionné ».

VI. - Sont abrogés :

1° La section 2 du chapitre III du titre III du livre Ier du code de la sécurité sociale ;

2° Les articles L. 133-1-1 à L. 133-1-3, L. 133-1-5 et L. 133-1-6 du même code ;

3° Les sections 2 *bis* et 2 *quater* du chapitre III *bis* du titre III du livre I^{er} du même code ;

4° Les articles L. 133-6-9, L. 133-6-11 et L. 173-3 du même code ;

5° La section 5 du chapitre II du titre IV du livre II du même code ;

6° Les articles L. 611-2 à L. 611-20 du même code ;

7° Les articles L. 612-9 à L. 612-13, L. 613-2, L. 613-9, L. 613-12 à L. 613-14 et L. 613-23 du même code ;

8° La section 4 du chapitre III du titre I^{er} du livre VI du même code ;

9° Les articles L. 614-1, L. 621-4, L. 622-2, L. 622-6, L. 623-1, L. 623-2, L. 633-9, L. 633-11-1, L. 634-1 et L. 634-5 du même code ;

10° Le chapitre VII du titre III du livre VI du même code ;

11° Les articles L. 642-2-1, L. 642-2-2, L. 651-12, L. 651-13, L. 722-2, L. 722-3, L. 722-4, L. 722-5-1 et L. 722-7 du même code ;

12° Le XII de l'article 50 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

VII. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2018, sous réserve des dispositions suivantes :

1° À compter du 1^{er} janvier 2018 et jusqu'au 31 décembre 2019, est mis en place un comité chargé du pilotage des opérations faisant l'objet des présentes dispositions transitoires.

Il est composé des directeurs des caisses mentionnées aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 225-1 du code de la sécurité sociale et du directeur général de la caisse nationale mentionnée au 2° du présent VII.

Il est notamment chargé de définir un schéma d'organisation des services, qui préfigure celui devant être mis en place dans le cadre des dispositions mentionnées à l'article L. 233-1 du code de la sécurité sociale. Ce schéma a également pour objet d'organiser la période transitoire comprise entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 décembre 2019, en précisant le cadre général et le calendrier dans lequel sont préparés le transfert des différentes missions et activités, ainsi que l'intégration des personnels des caisses mentionnées au 2° du présent VII au sein du régime général. Il est approuvé dans les mêmes conditions que celui mentionné à l'article L. 233-1 précité.

Dans l'hypothèse où les directeurs des organismes mentionnés au deuxième alinéa du présent 1° ne parviennent pas à s'accorder sur ce schéma au plus tard le 31 mars 2018, ce dernier est arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

2° À compter du 1^{er} janvier 2018, la caisse nationale du régime social des indépendants et les caisses de base du régime social des indépendants prennent respectivement la dénomination de caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants et de caisses locales déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants.

Jusqu'au 31 décembre 2019, elles apportent leur concours aux caisses du régime général s'agissant du service des prestations dont bénéficient les travailleurs indépendants et du recouvrement des cotisations dont ils sont redevables. À ce titre, elles continuent d'exercer, pour le compte de ces caisses et dans les conditions fixées par le schéma mentionné au 1°, tout ou partie des missions liées au service de ces prestations ou au recouvrement de ces cotisations, antérieurement dévolues aux caisses du régime social des indépendants. Tant que le schéma mentionné au 1° n'est pas approuvé ou arrêté, elles exercent la totalité de ces mêmes missions.

Les directeurs des organismes mentionnés aux articles L. 211-1, L. 213-1, L. 215-1, L. 221-1, L. 222-1, L. 225-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale déterminent, en lien avec les directeurs des caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants, les types d'actes nécessaires à l'exercice des missions mentionnées à l'alinéa précédent, que peuvent signer, pour le compte des organismes du régime général de sécurité sociale, certains des agents, qu'ils déterminent également, de ces mêmes caisses déléguées.

Commentaire [A17]: [AS400](#)

La caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants continue par ailleurs d'exercer, sous réserve de ce qui échoit aux caisses mentionnées aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 225-1 du code de la sécurité sociale du fait des dispositions du I du présent article, les missions mentionnées à l'article L. 611-4 du même code, à l'exception du 1° et du 5° de cet article et elle demeure régie par les dispositions des articles L. 611-5 à L. 611-7 du même code dans leur rédaction antérieure à la présente loi. Son conseil délibère, dans le respect des compétences du directeur général, sur les matières relevant de ces dispositions.

Les caisses locales déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants restent régies par les dispositions des articles L. 114-16-3, L. 151-1 et L. 611-9 à L. 611-13 du code de la sécurité sociale, des premier, troisième et quatrième alinéas de l'article L. 611-14 et des articles L. 611-15 à L. 611-18 du même code dans leur rédaction antérieure à la présente loi et sous réserve des dispositions du présent article. Leurs conseils délibèrent sur les affaires relevant de ces dispositions.

Les caisses mentionnées au présent 2° sont dissoutes au 1^{er} janvier 2020 ;

3° Les dispositions du 4° du II entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2019.

À compter de cette date et jusqu'à la dissolution de ces caisses, dans l'hypothèse où le mandat des membres de leurs conseils d'administration arriverait à échéance, les membres siégeant au sein de l'assemblée générale du conseil de la protection sociale des indépendants ou de ses instances régionales exercent respectivement, de façon simultanée, le mandat de membre du conseil de la caisse nationale mentionnée au 2° et des caisses locales mentionnées au même alinéa situées dans le ressort géographique de chaque instance régionale.

Jusqu'au 31 décembre 2018, pour l'application des dispositions qui font référence au conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et à ses instances régionales, sont visés respectivement la caisse nationale et les caisses locales du régime social des indépendants ;

4° Sont transférés de plein droit :

a) Au 1^{er} janvier 2018, aux organismes nationaux et locaux du régime général selon leurs périmètres de responsabilité respectifs, les disponibilités, capitaux propres, créances et dettes représentatives des droits et obligations directement afférents à la mise en œuvre de l'assurance maladie, maternité et de l'assurance vieillesse de base des travailleurs indépendants ainsi que les engagements qui en découlent. Ces dispositions s'appliquent sans préjudice de l'exercice des activités mentionnées au deuxième alinéa du 2° et du suivi, en 2018 et en 2019 dans les comptes des caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants, des opérations afférentes aux éléments mentionnés ci-dessus. Ces opérations peuvent être directement combinées par les caisses nationales chargées de la gestion des différentes branches du régime général ;

b) Au 1^{er} janvier 2020, au conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants, les disponibilités, capitaux propres, créances et dettes représentatives des droits et obligations directement afférents à la mise en œuvre de l'assurance vieillesse complémentaire et d'invalidité-décès dont bénéficient les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 631-1 du code de la sécurité sociale ainsi que les engagements qui en découlent ;

c) Au 1^{er} janvier 2020, aux organismes nationaux et locaux du régime général tous les autres droits et obligations, à l'exclusion des contrats de travail, afférents à la gestion administrative de chaque caisse déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants. Sauf si l'ensemble des caisses concernées en conviennent différemment, les droits et obligations de chaque caisse déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants sont transférés à l'organisme du régime général dans lequel sont transférés la majorité de ses salariés.

Les conditions dans lesquelles s'opèrent ces transferts font l'objet de conventions entre les directeurs des organismes concernés. Ils ne donnent pas lieu à la perception de droits, impôts ou taxe de quelque nature que ce soit.

5° Sur une période dont le terme ne peut excéder le 30 juin 2019, les caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants et les organismes du régime général, préparent, dans le respect du schéma mentionné au 1°, le transfert des contrats de travail des salariés des caisses déléguées et recherchent, pour chaque salarié, une solution de reprise recueillant son accord. Les caisses nationales peuvent se substituer aux caisses locales en cas de carence de celles-ci dans cette préparation.

À une date fixée par décret, et au plus tard au 1^{er} janvier 2020, les contrats de travail des salariés des caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants sont transférés aux organismes du régime général, dans le respect des solutions de reprise mentionnées à l'alinéa précédent. En l'absence de telles solutions ayant recueilli l'accord des salariés, les contrats de ces derniers sont transférés de plein droit à l'organisme du régime général dont les missions et les activités se rapprochent le plus de l'activité antérieure de ces salariés. Dans ce cas, les contrats de travail des salariés de la caisse nationale déléguée sont transférés aux caisses nationales du régime général désignées en application de ce critère ; les contrats de travail des salariés des caisses locales déléguées sont transférés à l'organisme, désigné en application de ce même critère, dans la circonscription duquel se situe le lieu de travail de ces salariés.

Le décret mentionné au deuxième alinéa du présent 5° ne peut être pris avant la validation par un comité de surveillance de la réforme, mis en place dans les conditions prévues par un décret en Conseil d'État, des conclusions auxquelles sont parvenues les caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants et les organismes du régime général lors de la phase préparatoire mentionnée au premier alinéa du

même 5°. Un décret peut néanmoins fixer une date de transfert anticipé pour des salariés dont l'activité relève uniquement des missions d'un seul type d'organisme du régime général ;

6° Jusqu'au transfert de leur contrat de travail, les salariés des caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants restent régis à titre exclusif par les conventions collectives du régime social des indépendants. Celles-ci restent régies pendant cette période par les dispositions de la section 1 du chapitre III du titre II du livre I^{er} du code de la sécurité sociale dans leur rédaction antérieure à la présente loi.

Avant le 31 mars 2018, l'union des caisses nationales de sécurité sociale et les organisations syndicales de salariés représentatives au sein du régime social des indépendants engagent des négociations afin de conclure des accords précisant les modalités, conditions et garanties s'appliquant aux salariés dans le cadre de leur transfert vers les organismes du régime général et prévoyant le cas échéant les dispositions s'appliquant pour les salariés transférés à l'exclusion des stipulations portant sur le même objet des conventions collectives du régime général et des accords applicables dans les organismes dans lequel leurs contrats de travail sont transférés.

Ces accords sont conclus dans les conditions fixées à l'article L. 2232-6 du code du travail. Toutefois, en ce qui concerne ceux conclus en application des dispositions de l'article L. 123-2 du code de la sécurité sociale, participent à la négociation les organisations syndicales de salariés représentatives des agents de direction et agents comptables des organismes du régime social des indépendants ainsi que l'organisation syndicale dont relève la personne élue, pour ce même régime, pour représenter ces agents dans la commission chargée d'établir la liste d'aptitude mentionnée à l'article L. 611-14 du même code dans sa rédaction antérieure à la présente loi.

À défaut d'accord avant leur transfert, les conventions collectives du régime général s'appliquent intégralement et à titre exclusif aux salariés transférés.

Ces accords s'appliquent à compter du transfert des salariés concernés et jusqu'à une date qui ne peut excéder le 31 décembre 2022. À l'issue de ce délai, les conventions collectives du régime général s'appliquent intégralement et à titre exclusif aux salariés transférés ;

6° bis Les deux dernières phrases du quatrième alinéa de l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale et le deuxième alinéa de l'article L. 731-22 du code rural et de la pêche maritime ne sont pas applicables pour les cotisations et contributions dues au titre des exercices 2018 et 2019.

Commentaire [A18]: [AS261](#)

7° Les dispositions du III entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

La Caisse nationale de l'assurance maladie est substituée au 1^{er} janvier 2018 à la Caisse nationale du régime social des indépendants dans tous les actes juridiques conclus par cette dernière en application des dispositions du troisième au huitième alinéa de l'article L. 160-17 du code de la sécurité sociale et du deuxième alinéa de l'article L. 611-20 du même code dans leur rédaction antérieure à la présente loi.

Les délégations de gestion prévues, pour les assurés du régime social des indépendants et le service de leurs prestations, à l'article L. 160-17 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi, demeurent en vigueur pour les travailleurs indépendants ayant débuté leur activité antérieurement au 1^{er} janvier 2019 jusqu'à l'échéance des conventions conclues en application du quatrième alinéa de cet article.

Les conventions et les contrats conclus à ce titre, en vigueur à la date de publication de la présente loi, continuent de produire leurs effets jusqu'à leur terme pour le service des prestations dues aux travailleurs indépendants ayant débuté leur activité antérieurement au 1^{er} janvier 2019. La Caisse nationale d'assurance maladie et les organismes signataires concernés peuvent renouveler ces mêmes conventions, modifiées le cas échéant par avenant, pour assurer le service des prestations dues aux mêmes assurés jusqu'au plus tard au 31 décembre 2020.

L'ensemble des droits et obligations des organismes délégataires visés aux deux alinéas précédents, y compris les contrats de travail, qui sont afférents à la gestion leur ayant été confiée sont transférés de plein droit aux organismes de leur circonscription mentionnés aux articles L. 211-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale à la plus tardive des dates mentionnées à ces alinéas. Ces transferts ne donnent pas lieu à la perception de droits, impôts ou taxe de quelque nature que ce soit.

Le préjudice susceptible de résulter, pour les organismes délégataires de l'absence de renouvellement des conventions mentionnées au présent 2° fait l'objet d'une indemnité s'il présente un caractère anormal et spécial. Cette indemnité est fixée dans le cadre d'un constat établi à la suite d'une

procédure contradictoire. Les conditions et le montant de l'indemnité sont fixés par décret ;

8° Les dispositions de l'article L. 640-1 dans sa rédaction résultant du présent article s'appliquent aux travailleurs indépendants créant leur activité :

a) À compter du 1^{er} janvier 2018, pour ceux qui relèvent de l'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale ;

b) À compter du 1^{er} janvier 2019, pour ceux ne relevant pas de cet article L. 133-6-8.

Les travailleurs indépendants des professions libérales ne relevant pas de l'article L. 640-1 du code de la sécurité sociale et affiliés antérieurement au 1^{er} janvier 2019 à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et à la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse restent affiliés à ces caisses. Sous réserve qu'ils soient à jour du paiement de leurs cotisations dues au titre des assurances vieillesse et invalidité-décès des professions libérales et, le cas échéant, des majorations et pénalités afférentes, ils peuvent demander entre le 1^{er} janvier 2019 et le 31 décembre 2023 à être affiliés à l'assurance vieillesse prévue au titre III du livre VI du même code.

Cette nouvelle affiliation prend effet au 1^{er} janvier de l'année suivant celle au cours de laquelle ils ont notifié leur décision.

Ce changement d'affiliation est définitif.

Les travailleurs affiliés ne relevant pas de l'article L. 640-1 du code de la sécurité sociale et ne relevant pas du champ de l'article L. 133-6-8 du même code, mentionnés aux troisième et quatrième alinéas du présent 8° peuvent bénéficier, à leur demande, de taux spécifiques pour le calcul des cotisations prévues à l'article L. 635-1 du même code jusqu'au 31 décembre 2026.

Ces taux spécifiques tiennent compte des différences existant entre les montants totaux des cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants relevant de l'organisation mentionnée à l'article L. 641-1 et par ceux ne relevant pas de l'article L. 640-1 du code de la sécurité sociale. Ces taux spécifiques, fixés par décret pris après avis du conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants rejoignent progressivement le taux normal du régime.

Les droits à retraite de base des travailleurs indépendants des professions libérales ayant choisi de relever de l'assurance vieillesse prévue au titre III du livre VI du code de la sécurité sociale sont liquidés par les caisses mentionnées à l'article L. 215-1 ou L. 752-4 du même code.

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

Les points acquis dans le régime complémentaire d'assurance vieillesse de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse par les travailleurs indépendants ayant choisi de relever de l'assurance vieillesse prévue au titre III du livre VI du code de la sécurité sociale sont convertis dans le régime complémentaire mentionné à l'article L. 635-1 du code de la sécurité sociale.

Un décret détermine les règles applicables pour cette conversion, en fonction des valeurs de service de chacun des deux régimes à la date d'effet de la nouvelle affiliation. Il détermine également les conditions particulières de réversion de certains points en fonction des cotisations précédemment versées à ce titre.

9° Les modalités d'application du présent VII sont précisées, en tant que de besoin et sauf dispositions contraires, par décret en Conseil d'État.

VIII. – Jusqu'au ~~31 décembre 2018~~ **30 juin 2019**, à titre expérimental et par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale, les organismes mentionnées à l'article L. 213-1 du même code peuvent proposer à des travailleurs indépendants d'acquitter leurs cotisations et contributions sociales provisionnelles sur une base mensuelle ou trimestrielle établie à partir des informations communiquées par ces travailleurs indépendants en fonction de leur activité ou leurs revenus mensuels ou trimestriels.

Les travailleurs indépendants concernés participent à titre volontaire à l'expérimentation et à la réalisation de son bilan.

Les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation sont précisées par décret.

Un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement au terme de l'expérimentation et transmis au Parlement.

IX. – Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution et dans un délai de six mois suivant la date de publication de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances les mesures relevant du domaine de la loi visant à modifier les parties législatives des codes et les dispositions non codifiées, afin d'assurer la cohérence des textes au regard des dispositions du présent article et le respect de la hiérarchie des normes, regrouper les dispositions qui le justifient dans le livre VI du code de la sécurité sociale et abroger les dispositions, codifiées ou non, devenues sans objet.

Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de l'ordonnance.

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

Commentaire [A20]: [AS261](#)

CHAPITRE III

Dispositions relatives à la fiscalité comportementale

Article 12

I. – À compter du 1^{er} mars 2018, l'article 575 A du code général des impôts est remplacé par les dispositions suivantes :

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

«

	Taux proportionnel (en %)	Part spécifique (en euros)

Cigarettes	50,8	59,9
Cigares et cigarillos	30,5	31,4
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	44,5	68,5
Autres tabacs à fumer	48,1	21,5
Tabacs à priser	53,8	0
Tabacs à mâcher	37,6	0

« Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 261 € pour mille cigarettes et à 166 € pour mille cigares ou cigarillos.

« Il est fixé par kilogramme à 218 € pour les tabacs fine coupe destinés à rouler des cigarettes et à 99 € pour les autres tabacs à fumer. »

II. – À compter du 1^{er} avril 2019, l'article 575 A du code général des impôts est remplacé par les dispositions suivantes :

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

«

Groupe de produits	Taux proportionnel (en %)	Part spécifique (en euros)
Cigarettes	51,7	61,1
Cigares et cigarillos	32,3	38,5
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	45,6	72,5
Autres tabacs à fumer	49,0	23,4
Tabacs à priser	55,0	0
Tabacs à mâcher	38,5	0

« Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 279 € pour mille cigarettes et à 192 € pour mille cigares ou cigarillos.

« Il est fixé par kilogramme à 239 € pour les tabacs fine coupe destinés à rouler des cigarettes et à 108 € pour les autres tabacs à fumer. »

III. – À compter du 1^{er} novembre 2019, l'article 575 A du code général des impôts est remplacé par les dispositions suivantes :

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

«

Groupe de produits	Taux proportionnel (en %)	Part spécifique (en euros)
Cigarettes	52,7	62,0
Cigares et cigarillos	33,8	46,2
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	46,7	76,2
Autres tabacs à fumer	49,9	25,3
Tabacs à priser	56,2	0
Tabacs à mâcher	39,3	0

« Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 297 € pour mille cigarettes et à 219 € pour mille cigares ou cigarillos.

« Il est fixé par kilogramme à 260 € pour les tabacs fine coupe destinés à rouler des cigarettes et à 117 € pour les autres tabacs à fumer. »

IV. – À compter du 1^{er} avril 2020, l'article 575 A du code général des impôts est remplacé par les dispositions suivantes :

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

«

Groupe de produits	Taux proportionnel (en %)	Part spécifique (en euros)
Cigarettes	53,6	62,5
Cigares et cigarillos	34,9	54,4
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	47,7	79,3

Autres tabacs à fumer	50,6	27,2
Tabacs à priser	57,1	0
Tabacs à mâcher	40,0	0

« Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 314 € pour mille cigarettes et à 245 € pour mille cigares ou cigarillos.

« Il est fixé par kilogramme à 281 € pour les tabacs fine coupe destinés à rouler des cigarettes et à 126 € pour les autres tabacs à fumer. »

V. – À compter du 1^{er} novembre 2020, l'article 575 A du code général des impôts est remplacé par les dispositions suivantes :

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

«

Groupe de produits	Taux proportionnel (en %)	Part spécifique (en euros)
Cigarettes	54,6	62,7
Cigares et cigarillos	35,9	63,3
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	48,7	82,1
Autres tabacs à fumer	51,3	29,1
Tabacs à priser	58,0	0
Tabacs à mâcher	40,6	0

« Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 333 € pour mille cigarettes et à 271 € pour mille cigares ou cigarillos.

« Il est fixé par kilogramme à 302 € pour les tabacs fine coupe destinés à rouler des cigarettes et à 134 € pour les autres tabacs à fumer.

« Les montants de part spécifique et de minimum de perception de chacun des groupes de produits sont relevés au 1^{er} janvier de chaque année dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Cette proportion est

exprimée avec un chiffre significatif après la virgule, ce dernier étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Ce relèvement ne peut excéder 1,8 %. Le tarif est publié au *Journal Officiel* par arrêté **conjoint des ministres chargés de la santé et du ministre chargé** du budget. »

Commentaire [A21]: AS392

VI. – À compter du 1^{er} mars 2018, le quatrième alinéa du I de l'article 575 E *bis* du code général des impôts est remplacé par le tableau suivant :

«

Groupe de produits	Taux proportionnel (en %)	Part spécifique (en euros)
Cigarettes	42,9	32,5
Cigares et cigarillos	15,2	27,5
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	21,7	34,4
Autres tabacs à fumer	30,3	5,8
Tabacs à priser	27,6	0
Tabacs à mâcher	20,1	0

VII. – À compter du 1^{er} avril 2019, le quatrième alinéa du I de l'article 575 E *bis* du code général des impôts est remplacé par le tableau suivant :

«

Groupe de produits	Taux proportionnel (en %)	Part spécifique (en euros)
Cigarettes	44,4	36,3
Cigares et cigarillos	17,8	31,9
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	25,1	40,4
Autres tabacs à fumer	32,9	8,7
Tabacs à priser	31,4	0
Tabacs à mâcher	22,7	0

VIII. – À compter du 1^{er} novembre 2019, le quatrième alinéa du I de l'article 575 E *bis* du code général des impôts est remplacé par le tableau suivant :

«

Groupe de produits	Taux proportionnel (en %)	Part spécifique (en euros)
Cigarettes	45,8	40,1
Cigares et cigarillos	20,4	36,4
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	28,5	46,3
Autres tabacs à fumer	35,5	11,6
Tabacs à priser	35,2	0
Tabacs à mâcher	25,2	0

IX. – À compter du 1^{er} avril 2020, le quatrième alinéa du I de l'article 575 E *bis* du code général des impôts est remplacé par le tableau suivant :

«

Groupe de produits	Taux proportionnel (en %)	Part spécifique (en euros)
Cigarettes	47,3	43,9
Cigares et cigarillos	22,9	40,9
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	31,9	52,3
Autres tabacs à fumer	38,1	14,5
Tabacs à priser	39	0
Tabacs à mâcher	27,8	0

X. – À compter du 1^{er} novembre 2020, le quatrième alinéa du I de l'article 575 E *bis* du code général des impôts est remplacé par le tableau suivant :

«

Groupe de produits	Taux proportionnel (en %)	Part spécifique (en euros)
Cigarettes	48,8	47,6
Cigares et cigarillos	25,5	45,4
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	35,2	58,3
Autres tabacs à fumer	40,8	17,5
Tabacs à priser	42,8	0
Tabacs à mâcher	30,4	0

»

Article additionnel après l'article 13 (*nouveau*)

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

1° L'article 520 A est ainsi modifié :

a) Le b du I est abrogé ;

b) Le premier alinéa du II est supprimé ;

2° La section III du chapitre II du titre III de la deuxième partie du livre premier est complétée par un article 1613 *ter* A ainsi rédigé :

« Art. 1613 *ter* A. – I. – Il est institué une contribution perçue sur les boissons et préparations liquides pour boissons destinées à la consommation humaine :

« 1° Relevant des codes NC 2009 et NC 2202 du tarif des douanes ;

« 2° Contenant plus de 5 kilogrammes par hectolitre de sucres ajoutés ;

« 3° Conditionnées dans des récipients destinés à la vente au détail soit directement, soit par l'intermédiaire d'un professionnel ;

« 4° Dont le titre alcoométrique n'exécède pas 1,2 % vol. ou, dans le cas des bières au sens de l'article 520 A, 0,5 % vol.

« Sont exclus du périmètre de cette contribution les laits infantiles premier et deuxième âges, les laits de croissance, les produits de nutrition entérale pour les personnes malades et les boissons à base de soja avec au minimum 2,9 % de protéines issues de la graine de soja.

« II. – Lorsque la boisson mentionnée au I ne contient aucun édulcorant de synthèse, le montant de la contribution est calculé conformément au tableau ci-après :

Quantité de sucres ajoutés	Montant de la contribution (en euros/ hL)
Supérieure ou égale à 5 kg/hL et inférieure à 8kg/hL	7,53
Supérieure ou égale à 8 kg/hL et inférieure à 10kg/hL	15,06
Supérieure ou égale à 10 kg/hL	22,59

« III. – Lorsque la boisson mentionnée au I contient des édulcorants de synthèses, le montant de la contribution est calculé conformément au tableau ci-après :

Quantité de sucres ajoutés	Montant de la contribution (en euros/ hL)
----------------------------	---

Supérieure ou égale à 4,5 kg/hL et inférieure à 7,5kg/hL	7,53
Supérieure ou égale à 7,5 kg/hL et inférieure à 9,5 kg/hL	15,06
Supérieure ou égale à 9,5 kg/hL	22,59

« IV. – Les montants fixés aux II et III sont relevés au 1^{er} janvier de chaque année à compter du 1^{er} janvier 2019, dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Ces montants sont exprimés avec deux chiffres après la virgule, le deuxième chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Ils sont constatés par arrêté du ministre chargé du budget, publié au *Journal officiel*.

« V. – Pour son application à Mayotte, le montant de la contribution mentionnée au I est fixé à 7,31 euros par hectolitre au-dessus de 5 kilogrammes de sucres ajoutés par hectolitre.

« VI. – La contribution est due à raison des boissons mentionnées au I par leurs fabricants établis en France, leurs importateurs et les personnes qui réalisent en France des acquisitions intracommunautaires, sur toutes les quantités livrées à titre onéreux ou gratuit.

« Sont également redevables de la contribution les personnes qui, dans le cadre de leur activité commerciale, fournissent à titre onéreux ou gratuit à leurs clients des boissons consommables en l'état mentionnées au I dont elles ont préalablement assemblé les différents composants présentés dans des récipients non destinés à la vente au détail.

« VII. – Les expéditions vers un autre État membre de l'Union européenne ou un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ainsi que les exportations vers un pays tiers sont exonérées de la contribution lorsqu'elles sont réalisées directement par les personnes mentionnées au premier alinéa du III.

« Les personnes qui acquièrent auprès d'un redevable de la contribution des boissons et préparations mentionnées au I qu'elles destinent à une livraison vers un autre État membre de l'Union européenne ou un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou à une exportation vers un pays tiers acquièrent ces boissons et préparations en franchise de la contribution.

« Pour bénéficier des dispositions du deuxième alinéa du présent VII, les intéressés doivent adresser au fournisseur, lorsqu'il est situé en France, et dans tous les cas au service des douanes dont ils dépendent, une attestation certifiant que les boissons et préparations sont destinées à faire l'objet d'une livraison ou d'une exportation mentionnée au même deuxième alinéa. Cette attestation comporte l'engagement d'acquitter la contribution au cas où la boisson ou la préparation ne recevrait pas la destination qui a motivé la franchise. Une copie de l'attestation est conservée à l'appui de la comptabilité des intéressés.

« VIII. – La contribution mentionnée au I est acquittée auprès de l'administration des douanes. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, sanctions, garanties et privilèges applicables au droit spécifique mentionné à l'article 520 A. Le droit de reprise de l'administration s'exerce dans les mêmes délais.

« IX. – Le produit de la contribution régie par le présent article est affecté à la branche mentionnée au 1^o de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale et versé à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. »

3^o L'article 1613 *ter* est abrogé.

II. – Le I entre en vigueur le 1^{er} avril 2018.

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

Article 13

I. – Le I *bis* de l'article 1010 du code général des impôts est ainsi modifié :

1° Le tableau figurant au *a* est remplacé par le tableau suivant :

Taux d'émission de dioxyde de carbone (en grammes par kilomètre)	Tarif applicable Par gramme de dioxyde de carbone (en euros)
Inférieur ou égal à 20	0
Supérieur à 20 et inférieur ou égal à 60	1
Supérieur à 60 et inférieur ou égal à 100	2
Supérieur à 100 et inférieur ou égal à 120	4,5
Supérieur à 120 et inférieur ou égal à 140	6,5
Supérieur à 140 et inférieur ou égal à 160	13
Supérieur à 160 et inférieur ou égal à 200	19,5
Supérieur à 200 et inférieur ou égal à 250	23,5
Supérieur à 250	29

2° Le deuxième alinéa du *b* est ainsi modifié :

a) Les mots : « ou au gazole » sont supprimés ;

b) Le nombre 110 est remplacé par le nombre 100 ;

c) Le mot : « huit » est remplacé par le mot : « douze » ;

d) L'alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Cette exonération est définitive pour les véhicules dont les émissions sont inférieures ou égales à 60 grammes de dioxyde de carbone par kilomètre parcouru. » ;

3° Le tableau figurant au *c* est remplacé par le tableau suivant :

Année de première mise en circulation du véhicule	Essence et assimilé	Diesel et assimilé
Jusqu'au 31 décembre 2000	70	600
De 2000 à 2005	45	400

De 2006 à 2010	45	300
De 2011 à 2014	45	100
À compter de 2015	20	40

4° Au deuxième alinéa du c, le nombre 110 est remplacé par le nombre 100.

II. – Le I s’applique à compter de la période d’imposition s’ouvrant le 1^{er} janvier 2018.

CHAPITRE IV

Dispositions relatives aux recettes de la branche maladie

Article 14

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

1° La seconde phrase du III de l’article L. 138-10 devient un nouvel alinéa et est ainsi modifiée :

a) Les mots : « au prorata » sont remplacés par les mots : « : 1° Pour l’année au titre de laquelle la contribution est due, au prorata » ;

b) Après ce nouvel alinéa, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« 2° Pour l’année précédant celle au titre de laquelle la contribution est due, selon la proratisation définie au 1° du présent III, en utilisant à nouveau les montants remboursés au titre de l’année au titre de laquelle la contribution est due. » ;

2° L’article L. 138-11 est complété par les mots : « , après application le cas échéant des modalités de répartition définies au 1° et au 2° du III de ce même article » ;

3° Le second alinéa de l’article L. 138-15 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Selon des modalités fixées par décret, ces déclarations sont transmises au Comité économique des produits de santé, afin que celui-ci signale le cas échéant les rectifications des données à opérer. »

II. – Pour l'année 2018, les taux (Lv) et (Lh) mentionnés à l'article L. 138-10 du même code sont fixés, respectivement, à 0 % et à 3 %.

III. – Les montants appelés, au titre de l'année 2015 et de l'année 2016, pour la contribution mentionnée à l'article L. 138-10 du même code, dans sa rédaction antérieure à celle issue de l'article 30 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 (n° 2016-1827 du 23 décembre 2016), ne peuvent faire l'objet de la régularisation prévue à l'article L. 138-15 du même code, dans sa rédaction antérieure à celle issue de l'article 30 précité.

Article 15

I. – Il est institué pour l'année 2018 une participation à la prise en charge des modes de rémunération mentionnés au 13° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale due par les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 du même code. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

La participation est due par chaque organisme mentionné au premier alinéa en activité au 31 décembre 2018. Elle est égale au produit d'un forfait annuel de 8,10 euros par le nombre, au 31 décembre 2017, de bénéficiaires de la prise en charge des frais de santé prévue à l'article L. 160-1 du même code et d'ayants droit âgés de seize ans ou plus, couverts par l'organisme, à l'exclusion des bénéficiaires de la couverture complémentaire mentionnée à l'article L. 861-1 du même code, pour lesquels l'organisme a pris en charge, au cours de l'année 2017, au moins une fois, en tout ou partie, la participation de l'assuré, mentionnée à l'article L. 160-13 du même code, due au titre d'une consultation ou d'une visite du médecin traitant au sens de l'article L. 162-5-3 du même code.

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

CHAPITRE V

Dispositions relatives à la modernisation de la branche recouvrement

Article 16

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

1° Le sixième alinéa de l'article L. 382-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« L'affiliation est prononcée par les organismes agréés mentionnés à l'article L. 382-2, s'il y a lieu après consultation, à leur initiative ou à celle de l'intéressé, de commissions, instituées par branches professionnelles et composées en majorité de représentants des organisations syndicales et professionnelles des artistes. Elle est mise œuvre par les organismes de sécurité sociale. » ;

2° Le premier alinéa de l'article L. 382-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Chaque organisme agréé est administré par un conseil d'administration comprenant des représentants des artistes-auteurs affiliés et des représentants des diffuseurs ainsi que des représentants de l'État. Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent alinéa, notamment les conditions de désignation des représentants des artistes-auteurs et des diffuseurs ainsi que les conditions de nomination du directeur et agent comptable de ces organismes. » ;

2° Après l'article L. 382-3, il est inséré un article L. 382-3-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 382-3-1.* – Si les revenus ou rémunérations qu'ils retirent de leurs activités artistiques sont inférieurs pour l'année considérée à un montant fixé par décret, les artistes- auteurs peuvent cotiser à leur demande sur une assiette forfaitaire correspondant à ce montant. » ;

3° Le troisième alinéa de l'article L. 382-4 est supprimé ;

4° L'article L. 382-5, dans sa rédaction résultant de l'article 20 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « l'organisme agréé dont elles relèvent » sont remplacés par les mots : « l'organisme mentionné à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « organisme agréé » sont remplacés par les mots : « organisme mentionné au premier alinéa » ;

c) Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les contributions mentionnées à l'article L. 382-4 du présent code et à l'article L. 6331-65 du code du travail sont recouvrées comme en matière de sécurité sociale par l'organisme mentionné au premier alinéa. » ;

5° L'article L. 382-6 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 382-6.* – Les personnes redevables des cotisations et contributions sociales mentionnées à l'article L. 382-3 peuvent effectuer par voie dématérialisée les déclarations et les versements afférents à ces contributions. Les personnes redevables des cotisations et contributions sociales mentionnées à l'article L. 382-4 sont tenues, sous peine des majorations prévues au II de l'article L. 133-5-5, d'effectuer par voie dématérialisée les déclarations et les versements afférents à ces contributions.

« Les personnes mentionnées à l'article L. 382-4 sont soumises, sous peine des pénalités fixées par décret, à l'obligation de fournir, à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 382-5, le numéro prévu au onzième alinéa de l'article L. 114-12-1 permettant l'identification des artistes auteurs dont ils assurent l'exploitation commerciale et la diffusion des œuvres. » ;

6° Le deuxième alinéa de l'article L. 382-9 est supprimé ;

7° Le premier alinéa de l'article L. 382-14 est ainsi modifié :

a) Le mot : « assujettis » est remplacé par les mots : « personnes relevant des dispositions de la présente section » ;

b) Les mots : « prévus au même article » sont remplacés par les mots : « mentionnés à l'article L. 382-2 ».

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

1° L'article L. 6331-67 est ainsi modifié :

a) Les mots : « Les organismes agréés visés aux articles L. 382-4 et L. 382-5 du code de la sécurité sociale ainsi que les organismes de recouvrement mentionnés à l'article L. 213-1 du même code, chargés » sont remplacés par les mots : « L'organisme mentionné à l'article L. 382-5 du code de la sécurité sociale, chargé » ;

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

2° Au premier alinéa de l'article L. 6331-68, les mots : « les organismes mentionnés » sont remplacés par les mots : « l'organisme mentionné ».

III. – Les contrats de travail du personnel des organismes agréés anciennement affectés au recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale sont transférés, sauf opposition de l'intéressé, à la date fixée au IV à l'un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

IV. – Les dispositions du présent article sont applicables aux cotisations et contributions dues au titre des périodes courant à compter d'une date fixée par décret, et au plus tard à compter du 1^{er} janvier 2019, à l'exception du 4^o du I qui entre en vigueur à la date prévue au II de l'article 20 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, et du 5^o du I qui entre en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

Article 17

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le début du troisième alinéa de l'article L. 224-5 est ainsi rédigé : « Sous réserve des dispositions du 8^o de l'article L. 225-1-1, elle peut assurer... *(le reste sans changement)* » ;

2° L'article L. 225-1-1 est complété par un 8^o ainsi rédigé :

« 8^o D'assurer, en matière de marchés publics de services bancaires, la fonction de centrale d'achat au sens de l'article 26 de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015, pour le compte des caisses nationales et des organismes locaux du régime général. »

TITRE II

**CONDITIONS GENERALES DE L'EQUILIBRE FINANCIER
DE LA SECURITE SOCIALE**

Article 18

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

1° L'article L. 131-8 est ainsi modifié :

a) Le 1° est ainsi modifié :

– à la fin du troisième alinéa, le taux : « 38,74% » est remplacé par le taux : « 48,87% » ;

– à la fin du quatrième alinéa, le taux : « 22,78% » est remplacé par le taux : « 12,65% » ;

b) Au 4°, les mots : « Caisse nationale des allocations familiales » sont remplacés par les mots « branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 » ;

c) Après le 7°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 8° Le produit de la taxe perçue au titre des contrats mentionnés au I, au II et au II *bis* de l'article L. 862-4 est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1 à hauteur de l'écart entre ses charges et ses autres produits. Le solde est affecté à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2. » ;

2° Au début de la section 3 du chapitre IV du titre III du livre I^{er}, il est rétabli un article L. 134-6 ainsi rédigé :

« *Art. L. 134-6.* - Est retracé dans les comptes de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de sécurité sociale, qui en assure l'équilibre financier, le solde des charges et produits du risque accidents du travail et maladies professionnelles du régime d'assurance des marins prévu au décret-loi du 17 juin 1938 relatif à la réorganisation et à l'unification du régime d'assurance des marins. » ;

3° Le 3° de l'article L. 135-3 est abrogé ;

4° L'article L. 862-2 est ainsi modifié :

a) Au *a*, les mots : « de l'hypothèse d'inflation retenue dans le rapport joint au projet de loi de finances de l'année en application de l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances » sont remplacés par les mots : « de l'évolution du coût moyen de la couverture des dépenses de santé prévues à l'article L. 861-3 constatée lors du dernier exercice clos et fixée par arrêté » ;

b) Le quatrième alinéa est supprimé ;

5° Le IV de l'article L. 862-4 est abrogé.

II. – L'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Au *a* du 1° et au *a* du 2° du I, après les mots : « des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, » sont insérés par deux fois les mots : « 6,6 % du produit de la contribution mentionnée au 1° *bis* du même article, » ;

2° Le *b* du 1° du II est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« *b*) 61,4% du produit de la contribution mentionnée au 1° *bis* du même article ; »

3° Au *a* du V, le taux : « 28% » est remplacé par le taux : « 23,9% ».

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

1° Le 6° *bis* de l'article L. 731-3 est abrogé ;

2° Après le quatrième alinéa de l'article L. 732-58 , il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« – par le produit de la taxe mentionnée à l'article 1618 *septies* du code général des impôts ; ».

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

1° Au IV de l'article 1600-0-S, les mots : « au fonds mentionné à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « à l'État » ;

2° Le III de l'article 1647 est ainsi modifié :

a) Le mot : « cotisations » est remplacé par les mots : « impositions, taxes et autres contributions » ;

b) Les mots : « soumis au contrôle de la cour des comptes, dans les conditions déterminées par les articles L. 154-1 et L. 154-2 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « , des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit ou des organismes finançant et gérant des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie » ;

c) Les mots : « du ministre de l'économie et des finances » sont remplacés par les mots : « des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale ».

V. – En 2018, la recette du fonds mentionnée au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale est réduite de 150 millions d'euros au profit de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du même code.

VI. – Ne donnent pas lieu à compensation à la sécurité sociale :

1° La réduction du produit de la taxe mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, prévue par la loi de finances pour 2018 ;

2° Le coût lié au doublement des seuils d'éligibilité au régime microfiscal et au régime microsocial, prévu par la loi de finances pour 2018 ;

3° Le crédit d'impôt prévu à l'article 88 de la loi n° 2016-1917 de finances pour 2017 ;

4° L'exonération de taxe sur les salaires prévue à l'article 231 *bis* Q du code général des impôts.

VII. – Le dernier alinéa de l'article 20 de la loi n° 2017-256 du 28 février 2017 de programmation relative à l'égalité réelle outre-mer et portant autres dispositions en matière sociale et économique est supprimé.

VIII. – Le 3° du I et le 1° du IV du présent article s'appliquent aux faits générateurs intervenant à compter du 1^{er} janvier 2018.

Article 19

Est approuvé le montant de 6,0 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 2018.

Article 20

Pour l'année 2018, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	210,9	211,7	-0,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,1	13,5	0,5
Vieillesse	236,6	236,4	0,1
Famille	51,0	49,7	1,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	498,9	497,7	1,2
Fonds de solidarité vieillesse	15,8	19,3	-3,4
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	496,1	498,3	-2,2

Article 21

Pour l'année 2018, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général :

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	209,8	210,6	-0,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,7	12,2	0,5
Vieillesse	136,8	136,6	0,2
Famille	51,0	49,7	1,3
Toutes branches (hors transferts entre	394,3	393,0	1,2

branches)			
Fonds de solidarité vieillesse	15,8	19,3	-3,4
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	392,6	394,8	-2,2

Article 22

I. – Pour l’année 2018, 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 des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	15,8	19,3	-3,4

II. – Pour l’année 2018, l’objectif d’amortissement de la dette sociale par la Caisse d’amortissement de la dette sociale est fixé à 15,2 milliards d’euros.

III. – Pour l’année 2018, 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

Article 23

Sont habilités en 2018 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 :

	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	500
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF période du 1 ^{er} février au 31 décembre	200
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	450
Caisse nationale des industries électriques et gazières	440

Article 24

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2018 à 2021), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2018

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES A LA BRANCHE FAMILLE

Article 25

I. - Le chapitre 1^{er} du titre III du livre V du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le quatrième alinéa du III de l'article L. 531-5, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 3° Lorsque la charge du ou des enfants est assumée par une personne seule. » ;

2° Après le quatrième alinéa de l'article L. 531-6, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 3° Lorsque la charge du ou des enfants est assumée par une personne seule. »

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° Le *d* devient le *a* ;

2° Il est rétabli un *b* et un *c* ainsi rédigés :

« *b*) L'article L. 531-5 est ainsi rédigé :

« *Art. L 531-5. - I. - Le complément de libre choix du mode de garde est attribué au ménage ou à la personne qui emploie une assistante maternelle agréée mentionnée à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles ou une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail pour assurer la garde d'un enfant.*

« *Ce complément comprend :*

« *a*) Une prise en charge totale ou partielle des cotisations et contributions sociales liées à la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ;

« *b*) Une prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant.

« *Le complément de libre choix du mode de garde est versé à la condition que le ménage ou la personne seule exerce une activité professionnelle.*

« *Les situations qui sont assimilées à une activité professionnelle pour le bénéfice du complément et leurs modalités de prise en compte sont déterminées par décret.*

« *La condition mentionnée à l'alinéa précédent ne s'applique pas :*

« *– lorsque la personne ou les deux membres du couple poursuivent des études ;*

« *– lorsque la personne ou au moins l'un des membres du couple bénéficie d'une des allocations mentionnées aux articles L. 821-1 et*

L. 821-2 du présent code et aux articles L. 5423-1 et L. 5423-2 du code du travail ;

« – aux personnes bénéficiaires du revenu mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles, à la condition que le bénéficiaire soit inscrit dans une démarche d'insertion professionnelle dont les modalités sont définies par décret en Conseil d'État.

« “II. – Lorsque le ménage ou la personne emploie une assistante maternelle agréée, le montant des cotisations et contributions sociales est pris en charge en totalité, pour chaque enfant, à la condition que la rémunération correspondante de l'assistante maternelle ne dépasse pas un taux de salaire horaire maximum fixé par décret.

« “Lorsque le ménage ou la personne emploie une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail, une fraction des cotisations et contributions sociales est prise en charge, dans la limite d'un plafond par ménage. Le taux de prise en charge des cotisations et contributions sociales ainsi que le montant du plafond sont fixés par décret. Le plafond est revalorisé conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

« “III. – L'aide versée au titre de la prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ou des enfants est égale à une part, fixée par décret, du salaire net servi et des indemnités mentionnées à l'article L. 423-4 du code de l'action sociale et des familles. Elle est calculée par enfant en cas d'emploi d'une assistante maternelle agréée et par ménage en cas d'emploi d'une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail.

« “Toutefois, le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d'enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret :

« “1° Lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ;

« “2° Lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie de la prestation instituée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code.

« 3° Lorsque la charge du ou des enfants est assumée par une personne seule.

« IV. – Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 531-1, le complément de libre choix du mode de garde est également versé, à un montant réduit, pour la garde d'un enfant ayant un âge supérieur à l'âge mentionné à cet article mais inférieur à un âge limite.

« V. – Un décret détermine les conditions de cumul, pour un même enfant ou plusieurs enfants, des compléments de libre choix du mode de garde versés au titre de modes de garde différents. » ;

« c) L'article L. 531-6 est applicable dans sa rédaction résultant de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2018. » ;

3° Le *e* devient le *d*.

III. – Le présent article entre en vigueur au 1^{er} octobre 2018 pour les gardes d'enfants réalisées à compter de cette date. »

Article 26

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

1° Au dernier alinéa de l'article L. 531-2, après les mots : « par décret », sont insérés les mots : « par référence au plafond applicable à l'allocation de base versée à taux plein mentionnée à l'article L. 531-3, » ;

2° L'article L. 531-3 est ainsi modifié :

a) A la deuxième phrase du premier alinéa, les mots : « , défini par décret, » sont supprimés ;

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

« Le plafond de ressources et le taux servant au calcul de l'allocation de base versée à taux plein sont identiques à ceux retenus pour l'attribution du complément familial prévu par l'article L. 522-1 et la fixation de son montant. »

II. – Le III de l'article 74 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 est abrogé à compter du 1^{er} avril 2018.

Le I du présent article est applicable aux prestations mentionnées aux articles L. 531-2 et L. 531-3 dues au titre des enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} avril 2018.

III. – Les montants et les plafonds de ressources des prestations mentionnées aux articles L. 531-2 et L. 531-3 du code de la sécurité sociale dues au titre des enfants nés ou adoptés jusqu’au 31 mars 2018 sont fixés et revalorisés dans les conditions prévues par les dispositions en vigueur à la date de publication de la présente loi.

Article 27

Pour l’année 2018, les objectifs de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale sont fixés à 49,7 milliards d’euros.

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES À L’ASSURANCE VIEILLESSE

Article 28

I. – De 2018 à 2020, les montants de l’allocation de solidarité aux personnes âgées mentionnée à l’article L. 815-1 du code de la sécurité sociale et de l’allocation supplémentaire vieillesse prévue à l’article L. 815-2 du même code dans sa rédaction antérieure à l’entrée en vigueur 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 et des prestations mentionnées à l’article 2 de la même ordonnance peuvent être portés, par décret, à des niveaux supérieurs à ceux qui résulteraient de l’application des dispositions de l’article L. 816-2 du même code.

II. – De 2018 à 2020, le montant de 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 sont portés, par décret, à des niveaux supérieurs à ceux qui résulteraient de l’application des dispositions de l’article 29 de la même ordonnance.

Article 29

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

1° À l'article L. 161-23-1, le mot : « octobre » est remplacé par le mot : « janvier » ;

2° À l'article L. 816-2, le mot : « avril » est remplacé par le mot : « janvier ».

II. – À l'article 29 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, les mots : « applicables aux pensions d'invalidité prévues à l'article L. 341-6 du code de la sécurité sociale. » sont remplacés par les mots : « prévues à l'article L. 816-2 du code de la sécurité sociale. »

III. – La prochaine revalorisation réalisée en application de l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale dans la rédaction issue la loi n° 2017- de financement de la sécurité sociale pour l'année 2018 a lieu le 1^{er} janvier 2019.

IV. – Les dispositions du 2° du I et du II du présent article entrent en vigueur à compter du 31 décembre 2018.

Article 30

Pour l'année 2018, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 236,4 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 133,6 milliards d'euros.

TITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES A LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL MALADIES PROFESSIONNELLES

Article 31

I. - Le livre IV du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale, la seconde phrase est remplacée par les dispositions suivantes :

« En ce qui concerne les maladies professionnelles, est assimilée à la date de l'accident :

« – la date de la première constatation médicale de la maladie ;

« – lorsqu'elle est postérieure, la date qui précède de deux années la déclaration de maladie professionnelle mentionnée au premier alinéa de l'article L. 461-5 ;

« – pour l'application des règles de prescription de l'article L. 431-2, la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle. » ;

2° Au dernier alinéa de l'article L. 461-5, les mots : « du premier alinéa » sont supprimés.

II. – Le présent article est applicable aux maladies professionnelles déclarées à compter du 1^{er} juillet 2018.

Article additionnel après l'article 31 (*nouveau*)

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le premier alinéa de l'article L. 441-2, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La déclaration d'accident du travail peut être assortie de réserves motivées de la part de l'employeur. »

2° L'article L. 441-3 est ainsi modifié :

– après le mot : « maladie », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « instruit la demande aux fins de statuer sur le caractère professionnel de l'accident » ;

– il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« À défaut de réserves motivées émises dans le cadre d'une déclaration d'accident du travail, l'employeur qui conteste le caractère professionnel de l'accident, dans le cadre d'une action précontentieuse ou contentieuse, doit produire, à l'appui de sa demande, les éléments relatifs à l'absence de matérialité ou de lien entre l'accident et le travail ».

Commentaire [A23]: [AS411](#)

Article 32

I. – Le montant de la contribution de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 270 millions d'euros au titre de l'année 2018.

II. – Le montant de la contribution de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 613 millions d'euros au titre de l'année 2018.

III. – Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 1 000 millions d'euros au titre de l'année 2018.

IV. – Les montants mentionnés aux articles L. 242-5 du code de la sécurité sociale et L. 751-13-1 du code rural et de la pêche maritime couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale et les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif mentionné à l'article L. 4163-1 du code du travail sont respectivement fixés à 186 millions d'euros et 8 millions d'euros pour l'année 2018.

Article 33

Pour l'année 2018, 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.

TITRE IV

DISPOSITIONS RELATIVES A LA BRANCHE MALADIE

CHAPITRE I^{ER}

Dispositions relatives à la prévention

Article 34

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

1° À l'article L. 3111-1, les mots : « L. 3111-2 à L. 3111-4 et L. 3112-1 » sont remplacés par les mots : « L. 3111-2 à L. 3111-4, L. 3111-6 et L. 3112-1 » ;

2° L'article L. 3111-2 est remplacé par un article ainsi rédigé :

« *Art. L. 3111-2 - I.* - Les vaccinations suivantes sont obligatoires sauf contre-indication médicale reconnue, dans des conditions d'âge déterminées par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Haute autorité de santé :

« 1° Antidiphtérique ;

« 2° Antitétanique ;

« 3° Antipoliomyélitique ;

« 4° Contre la coqueluche ;

« 5° Contre les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type B ;

« 6° Contre le virus de l'hépatite B ;

« 7° Contre les infections invasives à pneumocoque ;

« 8° Contre le méningocoque de sérogroupe C ;

« 9° Contre la rougeole ;

« 10° Contre les oreillons ;

« 11° Contre la rubéole.

« II. – Les personnes titulaires de l'autorité parentale ou qui ont la charge de la tutelle des mineurs sont tenues personnellement responsables de l'exécution de cette obligation, dont la justification doit être fournie, selon des modalités définies par décret, pour autoriser l'admission ou le maintien dans toute école, garderie, colonie de vacances ou autre collectivité d'enfants. » ;

3° L'article L. 3111-3 est abrogé ;

4° L'article L. 3111-4-1 devient l'article L. 3111-3 ;

5° Au premier alinéa de l'article L. 3111-9, le mot : « chapitre » est remplacé par le mot : « titre ».

II. – Le chapitre VI du même titre est ainsi modifié :

1° À l'article L. 3116-1, les mots : « L. 3111-2 à L. 3111-4, L. 3111-6 à L. 3111-8 » sont remplacés par les mots : « L. 3111-4 » ;

2° Les articles L. 3116-2 et L. 3116-4 sont abrogés.

III. – Les dispositions du II de l'article L. 3111-2 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue de la présente loi, sont applicables, en ce qui concerne les vaccinations mentionnées du 4° à 11° du I du même article, à compter du 1^{er} juin 2018 et aux personnes titulaires de l'autorité parentale **ou qui ont la charge de la tutelle** des enfants nés après 1^{er} janvier 2018 ».

Commentaire [A24]: [AS397](#)

IV. – A. – Les 3° et 4° du I, le 2° du II et le III du présent article sont applicables à Wallis-et-Futuna.

B. – Le titre II du livre VIII de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 3821-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence à l'article L. 3111-4-1 est remplacée par la référence à l'article L. 3111-3 ;

b) L'article est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Les articles L. 3111-1, L. 3111-2 et L. 3111-9 sont applicables dans leur rédaction résultant de la loi n° 2017- de financement de la sécurité sociale pour 2018.

« L'article L. 3111-5 est applicable dans sa rédaction résultant de l'ordonnance n° 2016-462 du 14 avril 2016. » ;

2° Les articles L. 3821-2 et L. 3821-3 sont abrogés ;

3° À l'article L. 3826-1, les mots : « L. 3116-3 à L. 3116-6 » sont remplacés par les mots : « L. 3116-5 et L. 3116-6 ».

CHAPITRE II

Promouvoir l'innovation en santé

Article 35

I. - L'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 162-31-1. - I. - Des expérimentations dérogatoires à au moins une des dispositions mentionnées au II peuvent être mises en œuvre, pour une durée qui ne peut excéder cinq ans.*

« Ces expérimentations ont l'un ou l'autre des buts suivants :

« 1° De permettre l'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaire et médico-social concourant à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficacité du système de santé et de l'accès aux soins, en visant à :

« a) Optimiser par une meilleure coordination le parcours de santé, la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale ;

« b) Organiser pour une séquence de soins la prise en charge des patients ;

« c) Développer les modes d'exercice regroupé en participant à la structuration des soins ~~primaires~~ **ambulatoires** ;

Commentaire [A25]: [AS409](#)

« d) Favoriser la présence de professionnels de santé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins ;

« 2° D'améliorer la pertinence de la prise en charge par l'assurance maladie des médicaments ou des produits et prestations associées mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et la qualité des prescriptions, en modifiant :

« a) Les conditions de prise en charge des médicaments et des produits et prestations associées onéreux au sein des établissements de santé et le recueil d'informations relatives au contexte, à la motivation et à l'impact de la prescription et de l'utilisation de ces mêmes médicaments, produits et prestations associées ;

« b) Les modalités de rémunération, les dispositions prévoyant des mesures incitatives ou de modulation concernant les professionnels de santé ou les établissements de santé, ainsi que des mesures d'organisation dans l'objectif de promouvoir un recours pertinent aux médicaments et aux produits et prestations associées ;

« c) Les conditions d'accès au dispositif prévu à l'article L. 165-1-1.

« II. - Pour la mise en œuvre de ces expérimentations, il peut être dérogé en tant que de besoin :

« 1° À certaines des dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :

« a) Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L.162-16-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-22-6-1, L. 162-22-10, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15, L. 162-23-1, L. 162-23-2, L. 162-23-4, L.162-23-8, L. 162-26, L. 162-26-1, L. 162-32-1 et L. 165-1, L. 174-1, L. 322-5 et L. 322-5-2, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux établissements de santé, centres de santé, professionnels de santé, prestataires de transports sanitaires ou entreprises de taxi ;

« b) À l'article L. 162-2, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

« c) Aux 1°, 2°, et 6° de l'article L. 160-8, en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;

« d) Aux articles L. 160-13, L. 160-14 et L. 160-15, relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations et à l'article L. 174-4 relatif au forfait journalier hospitalier ;

« e) Aux articles L. 162-16 à L. 162-19, L. 162-22-7, L. 162-22-7-1, L. 162-22-7-2, L. 162-23-6, L. 162-38, L. 165-1 à L. 165-7, en tant qu'ils concernent la prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux par l'assurance maladie ;

« 2° À certaines des dispositions suivantes du code de la santé publique, lorsque cette dérogation est indispensable à la mise en œuvre de l'expérimentation et sous réserve, le cas échéant, de l'avis de la Haute Autorité de santé :

« a) À l'article L. 4113-5, en ce qu'il concerne les règles relatives au partage d'honoraires entre professionnels de santé ;

« b) Au premier alinéa de l'article L. 6111-1, en tant qu'il limite les missions des établissements de santé, afin de leur permettre de proposer à leurs patients une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé, en amont ou en aval de leur hospitalisation, le cas échéant en déléguant cette prestation ;

« c) À l'article L. 6122-3, afin de permettre que soit accordée une autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements **constitués soit d'établissements de santé, soit de professionnels de santé, soit de ces deux ensembles** d'établissements de santé ou de professionnels de santé ;

Commentaire [A26]: [AS390](#)

« d) À l'article L. 4211-1, afin de permettre l'intervention des prestataires de service et distributeurs de matériels mentionnés à l'article L. 5232-3 du même code pour dispenser à domicile des dialysats, sous la responsabilité d'un pharmacien inscrit à l'ordre des pharmaciens en section A et D ;

« 3° À certaines des règles de tarification applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

« III. - Les expérimentations à dimension nationale sont autorisées, le cas échéant après avis de la Haute Autorité de santé, par arrêté des

ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. Les expérimentations à dimension régionale sont autorisées, le cas échéant après avis conforme de la Haute Autorité de santé, par arrêté des directeurs généraux des agences régionales de santé.

« Un conseil stratégique est chargé de formuler des propositions sur les innovations dans le système de santé. Un état des lieux des expérimentations lui est transmis régulièrement, et, après la fin de chaque expérimentation, le rapport d'évaluation la concernant lui est systématiquement transmis. »

Commentaire [A27]: [AS410](#)

« Un comité technique composé de représentants de l'assurance maladie, des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé et des agences régionales de santé, émet un avis sur les expérimentations, leur mode de financement et leurs modalités d'évaluation et détermine leur champ d'application territorial.

« Le comité technique saisit la Haute Autorité de santé pour avis des projets d'expérimentation comportant des dérogations à des dispositions du code de la santé publique relatives à l'organisation ou la dispensation des soins. Un décret en Conseil d'État prévoit les dérogations qui justifient la saisine de la Haute Autorité de santé et le délai dans lequel son avis est rendu.

« Les catégories d'expérimentations, les modalités de sélection, d'autorisation, de financement et d'évaluation des expérimentations selon le niveau territorial ou national de celles-ci, les modalités d'information des patients ainsi que la composition et les missions du comité technique sont précisées par décret en Conseil d'État.

« IV. – Les professionnels intervenant dans le cadre d'une expérimentation sont réputés appartenir à des équipes de soins au sens de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique.

« Les personnes chargées de l'évaluation des expérimentations ont accès aux données individuelles non nominatives contenues dans le système d'information prévu à l'article L. 161-28-1 du code de la sécurité sociale lorsque ces données sont nécessaires à la préparation, la mise en œuvre et l'évaluation prévue au présent article, dans le respect des conditions prévues au chapitre I du titre VI du livre IV de la première partie du code de la santé publique, sous réserve, le cas échéant, d'adaptations établies par décret en Conseil d'État.

« V. - Sans préjudice des règles de financement prévues au titre VI du livre premier du code de la sécurité sociale, ou des missions du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, le financement de tout ou partie des expérimentations peut être assuré par un fonds pour l'innovation du système de santé, géré par la Caisse nationale d'assurance maladie.

« Les ressources du fonds sont constituées par une dotation du régime général de l'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. L'évaluation des expérimentations régies par le présent article est financée par le fonds pour l'innovation du système de santé.

« VI. - Le Gouvernement présente chaque année au Parlement un état des lieux des expérimentations en cours et lui remet, au plus tard un an après la fin de chaque expérimentation, le rapport d'évaluation la concernant »

II. - Le 9° de l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« 9° De participer au financement des dispositifs qui organisent le travail en équipe entre professionnels de santé. »

III. - Le dernier alinéa de l'article L. 1433-1 du code de la santé publique est supprimé.

IV. - Au I de l'article 43 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, les mots : « pour une durée n'excédant pas quatre ans » et au II de l'article 43 de la même loi, les mots : « pour une période n'excédant pas quatre ans » sont remplacés par les mots : « jusqu'au 31 décembre 2018 ».

V. - Les expérimentations conduites dans le cadre de l'article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, de l'article 43 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, de l'article 53 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, **de l'article 68 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016**, des articles 66, 68 et 94 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 peuvent être poursuivies après autorisation par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la

santé, sous réserve qu'elles entrent dans l'objet défini au I de l'article L. 162-31-1 dans sa rédaction issue de la présente loi et que soit prévue une évaluation conforme aux dispositions réglementaires prévues au I du même article. L'arrêté fixe la nouvelle date de fin de l'expérimentation, qui ne peut porter la durée totale de l'expérimentation à plus de six ans à compter de la date de début de mise en œuvre effective de l'expérimentation initiale ni être postérieure au 31 décembre 2022. Le financement de ces expérimentations est assuré dans les conditions prévues par cet article. Les expérimentations dont la poursuite n'a pas été autorisée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé avant le 31 décembre 2018 prennent fin au plus tard le 31 décembre 2019.

Article 36

I. - Le deuxième alinéa du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Le cas échéant, la ou les conventions définissent en particulier le tarif et les modalités de réalisation des actes de télémedecine. Les actes de téléconsultation remboursés par l'assurance-maladie sont effectués par vidéo transmission ; ».

II. - Au troisième alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, les mots : « et de prise en charge financière » sont supprimés.

III. - L'article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 est abrogé à compter du 1^{er} janvier 2018. Les dispositions réglementaires et les stipulations conventionnelles prises en application de cet article continuent de produire leurs effets jusqu'à la date d'entrée en vigueur des dispositions conventionnelles fixant les tarifs des activités mentionnées au I du présent article, et au plus tard au 1^{er} juillet 2019.

IV. - Des expérimentations portant sur la réalisation d'actes de télésurveillance peuvent être menées, à compter du 1^{er} janvier 2018 et pour une durée de quatre ans, en métropole, dans l'ensemble des collectivités territoriales régies par l'article 73 de la Constitution ainsi qu'à Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon et dans les îles Wallis-et-Futuna.

Les conditions de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies dans des cahiers des charges arrêtés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Pour la mise en œuvre des expérimentations, il peut être dérogé :

1° Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-26, L. 162-32-1 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux établissements de santé, centres de santé et professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;

2° Aux articles L. 314-1, L. 314-2, L. 314-8 et L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles, en tant qu'ils concernent les modes de tarification des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du même code ;

3° Aux règles tarifaires et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés au même article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

4° À l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

5° Aux articles L. 160-10, L. 160-13 et L. 160-14 du même code, relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

Les dépenses qui résultent de la mise en œuvre des expérimentations sont prises en charge par le fonds prévu à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique. Elles s'imputent sur la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 1435-9 du même code et font l'objet d'une identification spécifique par l'arrêté prévu au même 1°. Par dérogation à ce même article L. 1435-9, les crédits affectés aux agences régionales de santé par cet arrêté ne peuvent être affectés au financement d'autres activités.

Les produits ou prestations ayant pour objet de réaliser la transmission de données permettant à un professionnel de santé d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient ne peuvent pas être inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pendant la durée des expérimentations, dès lors que leur indication inclut le diagnostic, la prévention, le contrôle ou le traitement d'une pathologie prévue dans l'un des cahiers des charges.

Ces dispositions ne s'appliquent pas aux produits ou prestations dont le fonctionnement et la finalité sont comparables à des produits ou prestations ayant pour objet de réaliser la transmission de données permettant à un professionnel de santé d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et déjà inscrits sur la liste mentionnée au même article L. 165-1.

Le présent article ne fait pas obstacle à la possibilité pour les fabricants ou distributeurs de produits ou prestations de déposer avant la fin de l'expérimentation auprès des ministres compétents et de la Haute Autorité de santé une demande d'inscription de ces produits ou prestations sur la liste prévue audit article L. 165-1.

Lorsque le dépôt de cette demande d'inscription intervient avant la fin de l'expérimentation, les produits ou prestations concernés continuent à bénéficier de la prise en charge financière qui était prévue au titre de l'expérimentation durant la période séparant, le cas échéant, la fin de cette expérimentation de la décision relative à l'inscription sur la liste. Cette prise en charge financière cesse de plein droit à compter de l'intervention de cette dernière décision, quels que soient son sens, sa forme ou ses motifs.

Les agences régionales de santé et les organismes de sécurité sociale transmettent et partagent les informations qu'ils détiennent, dans la stricte mesure de leur utilité pour la connaissance et le suivi du parcours des patients pris en charge par télémédecine dans le cadre des expérimentations et des dépenses associées. Ces informations peuvent faire l'objet d'un recueil à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques ou des activités de soins et de prévention, dans des conditions garantissant le respect du secret médical. La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés met en œuvre les adaptations de ses systèmes d'information qui s'avèrent nécessaires pour le suivi de l'activité réalisée en télémédecine dans le cadre de ces expérimentations.

Au terme de ces expérimentations, une évaluation **médico-économique, sociale, qualitative et quantitative** est réalisée ou validée par la Haute Autorité de santé en vue d'une généralisation, en liaison avec les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les centres de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux participant à l'expérimentation. Elle fait l'objet d'un rapport transmis au Parlement par le ministre chargé de la santé avant le 30 septembre 2021.

Commentaire [A29]: [AS203](#)

Article 37

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

1° Le troisième alinéa de l'article L. 162-1-7 est ainsi modifié :

a) Les mots : « après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire » sont remplacés par les mots : « après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et après avis de la Haute Autorité de santé lorsque la décision porte sur l'évaluation du service attendu ou du service rendu d'un acte ou d'une prestation » ;

b) La deuxième phrase est supprimée ;

2° Après l'article L. 162-1-7-3, il est inséré un article L. 162-1-7-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-1-7-4.* - Les actes ou prestations réalisés en équipe par plusieurs professionnels de santé, à l'exception des prestations mentionnées à l'article L. 165-1, peuvent faire l'objet d'une inscription spécifique sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 lorsqu'ils le sont dans une ou plusieurs des situations suivantes :

« 1° Dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice salarié auprès d'un autre professionnel de santé libéral ;

« 2° Dans un centre de santé ;

« 3° Dans le cadre d'un exercice salarié dans un établissement de santé.

« Les conditions d'inscription spécifique de ces actes ou prestations, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

« Les décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Lorsque les actes ou prestations réalisés en équipe ont fait l'objet d'un avis favorable du collège des financeurs, prévu à l'article L. 4011-2-3 du code de la santé publique, l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au deuxième alinéa du présent article n'est pas nécessaire. » ;

3° L'article L. 162-1-8 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est précédé d'un « I » ;

b) Au troisième alinéa, les mots : « du présent article » sont remplacés par les mots : « du présent I » ;

c) Au quatrième alinéa, les mots : « au deuxième alinéa » sont remplacés par les mots : « au troisième alinéa » ;

d) Après le cinquième alinéa, il est inséré quatre alinéas ainsi rédigés :

~~« II. — Sans préjudice des dispositions du I du même article, en l'absence de hiérarchisation par les commissions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7 dans un délai de onze mois à compter de la transmission à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa du même article, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à la hiérarchisation d'un acte ou d'une prestation.~~

~~« Lorsqu'il est fait usage de la faculté prévue au précédent alinéa, la décision d'inscription est adressée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans un délai de trente jours à compter de l'expiration du délai mentionné au même alinéa.~~

~~« En l'absence de décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie dans le délai mentionné au précédent alinéa, l'Union en informe les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et en précise les motifs.~~

~~« Les actes et prestations inscrits selon la procédure prévue au présent II peuvent faire ultérieurement l'objet d'une nouvelle inscription suivant la procédure prévue à l'article L. 162-1-7. »~~

e) Le dernier alinéa est précédé d'un « III ».

II. - Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 4011-2 est ainsi modifié :

a) Au début du deuxième alinéa, sont insérés les mots : « Lorsque leur mise en œuvre implique un financement dérogatoire, » ;

Commentaire [A30]: [AS405](#)

b) Au troisième alinéa, après les mots : « après avis conforme de la Haute Autorité de santé et », sont insérés les mots : « , pour les protocoles impliquant un financement dérogatoire, » ;

c) L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent les priorités nationales en matière de protocoles de coopération. Pour les projets de protocoles relevant de ces priorités, les avis de la Haute Autorité de santé et, le cas échéant, du collège des financeurs sont rendus dans un délai de six mois à compter de leur transmission par l'agence régionale de santé. » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 4011-2-1, les mots : « de représentants de l'assurance maladie et de représentants du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, » sont remplacés par les mots : « de représentants de l'assurance maladie, de la Haute Autorité de santé, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, » ;

3° Au deuxième alinéa de l'article L. 4011-2-1, les mots : « et à la Haute Autorité de santé » sont supprimés ;

4° L'article L. 4011-2-3 est ainsi modifié :

a) Les deux dernières phrases du second alinéa du I sont remplacées par une phrase ainsi rédigée : « La Haute Autorité de santé rend un avis sur l'efficacité et la sécurité du protocole en termes de santé publique. » ;

b) Au premier alinéa du III, les mots : « au maintien à titre définitif d'un protocole de coopération » sont remplacés par les mots : « à la prise en charge financière définitive d'un protocole de coopération » ;

5° Le IV est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« 4° Le collège des financeurs détermine les modalités de financement et de rémunération définitives des actes et prestations réalisés, sous réserve de leur inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 selon la procédure prévue au II de l'article L. 162-1-7-4 du code de la sécurité sociale. Dans ce cas, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent proroger la durée du financement prévu à l'article L. 4011-2-2 du présent code jusqu'à l'inscription des actes et prestations sur la liste susmentionnée. »

Article 38

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

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

a) Au premier alinéa du I, les mots : «, de la sécurité sociale et de l'économie » sont remplacés par les mots : « et de la sécurité sociale » ;

b) Après le deuxième alinéa du I, il est inséré un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« La marge mentionnée au premier alinéa du I peut être réduite compte tenu de la modicité du prix de cession de la spécialité. » ;

c) Le « II » devient le « III » et après le I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« II. - Le prix d'achat des spécialités acquitté par l'établissement ne peut être supérieur au prix de cession prévu au I minoré de la marge mentionnée au premier alinéa du même I. » ;

d) L'article est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« IV. - La base de remboursement d'une spécialité peut faire l'objet d'un tarif unifié fixé par décision du Comité économique des produits de santé. Dans ce cas, ce tarif unifié est appliqué aux spécialités génériques et à leurs spécialités princeps, aux spécialités biologiques similaires et à leurs biologiques de référence, ainsi qu'à toute spécialité comparable en ce qui concerne les indications ou la visée thérapeutique. Le cas échéant, le tarif unifié peut être modulé au regard de différences de posologie ou du circuit de distribution de la spécialité, notamment l'importation prévue à l'article L. 5124-13 du code de la santé publique.

« Lorsqu'un tarif unifié a été fixé pour une spécialité, l'application des dispositions du III est effectuée par rapport à ce seul tarif unifié. » ;

2° L'article L. 162-16-6 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa du I est ainsi modifié :

- à chaque occurrence, après les mots : « tarif de responsabilité », sont insérés les mots : « et le prix limite de vente aux établissements » ;

- à chaque occurrence, les mots : « est fixé » sont remplacés par les mots : « sont fixés » et, à chaque occurrence, le mot : « publié » est remplacé par le mot : « publiés » ;

- après les mots : « au tarif », sont insérés les mots : « et au prix limite » ;

b) Au deuxième alinéa du I, le mot : « est » est remplacé par les mots : « et ce prix limite sont », le mot : « fixé » est remplacé à chaque occurrence par le mot : « fixés », les mots : « Il peut » sont remplacés par les mots : « Ils peuvent » et le mot : « baissé » est remplacé par le mot : « baissés » ;

c) Le « II » devient le « III » et après le I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« II. - Le prix d'achat des spécialités acquitté par l'établissement ne peut être supérieur au prix limite de vente défini au I. » ;

d) L'article est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« IV. - La base de remboursement d'une spécialité peut faire l'objet d'un tarif unifié fixé par décision du Comité économique des produits de santé. Dans ce cas, ce tarif unifié est appliqué aux spécialités génériques et à leurs spécialités princeps, aux spécialités biologiques similaires et à leurs biologiques de référence, ainsi qu'à toute spécialité comparable en ce qui concerne les indications ou la visée thérapeutique. Le cas échéant, le tarif unifié peut être modulé au regard de différences de posologie ou du circuit de distribution de la spécialité, notamment l'importation prévue à l'article L. 5124-13 du code de la santé publique

« Lorsqu'un tarif unifié a été fixé pour une spécialité, l'application des dispositions du III est effectuée par rapport à ce seul tarif unifié. » ;

3° L'article L. 162-17-2-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence : « L. 5121-21-1 » est remplacée par la référence : « L. 5121-12-1 » ;

b) A la première phrase du troisième alinéa, après le mot : « remboursable, » la fin de la phrase est remplacée par les mots : « le Comité économique des produits de santé fixe, en vue de sa prise en charge ou son remboursement, un nouveau tarif ou un nouveau prix par convention avec l'entreprise ou, à défaut, par décision, selon les règles et

critères d'appréciation applicables à l'indication ou aux indications déjà prises en charge. » ;

c) A la deuxième phrase du même troisième alinéa, les mots : « le prix est fixé par décision des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en tenant compte du prix ou du tarif de responsabilité en vigueur pour les indications remboursées » sont remplacés par les mots : « ce nouveau tarif ou ce nouveau prix tient également compte, au moins pour partie, » ;

d) Au quatrième alinéa, après les mots : « aux articles L. 162-17, », il est inséré la référence : « L. 162-22-7 » et cet alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Dans ce cas, ces mêmes ministres peuvent également fixer un prix de vente aux patients ou aux établissements dans les conditions prévues aux I et II de l'article L. 162-16-4. » ;

4° L'article L. 162-22-7-2 est abrogé.

II. - Après le premier alinéa du II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsqu'un patient relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français, bénéficie d'un ou plusieurs spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, la facturation de ses soins est majorée du coût de ces spécialités, produits et prestations. »

III. - Le présent article entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2018, sous les réserves suivantes :

1° Les dispositions relatives au prix limite de vente aux établissements mentionné au II de l'article L. 162-16-5 et au I de l'article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction résultant de la présente loi entrent en vigueur à compter du 1^{er} juillet 2018. À cette date, le prix limite de vente des spécialités aux établissements mentionné au I de l'article L. 162-16-6 du même code dans sa rédaction résultant de la présente loi, est égal au tarif de responsabilité applicable à ces spécialités ;

2° Les décisions de prise en charge ou de remboursement, les tarifs ou les prix édictés en application des dispositions de l'article L. 162-17-2-1 du même code antérieurement à la publication de la présente loi, demeurent en vigueur jusqu'à leur modification éventuelle au titre des dispositions de la présente loi.

CHAPITRE III

Accroître la pertinence et la qualité des soins

Article 39

I A. – Après la première phrase du premier alinéa de l’article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Les commissions et conférences médicales d’établissement donnent leur avis préalablement à la conclusion du contrat. »

I. – Après le premier alinéa de l’article L. 162-30-4 du même code, dans sa rédaction issue de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le directeur général de l’agence régionale de santé peut, après avis de l’organisme local d’assurance maladie, allouer un intéressement à l’établissement, sous la forme d’une dotation du fonds d’intervention régional mentionné à l’article L. 1435-8 du code de la santé publique, en fonction des économies réalisées et du degré de réalisation de l’ensemble des objectifs fixés au contrat. »

II. – Le présent article s’applique à l’évaluation des contrats ou avenants conclus à compter du 1^{er} janvier 2018 en application de l’article L. 162-30-2 dudit code, dans sa rédaction issue de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015.

Commentaire [A31]: [AS413](#)

~~I. – Après le premier alinéa de l’article L. 162-30-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :~~

~~« Le directeur général de l’agence régionale de santé peut, après avis de l’organisme local d’assurance maladie, allouer un intéressement à l’établissement, sous la forme d’une dotation du fonds d’intervention régional mentionné à l’article L. 1435-8 du code de la santé publique, en fonction des économies réalisées et du degré de réalisation de l’ensemble des objectifs fixés au contrat. »~~

~~H. – Le présent article s’applique à l’évaluation des contrats ou avenants conclus à compter du 1^{er} janvier 2018 en application de l’article L.162-30-2.~~

Article 40

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

1° Le 4° de l'article L. 161-37 est complété par les mots : « , notamment en évaluant, lors de cette procédure, la mise en œuvre par les établissements de santé des obligations prévues au 18° de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique. » ;

2° Après le 12° de l'article L. 161-37, sont insérés un 13° et un 14° ainsi rédigés :

« 13° Établir et mettre en œuvre la procédure de certification des activités de présentation, d'information ou de promotion en faveur des produits de santé et prestations éventuellement associées. Cette procédure de certification a pour finalité notamment de garantir le respect des chartes mentionnées aux articles L. 162-17-8 et L. 162-17-9 ;

« 14° Rendre l'avis mentionné au III de l'article L. 162-31-1. » ;

3° L'article L. 161-38 est ainsi modifié :

a) Au I *bis*, après les mots : « les médicaments », sont insérés les mots : « , les dispositifs médicaux et les prestations associées » ;

b) Au premier alinéa du II, après les mots : « les prix des produits », sont insérés les mots : « de santé et des prestations éventuellement associées » ;

c) Au deuxième alinéa du II, le mot : « médicamenteuse » est remplacé par les mots : « des médicaments, des dispositifs médicaux et des prestations qui leur sont associées » ;

d) Après le deuxième alinéa du II, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Elle garantit que ces logiciels informent les prescripteurs des conditions spécifiques de prescription ou de prise en charge des produits de santé et des prestations éventuellement associées, notamment en mettant à leur disposition le code prévu à l'article L. 165-5 pour les produits de la liste mentionnée à l'article L. 165-1 et en permettant son utilisation lors de la prescription. Elle garantit que ces logiciels intègrent les référentiels de prescription ou tout autre document relatif à la prescription dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale Elle garantit que ces logiciels permettent l'accès aux services

dématérialisés déployés par l'assurance maladie et dont la liste est fixée par arrêté des mêmes ministres. » ;

e) Le premier alinéa du III est complété par la phrase : « Cette procédure comprend également la certification des fonctions relatives à la délivrance des dispositifs médicaux et des prestations qui leur sont associées. » ;

f) Au dernier alinéa du III, les mots : « et de conformité » sont remplacés par les mots : « , de conformité et d'efficience » et après les mots : « de la dispensation », sont insérés les mots : « et de la délivrance des dispositifs médicaux et des prestations qui leur sont associées » ;

g) Après le IV, il est inséré un V ainsi rédigé :

« V. - Sont rendues obligatoires, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État et au plus tard le 1^{er} janvier 2021, les certifications prévues par les I à III de tout logiciel dont au moins une des fonctionnalités est de proposer une aide à l'édition des prescriptions médicales relatives à des dispositifs médicaux et à leurs prestations associées éventuelles ou une aide à la délivrance de ces produits et prestations associées. » ;

4° Après l'article L. 162-17-8, il est inséré un article L. 162-17-9 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-17-9. - Une charte de qualité des pratiques professionnelles des personnes chargées de la présentation, de l'information ou de la promotion des dispositifs médicaux à usage individuel, des produits de santé autres que les médicaments et des prestations de service éventuellement associées est conclue entre le Comité économique des produits de santé et un ou plusieurs syndicats ou organisations regroupant les fabricants ou distributeurs des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1.

« La charte vise, notamment, à mieux encadrer les pratiques commerciales, promotionnelles, de présentation ou d'information, qui pourraient nuire à la qualité des soins ou conduire à des dépenses injustifiées pour l'assurance maladie. La charte précise les conditions dans lesquelles les entreprises rendent compte de leur activité de présentation, d'information et de promotion.

« La charte est valablement conclue dès lors que les signataires, au titre des syndicats ou organisations, représentent plus du tiers des montants

remboursés au titre de la liste mentionnée à l'article L. 165-1, exception faite des distributeurs pour le champ hospitalier.

« La charte conclue s'applique à l'ensemble des fabricants ou distributeurs de produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1.

« La charte est approuvée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« En cas de refus d'approbation, ou en l'absence d'accord, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la charte des qualités de la promotion des produits ou prestations. Les conditions de refus d'approbation, de renouvellement et de dénonciation de la charte par les ministres sont fixées par décret en Conseil d'État.

« Le Comité économique des produits de santé peut fixer des objectifs chiffrés d'évolution des pratiques commerciales, promotionnelles, de présentation ou d'information, le cas échéant pour un ensemble de produits ou prestations comparables ou pour certains produits ou prestations.

« Le Comité économique des produits de santé peut fixer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de l'entreprise qui n'a pas respecté les décisions du comité mentionnées au précédent alinéa prises à son encontre ou qui n'a pas respecté une ou plusieurs dispositions de la charte.

« Le montant de la pénalité ne peut 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 produits ou prestations concernés par le manquement. La pénalité est déterminée en fonction de la gravité du manquement constaté.

« La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les dispositions des articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

« **Les conditions dans lesquelles le Comité économique des produits de santé constate les manquements à la charte sont précisées par décret en Conseil d'État.** ~~Tout professionnel, organisme ou établissement constatant un manquement à la charte en informe, sans délai,~~

Commentaire [A32]: AS406

~~le Comité économique des produits de santé.~~ Les agences régionales de santé et les organismes locaux et régionaux d'assurance maladie peuvent en contrôler la bonne application.

« Les modalités d'application du présent article, notamment les règles et délais de procédure relatifs à la pénalité financière, sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;

5° Après l'article L. 162-19, il est inséré un article L. 162-19-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-19-1.* - La prise en charge par l'assurance maladie d'un produit de santé et de ses prestations éventuellement associées peut être subordonnée au renseignement sur l'ordonnance par le professionnel de santé d'éléments relatifs aux circonstances et aux indications de la prescription, lorsque ce produit et, le cas échéant, ses prestations associées présentent un intérêt particulier pour la santé publique, un impact financier pour les dépenses d'assurance maladie ou un risque de mésusage.

« Ces éléments, ainsi que tout autre élément requis sur l'ordonnance sont transmis au service du contrôle médical par le prescripteur, le pharmacien ou, le cas échéant, par un autre professionnel de santé dans des conditions fixées par voie réglementaire.

« Le non-respect de ces obligations peut donner lieu au constat d'un indu correspondant aux sommes prises en charge par l'assurance maladie qui est recouvré selon la procédure prévue à l'article L. 133-4. »

II. - A défaut de conclusion, entre le Comité et les syndicats ou organisations, de la charte prévue à l'article L. 162-17-9 du code de la sécurité sociale avant le 30 septembre 2018, la charte est arrêtée par les ministres de la santé et de la sécurité sociale.

III. - Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 5122-15, il est inséré un article L. 5122-15-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 5122-15-1.* - Sont fixées par décret les règles de bonnes pratiques relatives aux activités de formation professionnelle à la connaissance ou à l'utilisation des produits de santé.

« Ces règles définissent notamment :

« a) La qualification requise des intervenants dans ces activités de formation professionnelle ;

« b) Les modalités de déclaration par les intervenants des formations professionnelles qu'ils ont dispensées. » ;

2° L'article L. 5213-1 est ainsi modifié :

a) Au I, les mots : « au sens de l'article L. 5211-1 » sont remplacés par les mots : « ou prestations associées » et après les mots : « ces dispositifs », sont insérés les mots : « ou prestations » ;

b) Au 3° du II, après le mot : « matériovigilance », sont insérés les mots : « ou de la réactovigilance » ;

3° Le premier alinéa de l'article L. 5213-2 est supprimé et au second alinéa de ce même article, après les mots : « La publicité », sont insérés les mots : « des dispositifs médicaux qui respectent les obligations fixées à l'article L. 5211-3 » ;

4° L'article L. 5213-3 est ainsi modifié :

a) Après les mots : « dispositifs médicaux », sont insérés les mots : « ou prestations associées » et après le mot : « humaine », sont insérés les mots : « et n'ayant pas d'impact important sur les dépenses d'assurance maladie, » ;

b) L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'interdiction de publicité mentionnée au précédent alinéa ne s'applique pas aux dispositifs médicaux individuels d'optique médicale et aux audioprothèses ainsi qu'à leurs éventuelles prestations associées. » ;

5° L'article L. 5213-4 est remplacé par les dispositions suivantes :

~~« Art. L. 5213-4. — Est soumise à une autorisation préalable de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dénommée "visa de publicité" la publicité pour un dispositif médical et ses prestations associées pris en charge ou financés même partiellement par l'assurance maladie auprès des membres des professions de santé habilités à prescrire ou à dispenser les dispositifs médicaux ou à les utiliser dans l'exercice de leur art, ou auprès de tout autre distributeur.~~

~~« Ce visa peut être suspendu en cas d'urgence ou retiré par décision motivée de l'Agence. » ;~~

Commentaire [A33]: [AS407](#)

6° L'article L. 5223-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 5223-1. - Les articles L. 5213-1 à L. 5213-7 s'appliquent aux dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* qui respectent les obligations fixées à l'article L. 5221-2. » ;

7° Les articles L. 5223-2 à L. 5223-5 sont abrogés ;

8° Après le 17° de l'article L. 6143-7, il est inséré un 18° ainsi rédigé :

« 18° Définit, après avis du président de la commission médicale d'établissement, les conditions de réalisation et d'encadrement des activités de présentation, d'information, ou de promotion des produits de santé ou de formation notamment à leur utilisation, en vue notamment du respect des chartes mentionnées aux articles L. 162-17-8 et L. 162-17-9 du code de la sécurité sociale. »

Article 41

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

1° Après l'article L. 162-17-3, il est inséré un article L. 162-17-3-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-17-3-1. - I. - Les caisses nationales d'assurance maladie peuvent participer au fonctionnement du Comité économique des produits de santé par la mise à disposition de leurs personnels. Par dérogation au premier alinéa de l'article 43 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984, ces mises à disposition ne sont pas assorties de remboursement par l'État. Les conditions d'application du présent alinéa, et notamment le nombre maximum de personnels mis à disposition, sont fixées par décret.

« II. - Les systèmes d'information portant sur la gestion économique ou administrative, le recueil d'informations ou l'information des acteurs du système de santé relatifs aux médicaments et aux produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 sont mis à disposition du Comité économique des produits de santé et de ses membres par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés qui en assure le développement et la maintenance. Un décret détermine les conditions d'application du présent alinéa. » ;

2° La première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17-5 est remplacée par une phrase ainsi rédigée : « Le Comité économique des

produits de santé peut fixer, pour les médicaments inscrits sur l'une des listes ouvrant droit au remboursement au titre de leur autorisation de mise sur le marché ou pour les produits et prestations pris en charge au titre de la liste mentionnée à l'article L. 165-1 ou pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation au titre des articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6, le montant des dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale au-delà duquel il peut décider de baisser le prix ou le tarif de responsabilité, mentionnés aux articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5, L. 162-16-6, L. 165-2, L. 165-3 et L. 165-7, des produits et prestations concernés. » ;

3° Après l'article L. 165-2, il est inséré un article L. 165-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 165-2-1.* - Lorsque, dans le cadre de l'inscription ou du maintien de l'inscription, sous quelque forme que ce soit, de produits ou prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1, ou d'une négociation tarifaire, le fabricant ou le distributeur produit des données manifestement erronées, à son initiative ou sur demande, relatives aux conditions de prise en charge, aux volumes de ventes ou aux montants remboursés par les régimes d'assurance maladie dans d'autres pays de l'Union européenne, ainsi que relatives aux conditions réelles ou prévisibles d'utilisation ou aux volumes de vente en France, le Comité économique des produits de santé peut prononcer, après que le fabricant ou le distributeur a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à la charge de ce fabricant ou de ce distributeur.

« Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou le distributeur au titre du dernier exercice clos pour les produits ou prestations considérés. Dans le cas d'une première demande d'inscription de produits ou prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1, la pénalité ne peut être supérieure à 10 % du chiffre d'affaires annuel, hors taxes pour la France, estimé sur la base de la population de patients ayant vocation à bénéficier du traitement correspondant aux produits ou prestations concernés. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté.

« La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

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

4° Le II de l'article L. 165-3-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation à l'alinéa précédent, les pharmaciens titulaires d'officines sont regardés comme étant représentés par le ou les syndicats représentatifs des pharmaciens titulaires d'officine au sens de l'article L. 162-33, sauf opposition d'un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine qui, dans ce cas, relèvent alors des modalités prévues aux deux alinéas précédents. Les volumes de vente affectés à chaque syndicat sont établis sur la base des données de l'assurance maladie, en multipliant l'audience de ce syndicat par les volumes de vente de l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officines, à l'exception de ceux ayant notifié leur opposition. » ;

5° L'article L. 165-4 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

- il est précédé par un : « I » ;

- après les mots : « volumes de ventes », sont insérés les mots : «, les dépenses remboursées par l'assurance maladie, le cas échéant par indication thérapeutique, les conditions réelles d'usage des produits ou prestations, les niveaux de recours au sein d'une catégorie de produits ou prestations comparables, ainsi que sur les autres critères prévus aux I et II de l'article L. 165-2. Ces critères peuvent être considérés pour un ensemble de produits ou prestations comparables même si la convention ne porte que sur certains de ces produits ou prestations. » ;

- à la deuxième phrase, après les mots : « les produits », sont insérés les mots : « ou prestations » ;

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

« II. - Le remboursement par l'assurance maladie des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peut être subordonné au versement obligatoire de remises par les fabricants ou distributeurs. Le cas échéant, une décision du Comité économique des produits de santé précise si ces remises sont dues par les fabricants ou par les distributeurs. Les remises peuvent concerner un produit ou une prestation ou, le cas échéant, un ensemble de produits ou prestations comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires. Les remises peuvent notamment prendre

en compte l'évolution globale des volumes de ventes pour cet ensemble de produits ou prestations.

« S'agissant des produits ou prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 sous forme de marque ou de nom commercial, les remises sont fixées par convention entre le fabricant ou le distributeur et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision du comité.

« S'agissant des produits ou prestations inscrits sur la liste par description générique ou description générique renforcée, les remises sont fixées par convention entre le Comité et un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique ou une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs dans les conditions prévues à l'article L. 165-3-3 ou, à défaut, par décision du comité.

« S'agissant des conditions de certification et de négociation relatives aux Véhicules pour Personnes Handicapées (VPH), définis au titre IV de la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR) prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, l'action du Comité économique des produits de santé vise à optimiser le coût de prise en charge pour la sécurité sociale et les assurés. » ;

Commentaire [A34]: [AS225](#)

c) Au début du deuxième alinéa, il est inséré un : « III » et après les mots : « des produits », sont insérés les mots : « ou prestations » ;

6° L'article L. 165-7 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le prix d'achat des produits ou prestations acquitté par l'établissement ne peut, le cas échéant, être supérieur au prix mentionné à l'article L. 165-3. »

Article 42

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

1° A l'article L. 162-4, après le 4°, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 5° Lorsqu'ils prescrivent des prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 en l'absence d'accord de prise en charge des prestations prévu à l'article L. 315-2. Lorsque cette demande d'accord est en cours d'instruction, les médecins inscrivent que la prise en charge est subordonnée à un accord préalable du service médical. » ;

2° L'article L. 315-2 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est précédé d'un I ;

b) Le deuxième alinéa est précédé d'un II et, après la première phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « A défaut de réponse du service du contrôle médical dans un délai fixé par décret, l'accord est réputé avoir été donné ; ce délai peut être différent selon la nature de la prestation. » et les mots : « les prestations dont » sont remplacés par les mots : « une prestation dans l'un des cas suivants » ;

c) Au troisième alinéa, les mots : « la nécessité » sont remplacés par les mots : « sa nécessité » et l'alinéa est complété par les mots : « notamment lorsqu'il existe un risque, prévisible ou avéré, de non-respect des indications ouvrant droit à la prise en charge ou de mésusage » ;

d) Au quatrième alinéa, les mots : « la justification » sont remplacés par les mots : « sa justification » et les mots : « leur caractère » sont remplacés par les mots : « son caractère » ;

e) Au cinquième alinéa, les mots : « le caractère particulièrement coûteux doit faire l'objet d'un suivi particulier afin d'en évaluer l'impact sur les dépenses de » sont remplacés par les mots : « la prestation, à titre unitaire ou compte tenu de son volume global, a, de manière prévisible ou constatée, un caractère particulièrement coûteux pour », et les mots : « ou de » sont remplacés par les mots : «, ou pour » ;

f) Après le cinquième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« - le recours à une autre prestation est moins coûteux. » ;

g) Avant les mots : « Il est précisé lors de la prise en charge », il est inséré un III ;

h) Après le septième alinéa, devenu le huitième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent saisir le collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie d'une proposition tendant à l'application de la procédure d'accord préalable à certaines prestations. En l'absence de décision de mise en œuvre d'une procédure d'accord préalable par ce collège à l'expiration d'un délai fixé par décret, cette décision peut être prise par arrêté des mêmes ministres.

« Indépendamment des dispositions des deux alinéas précédents, la décision peut être prise par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale à l'occasion de l'inscription ou du renouvellement d'inscription d'un produit sur les listes, ou l'une des listes, prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, aux articles L. 162-22-7, L.162-23-6 et L. 165-1, et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, à la suite d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 de ce même code ou à la suite d'une prise en charge en application des articles L. 162-16-5-2 ou L. 162-17-2-1 du présent code. Dans ces cas, les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État.

i) L'avant-dernier alinéa est précédé d'un IV et les mots : « des deuxième à cinquième alinéas » sont remplacés par les mots : « du présent article relatives à la procédure d'accord préalable » ;

j) Le dernier alinéa est précédé d'un V ;

3° Après l'article L. 315-2-1, il est rétabli un article L. 315-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 315-3. - I. - Lorsque la prise en charge de médicaments, ou de produits et prestations éventuellement associées mentionnés à l'article L.165-1, est subordonnée à la procédure d'accord préalable prévue à l'article L. 315-2, le pharmacien, le prestataire de services ou tout autre distributeur de matériel auprès du public informe le patient de ces conditions particulières de prise en charge.

« II. - Tout pharmacien, distributeur ou prestataire est tenu de s'assurer que l'accord du service du contrôle médical autorisant la prise en charge, par l'assurance maladie, des médicaments ou des produits et prestations mentionnés à l'article L.165-1 a été donné. Pour la prise en charge de ces médicaments ou produits et prestations par l'assurance maladie, il est tenu d'agir conformément à la décision du service du contrôle médical.

« III. - Le non-respect, par tout pharmacien, distributeur ou prestataire, des obligations prévues au II peut donner lieu à un recouvrement de l'indu selon la procédure prévue à l'article L. 133-4. »

II. - Les décisions du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relatives à la procédure d'accord préalable prévue à l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale prises antérieurement à la publication de la présente loi demeurent en vigueur tant

qu'elles ne font pas l'objet d'une nouvelle décision prise au titre de la présente loi.

Article 43

I. - L'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Aux premier, deuxième, troisième et septième alinéas du I et au II, le mot : « médecin » est remplacé par les mots : « professionnel de santé » et aux troisième et sixième alinéas du I, le mot : « médecins » est remplacé par les mots : « professionnels de santé » ;

2° Au troisième alinéa du I, après le mot : « exerçant » sont ajoutés les mots : « la même profession » ;

3° Aux troisième et sixième alinéas du I, les mots : « consultations effectuées » sont remplacés par les mots : « patients pour lesquels au moins un acte ou une consultation a été facturé au cours de la période considérée, » ;

4° Au quatrième alinéa du I, les mots : « nombre de telles prescriptions rapporté au nombre de consultations effectuées » sont remplacés par les mots : « montant de remboursement de transports occasionné par lesdites prescriptions, ou encore d'un tel nombre ou d'un tel montant rapporté au nombre de patients pour lesquels au moins un acte ou une consultation a été facturé au cours de la période considérée, » ;

5° Au sixième alinéa du I, après le mot : « exerçant » sont ajoutés les mots : « la même profession » et après la première phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « Pour la constatation du nombre de réalisations d'actes, sont exclus ceux réalisés en application et dans le respect d'une prescription médicale précisant expressément leur nombre. »

II. - À l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-1-17 du même code, après les mots : « refus de prise en charge », sont insérés les mots : « ou en l'absence de demande d'accord préalable ».

CHAPITRE IV

Moderniser le financement du système de santé

Article 44

Les relations entre les caisses d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes autorisés à exercer en France et exerçant leur activité à titre libéral sont régies à compter du 1^{er} janvier 2018 par les dispositions du règlement arbitral approuvé en application de l'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 (n° 2016-1827 du 23 décembre 2016) sous réserve des modifications suivantes :

1° Aux articles 3 et 4 et à l'annexe 1 du règlement, les mentions des années 2017, 2018, 2019, 2020 et 2021 sont remplacées respectivement par les mentions des années 2018, 2019, 2020, 2021 et 2022 ;

2° À l'article 2 du H de l'annexe I, les montants de référence et attendus calculés pour le déclenchement de la clause de sauvegarde prévue à l'article 3 sont remplacés par ceux figurant dans le tableau suivant :

	Octobre 2017 septembre 2018	Octobre 2018 septembre 2019	Octobre 2019 septembre 2020	Octobre 2020 septembre 2021
Honoraires totaux remboursés (HRTOT)	2,83 Md€	2,95 Md€	3,13 Md€	3,29 Md€
Entente directe (ED)	4,02 Md€	3,92 Md€	3,82 Md€	3,70 Md€

Article additionnel après l'article 44 (*nouveau*)

Dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'accès financier aux soins des personnes en situation de handicap et personnes en situation de précarité. Ce rapport porte notamment sur les restes à charges en santé liés au handicap, le niveau des avances de frais et le renoncement aux soins pour motif financier pour identifier les mesures à prendre pour réduire les inégalités sociales d'accès à la santé pour les personnes fragiles.

Commentaire [A35]: [AS181](#), [AS219](#) et [AS349](#)

Article additionnel après l'article 44 (*nouveau*)

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 31 mai 2018, un rapport sur la mise en œuvre de l'intégration du dispositif d'aide médicale d'État dans l'assurance maladie et de l'accès pour tous à une complémentaire santé pour les plus précaires.

Ce rapport établit :

- un état des lieux des dysfonctionnements dans l'accès des personnes aux dispositifs de l'Aide médicale d'État (AME), de la Protection universelle maladie, et des complémentaires santé (Aide à la complémentaire santé, Couverture maladie universelle complémentaire)

- une évaluation de l'impact de cette intégration en termes de coûts évités pour le système de santé.

- des propositions de modalités opérationnelles pour sa mise en œuvre effective (financement, évolution du cadre légal, pilotage, suivi, évaluation) et les mesures nécessaires pour garantir un accès effectif des personnes en situation de précarité sociale à une couverture maladie.

Commentaire [A36]: [AS368](#)

Article 45

I. - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, pour les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du même code, les prestations hospitalières mentionnées au 1° de cet article et les dépenses afférentes aux spécialités pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés aux articles L. 162-22-7 et L. 162-22-7-3 du même code ne sont pas facturées à la caisse désignée à l'article L. 174-2 du même code. Les établissements transmettent à l'agence régionale de santé, à échéances régulières, leurs données d'activité et la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations.

Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.

L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'activité et de la consommation des spécialités

pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés au premier alinéa du présent I. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.

L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-23-13 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des valorisations à venir.

II. - Le I de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est abrogé à compter du 1^{er} mars 2019.

III. - La dérogation prévue au I prend fin au plus tard au 1^{er} mars 2022 selon des modalités calendaires précisées par décret

Article 46

L'article L. 162-22-9-2 du code de la sécurité sociale est abrogé.

Article 47

Au II de l'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 (n° 2016-1827 du 23 décembre 2016), la date du 1^{er} mars 2018 est remplacée par la date du 1^{er} octobre 2018.

Article 48

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

1° L'article L. 162-23-15 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-23-15.* - Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées aux 1° et 4° de l'article L. 162-22 bénéficient d'une dotation complémentaire lorsqu'ils satisfont aux critères liés à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, mesurés chaque année par établissement.

« Un décret en Conseil d'État précise les critères d'appréciation retenus ainsi que les modalités de détermination de la dotation

complémentaire. La liste des indicateurs pris en compte pour l'évaluation des critères ainsi que les modalités de calcul par établissement sont définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »

2° L'article L. 162-23-16 est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-23-16. - Par dérogation aux articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 du présent code, les activités de médecine ou de soins de suite et de réadaptation exercées par les hôpitaux de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique bénéficient d'un financement mixte sous la forme de recettes issues de leur activité et d'une dotation forfaitaire, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. »

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

A. - Le III est ainsi modifié :

1° Aux A et B, les mots : « mars 2018 » sont remplacés par les mots : « janvier 2020 » ;

2° Au C, l'année 2020 est remplacée par l'année 2022 ;

3° Au deuxième alinéa du D, les mots : « est réduit chaque année et » sont supprimés ;

4° Le E est ainsi modifié :

a) Le 2° est ainsi modifié :

i) Au premier alinéa, les mots : « 28 février 2018 » sont remplacés par les mots : « 31 décembre 2019 » ;

ii) Au deuxième alinéa du a, les mots : « affectés d'un coefficient. La valeur de ce coefficient est égale à la valeur de la fraction mentionnée au premier alinéa du présent a ; » sont remplacés par les mots : « minorés à hauteur de la fraction mentionnée au premier alinéa du présent a dans des conditions définies par décret en Conseil d'État ; »

iii) Au b, après les mots : « santé et de la sécurité sociale », sont insérés les mots : « , qui peuvent être différentes en fonction des catégories d'établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale » ;

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

« Le niveau des fractions prévues aux *a* et *b* peut être différencié par catégorie d'établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale. » ;

b) Le 3° est ainsi modifié :

i) Au *a*, les mots : « mars 2018 », sont remplacés par les mots : « janvier 2020 » ;

ii) Au *b*, les mots : « à compter du 1^{er} janvier 2018 », sont remplacés par les mots : « au plus tard au 1^{er} janvier 2020 » ;

c) Le 6° est ainsi modifié :

i) Au premier alinéa, les mots : « décembre 2018 » sont remplacés par les mots : « décembre 2019 », et les mots : « est constitué : », sont remplacés par les mots : « est constitué des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code dans les conditions prévues aux 2° et 3° du présent E. » ;

ii) Les *a* et *b* sont abrogés ;

5° Au F, les mots : « 28 février 2018 », sont remplacés par les mots : « 31 décembre 2019 ».

B. - Aux V et VI, les mots : « 28 février 2018 », sont remplacés par les mots : « 31 décembre 2019 ».

C. - Le *ii* du *a* du 4° du A du II du présent article entre en vigueur à compter du 1^{er} mars 2018 et est applicable pour le calcul des montants alloués aux établissements à compter de cette date.

Article 49

I. - Après l'article L. 1435-9 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1435-9-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1435-9-1.* - Par dérogation au *b* de l'article L. 1435-9 et à l'article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, les crédits relevant du fonds d'intervention régional destinés au financement des dispositifs prévus aux articles L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles et 48 de la loi précitée

du 17 décembre 2012, peuvent être affectés par l'agence régionale de santé à tout autre dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes intéressant en tout ou partie les personnes âgées et handicapées. »

II. - Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le second alinéa de l'article L. 1432-5 est complété par les mots : « , ainsi que la gestion de tout crédit versé à l'agence et destiné à financer une action entrant dans le champ des missions définies à cet article » ;

2° Au 1° de l'article L. 1435-9, les mots : « des ministres chargés de la santé, du budget, » sont remplacés par les mots : « du ministre chargé » et les mots : « des personnes âgées et des personnes handicapées » sont supprimés ;

3° Le quatrième alinéa de l'article L. 1435-10 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les crédits des budgets annexes non consommés en fin d'exercice peuvent être reportés sur l'exercice suivant, dans la limite d'un plafond fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. Les sommes notifiées par les agences régionales de santé au titre d'un exercice pour des actions, expérimentations et structures financées par les crédits du fonds sont prescrites au 31 décembre du troisième exercice suivant celui de leur notification. Les crédits non consommés qui ne sont pas reportés sur l'exercice suivant et les crédits correspondant aux sommes notifiées prescrites sont pris en compte pour le calcul du montant des crédits attribués l'année suivante au titre du fonds d'intervention régional fixé par l'arrêté mentionné au deuxième alinéa du présent article. »

Article 50

Le titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° La première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 313-1 est remplacée par une phrase ainsi rédigée : « Toute autorisation est, totalement ou partiellement, réputée caduque si tout ou partie de l'activité de l'établissement ou du service n'est pas ouverte au public dans un délai et selon des conditions fixées par décret. » ;

2° Au troisième alinéa du A du IV *ter* de l'article L. 313-12, il est ajouté une phrase ainsi rédigée : « Pour ces établissements et services, le contrat peut prévoir une modulation du tarif en fonction des objectifs d'activité mentionnés au deuxième alinéa du B, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État. » ;

3° Le premier alinéa de l'article L. 313-12-2 est ainsi modifié :

a) Les mots : « ainsi que les services mentionnés au 6° du même I » sont remplacés par les mots : « ainsi que les établissements et services mentionnés au 6° du même I, à l'exception des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionnés aux I et II de l'article L. 313-12 » ;

b) Après la deuxième phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « A l'exception des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionnés aux I et II de l'article L. 313-12, il peut inclure d'autres catégories d'établissements ou de services mentionnés au I de l'article L. 312-1 et relevant, pour leur autorisation, du président du conseil départemental ou du directeur général de l'agence régionale de santé, lorsque ces établissements ou services sont gérés par un même organisme gestionnaire et relèvent du même ressort territorial. » ;

4° Le premier alinéa de l'article L. 314-6 est ainsi modifié :

a) A la première phrase, après les mots : « par voie réglementaire », sont insérés les mots : « , à l'exception des conventions d'entreprise ou d'établissement applicables exclusivement au personnel d'établissements et services ayant conclu l'un des contrats mentionnés au IV *ter* de l'article L. 313-12 ou à l'article L. 313-12-2 » ;

b) A la deuxième phrase, les mots : « Ces conventions ou accords » sont remplacés par les mots : « Les conventions ou accords agréés » et les mots : « assurant l'hébergement des personnes âgées et ayant signé un contrat pluriannuel ou une convention pluriannuelle mentionnée aux articles L. 313-11 ou L. 313-12 » sont remplacés par les mots : « et services ayant conclu un contrat mentionné au IV *ter* de l'article L. 313-12 ou à l'article L. 313-12-2 ».

Article 51

I. - L'ensemble des biens, personnels, droits et obligations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services

sociaux et médico-sociaux (ANESM) sont transférés de plein droit à la Haute Autorité de santé. Le transfert des droits et obligations ainsi que des biens de toute nature en application du présent article s'effectue à titre gratuit et ne donne pas lieu à perception d'impôts, droits ou taxes. Le transfert des salariés de droit privé s'effectue dans les conditions prévues à l'article L. 1224-3 du code du travail. Par dérogation à l'article 14 *ter* de la loi du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, les agents contractuels de droit public transférés conservent le bénéfice des stipulations de leur contrat.

II. - Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Au quatrième alinéa du *b* du 2° du I de l'article L. 14-10-5, les mots : « dotation globale versée à l'agence mentionnée à l'article L. 312-8 du présent code et la » sont supprimés ;

2° L'article L. 312-8 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux » sont remplacés par les mots : « la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale » ;

b) Aux troisième, sixième et seizième alinéas, les mots : « l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux » sont remplacés par les mots : « la Haute Autorité de santé » ;

c) Les huitième à quinzième alinéas sont supprimés ;

d) Au dernier alinéa, les mots : « l'agence » sont remplacés par les mots : « la Haute Autorité de santé » ;

e) L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Une commission de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est chargée d'établir et de diffuser les procédures, les références et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles mentionnées au premier alinéa. » ;

3° À l'article L. 313-12-2, les mots : « l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux » sont remplacés par les mots : « la Haute Autorité de santé ».

III. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 161-37 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 15° Mettre en œuvre les missions qui lui sont dévolues à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles. » ;

2° Au troisième alinéa de l'article L. 161-41, après les mots : « Les commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique, » sont insérés les mots : « L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, ».

IV. - Les dispositions du présent article s'appliquent à compter du 1^{er} avril 2018.

Article 52

I. - Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionnée à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est fixé à 448,7 millions d'euros pour l'année 2018.

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 131,7 millions d'euros pour l'année 2018.

III. - Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionné à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 105 millions d'euros pour l'année 2018.

CHAPITRE V

Dispositions relatives aux dépenses de la branche maladie

Article 53

Pour l'année 2018, 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 211,7 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 210,6 milliards d'euros.

Article 54

Pour l'année 2018, 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	88,9
Dépenses relatives aux établissements de santé	80,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,3
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,2
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,4
Autres prises en charge	1,8
Total	195,2

TITRE V

DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES REGIMES OBLIGATOIRES

Article 55

Pour l'année 2018, 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	19,3

TITRE VI

DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFERENTES BRANCHES

Article 56

La sous-section 1 de la section 1 du chapitre III du titre II du livre VII du code de la sécurité sociale est complétée par un article ainsi rédigé :

« *Art. L. 723-2-1.* - I. - L'État conclut, pour une période minimale de quatre ans, avec la Caisse nationale des barreaux français, dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, une convention d'objectifs et de gestion comportant des engagements réciproques des signataires.

« II. - Cette convention détermine les objectifs pluriannuels de gestion, les moyens de fonctionnement dont la caisse dispose pour les atteindre et les actions mises en œuvre à ces fins par chacun des signataires.

« Elle précise notamment :

« 1° Les objectifs liés à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la gestion du risque, le service des prestations ou le recouvrement des cotisations et des impôts affectés ;

« 2° Les objectifs liés à l'amélioration de la qualité du service aux usagers ;

« 3° Les objectifs de l'action sociale ;

« 4° Les règles de calcul et d'évolution des budgets de gestion et d'action sociale.

« Cette convention prévoit, le cas échéant, les indicateurs quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs.

« Elle détermine également les conditions de conclusion des avenants en cours d'exécution de la convention et le processus d'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés. »

Article 57

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au I de l'article L. 114-17, après les mots : « Peuvent faire l'objet » sont insérés les mots : « d'un avertissement ou » ;

2° L'article L. 114-17-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du III, le nombre : « 50 » est remplacé par le nombre : « 70 » et le nombre : « deux » est remplacé par le nombre : « quatre » ;

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

« En cas de manœuvre frauduleuse ou de fausse déclaration, le montant de la pénalité ne pourra être inférieur au montant des sommes concernées, majoré d'une pénalité dont le montant sera fixé dans la limite de quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. » ;

c) Au 2° du IV, les mots : « , sauf dans les cas prévus aux 3° et 4° du II » sont supprimés ;

d) Au 3° du IV, le *b* devient le *c* et il est rétabli un *b* ainsi rédigé :

« *b*) Soit notifié à l'intéressé un avertissement ; »

3° L'article L. 114-19 est ainsi modifié :

a) Au huitième alinéa, après les mots : « une demande relevant » sont insérés les mots : « du premier alinéa » ; le mot « amende » est remplacé par le mot « pénalité » à deux reprises ;

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

« Le refus de déférer à une demande relevant du cinquième alinéa du présent article est puni d'une pénalité de 5 000 €. Cette pénalité s'applique pour chaque demande, dès lors que tout ou partie des documents ou renseignements sollicités ne sont pas communiqués. » ;

c) Le dernier alinéa est supprimé ;

4° Au 4° de l'article L. 145-2, après les mots : « dans le cas d'abus d'honoraires » sont insérés les mots : « ou d'actes ou prestations réalisés dans des conditions méconnaissant les règles prévues à l'article L. 162-1-7 » ;

5° L'article L. 256-4 est ainsi modifié :

a) Les mots : « Sauf en ce qui concerne les » sont remplacés par les mots : « A l'exception des » ;

b) Après les mots : « motivée par la caisse » sont insérés les mots : « , sauf en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausses déclarations ».

ANNEXE A
RAPPORT RETRAÇANT LA SITUATION PATRIMONIALE, AU
31 DÉCEMBRE 2016, 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 2016

I. - Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2016 :

(en milliards d'euros)

ACTIF	2016 (net)	2015 (net)	PASSIF	2016	2015
Immobilisations	7	6,9	Capitaux propres	-101,4	-109,5
Immobilisations non financières	4,5	4,4	Dotations	25,9	27,4
			<i>Régime général</i>	0,6	0,6
Prêts, dépôts de garantie	1,6	1,6	<i>Autres régimes</i>	5,4	4,9
			<i>Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)</i>	0,2	0,2
Avances/ prêts accordés à des organismes de la sphère sociale	0,9	0,9	<i>Fonds de réserve pour les retraites (FRR)</i>	19,7	21,8
			Réserves	16,5	14,3
			<i>Régime général</i>	2,6	2,7
			<i>Autres régimes</i>	6,9	6,1
			<i>FRR</i>	7	5,5
			Report à nouveau	-155,6	-158,8
			<i>Régime général</i>	-1,3	-14,2
			<i>Autres régimes</i>	-3,7	-4,2
			<i>FSV</i>	-0,1	-0,1
			<i>CADES</i>	-150,4	-140,3
			Résultat de l'exercice	8,1	4,7
			<i>Régime général</i>	-4,1	-6,8
			<i>Autres régimes</i>	0,7	0,4
			<i>Fonds de solidarité vieillesse (FSV)</i>	-3,6	-3,9
			<i>CADES</i>	14,4	13,5
			<i>FRR</i>	0,7	1,5
			Ecart d'estimation (réévaluation des actifs du FRR en valeur de marché)	3,7	2,9
			Provisions pour risques et charges	15,8	15,8

Actif financier	55,1	60,8	Passif financier	173,1	181,6
Valeurs mobilières et titres de placement	46,8	50,1	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, euro paper commerciaux)	161,2	165,2
<i>Régime général</i>	0	0	<i>Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)</i>	20,4	27,4
<i>Autres régimes</i>	8,3	7,8	<i>CADES</i>	140,8	137,8
<i>CADES</i>	4	9,5	Dettes à l'égard d'établissements de crédits	5,2	10,6
<i>FRR</i>	34,5	32,8	<i>ACOSS (prêts Caisse des dépôts et consignations)</i>	0	4
Encours bancaire	7,6	10,3	<i>Régime général (ordres de paiement en attente)</i>	3,8	4,6
<i>Régime général</i>	1,1	1,6	<i>Autres régimes</i>	0,4	1,1
<i>Autres régimes</i>	2,9	2,1	<i>CADES</i>	1	1
<i>FSV</i>	0,9	0,9	Dépôts reçus	1,1	1,1
<i>CADES</i>	1,6	2,3	<i>ACOSS</i>	1,1	1,1
<i>FRR</i>	1,1	3,4			
Créances nettes au titre des instruments financiers	0,7	0,4	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,5	0
<i>CADES</i>	0,3	0,2	<i>ACOSS</i>	0,5	0
<i>FRR</i>	0,4	0,2	Autres	5,2	4,6
			<i>Autres régimes</i>	0	0
			<i>CADES</i>	5,2	4,6
Actif circulant	80,2	75	Passif circulant	54,9	54,7
Créances de prestations	8,7	8,1	Dettes et charges à payer à l'égard des bénéficiaires	28,8	27,4
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	10,5	10,7	Dettes et charges à payer à l'égard des cotisants	2	2,6
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et autres impositions	40,9	38,7			
Créances sur entités publiques et organismes de sécurité sociale	10,5	8,3	Dettes et charges à payer à l'égard d'entités publiques	8,8	10,5
Produits à recevoir de l'Etat	0,5	0,5			
Autres actifs	9,1	8,8	Autres passifs	15,3	14,2
Total de l'actif	142,4	142,7	Total du passif	142,4	142,7

Sur le champ des régimes de base, du FSV, de la CADES et du FRR, le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, mesuré par ses capitaux propres négatifs, et qui recouvre pour l'essentiel le cumul des déficits passés restant à financer, s'élevait à 101,4 milliards d'euros au 31 décembre 2016, soit l'équivalent de 4,5 points de PIB.

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 3 exercices. Cette inversion de tendance s'est confirmée et s'est amplifiée en 2016 (baisse de 7,9 milliards d'euros par rapport à 2015). Elle reflète la poursuite de la réduction des déficits des régimes de base et du FSV (7,0 milliards d'euros en 2016 contre 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 (14,4 milliards d'euros en 2016 après 13,5 milliards d'euros en 2015).

Cette amélioration se traduit en particulier par un résultat consolidé positif sur le périmètre d'ensemble de la sécurité sociale retracé ci-dessus (8,1 milliards d'euros en 2016 contre 4,7 milliards d'euros en 2015).

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. Malgré l'augmentation du besoin en fonds de roulement à fin 2016, l'infléchissement de l'endettement financier amorcé en 2015 se confirme en 2016 (118,0 milliards d'euros contre 120,8 milliards d'euros en 2015).

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
Passif net au 31/12								
(capitaux propres négatifs)	-66,3	-87,1	-100,6	-107,2	-110,9	-110,7	-109,5	-101,4
Endettement financier net au 31/12	-76,3	-96,0	-111,2	-116,2	-118,0	-121,3	-120,8	-118,0
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

II. - Couverture des déficits et affectation des excédents constatés sur l'exercice 2016

Le déficit du régime général s'est élevé à 4,1 milliards d'euros en 2016. Il est essentiellement constitué des résultats comptables des branches Maladie et Famille, qui ont respectivement enregistré des déficits de 4,8 milliards d'euros et de 1,0 milliard d'euros. Les branches Vieillesse et Accidents du travail et maladies professionnelles ont

quant à elles dégagé des excédents respectivement de 0,9 et 0,8 milliard d'euros. Par ailleurs, le FSV a enregistré un déficit de 3,6 milliards d'euros.

Dans le cadre fixé par la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la loi 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. Conformément aux dispositions organiques, la CADES a été affectataire de ressources lui permettant de financer ces sommes.

Sans remettre en cause la priorité donnée à la reprise des déficits de la branche Vieillesse et du FSV, compte tenu des marges rendues disponibles par les différentes mesures prises en matière de redressement financier, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a prévu que les déficits des exercices 2012 à 2017 des branches Maladie et Famille pourraient être intégrés dans le champ de la reprise, sans modification des plafonds globaux de reprise ni de l'échéance d'amortissement de la dette transférée à la CADES.

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 désormais l'ACOSS qui porte en dette à court terme les déficits qui ne sont pas financés par la CADES.

Au titre de l'exercice 2016, le résultat cumulé des régimes de base autres que le régime général s'est élevé à 0,7 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'État (SNCF, RATP, régimes des mines et des marins) et des régimes d'employeurs (fonction publique de l'État, industries électriques et gazières), équilibrés par ces derniers. Concernant le régime des mines, les déficits passés cumulés de la branche maladie ont par ailleurs été transférés à la CNAMTS 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 2016 des résultats déficitaires. S'agissant de la branche retraite du régime des exploitants agricoles, le déficit s'est élevé à 0,3 milliard d'euros en 2016, au même niveau qu'en 2015, portant le montant des déficits cumulés depuis 2011 (les déficits 2009 et 2010 ayant été repris par la CADES en 2011) à 3,5 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 2016, ces déficits ont été financés en totalité (3,5 milliards d'euros) par une avance de l'ACOSS.

Enfin, la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) a dégagé, pour la troisième année consécutive, un excédent (0,3 milliard d'euros en 2016). Cet excédent a été affecté aux réserves du régime, portant celles-ci à 2,1 milliard d'euros.

ANNEXE B
**RAPPORT DECRIVANT LES PREVISIONS DE RECETTES ET LES OBJECTIFS DE
DEPENSES PAR BRANCHE DES REGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU
REGIME GENERAL, LES PREVISIONS DE RECETTES ET DE DEPENSES DES
ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES REGIMES AINSI QUE
L'OBJECTIF NATIONAL DES DEPENSES D'ASSURANCE-MALADIE POUR LES
QUATRE ANNEES A VENIR**

La présente annexe décrit l'évolution des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse pour la période 2018-2021. Ces prévisions confortent l'objectif de retour à l'équilibre des régimes de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse, et se traduisent par l'accélération de la réduction de la dette sociale.

1. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 concrétise la trajectoire de retour à l'équilibre et le désendettement des comptes sociaux

1.1. La reprise économique s'accélère

Compte tenu des informations conjoncturelles les plus récentes, qui confirment une accélération de la croissance plus rapide qu'anticipé, la prévision de croissance pour 2017 présentée par le Gouvernement dans le cadre du projet de loi de finances et du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a été fixée à 1,7 %, en hausse de 0,2 point par rapport à la prévision sous-jacente à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017. La vigueur de la reprise se traduit par un redressement plus rapide de l'emploi qui conduit à réviser à la hausse l'hypothèse de croissance de la masse salariale du secteur privée fixée dans les lois financières à 3,3 %, eu lieu de 2,7 % dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017. En revanche l'hypothèse d'inflation est révisée à la baisse de 0,2 point, soit une prévision de 1,0 %.

Pour 2018, le Gouvernement retient des hypothèses de croissance et d'inflation identiques à la prévision pour 2017 (1,7 % et 1,0 % respectivement) et une croissance de la masse salariale privée de 3,1 %.

Pour les années 2019 à 2021, les hypothèses du Gouvernement présentées dans le cadre de la loi de programmation des finances publiques 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 % en 2021), qui aurait à son tour un effet à la hausse sur les salaires se traduisant par une accélération de la masse salariale (+3,8 % en 2021).

Le Haut Conseil des finances publiques a rendu deux avis sur ces prévisions macroéconomiques lors de la présentation du projet de loi de programmation des finances publiques 2018-2022 et du projet de loi de finances pour 2018 au conseil des ministres, et considère que ce scénario macroéconomique est prudent pour 2017 et raisonnable pour 2018.

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.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
PIB volume	1,1%	1,2%	1,7%	1,7%	1,7%	1,7%	1,7%
Masse salariale	1,7%	2,4%	3,3%	3,1%	3,2%	3,6%	3,8%
<i>dont effectifs</i>	0,1%	1,0%	1,7%	1,0%	1,0%	0,9%	0,5%
<i>dont salaire moyen</i>	1,6%	1,4%	1,6%	2,1%	2,2%	2,6%	3,3%
ONDAM	2,0%	1,8%	2,2%	2,3%	2,3%	2,3%	2,3%
Prix hors tabac	0,0%	0,2%	1,0%	1,0%	1,1%	1,4%	1,8%
Revalorisation des pensions de retraite (en moyenne annuelle)	0,0%	0,1%	0,2%	0,9%	1,0%	1,1%	1,4%
Revalorisation des prestations avril (en moyenne annuelle)	0,1%	0,1%	0,3%	0,8%	1,0%	1,1%	1,3%

1.2 Cette reprise favorise l'amélioration des soldes des régimes de sécurité sociale

L'amélioration de la conjoncture économique et la maîtrise des dépenses entraînent une réduction significative des déficits sociaux. Le déficit prévisionnel de l'ensemble des régimes de base et du FSV devrait ainsi passer sous le seuil des 5 milliards d'euros en 2017, et s'établir à 2,2 milliards d'euros en 2018. Le régime général devrait par ailleurs être en excédent dès 2018.

L'ensemble des régimes de base et le FSV devraient dégager un excédent dès 2019, excédent qui progressera sur les exercices suivants.

Prévisions des recettes, dépenses et soldes du régime général, de l'ensemble des régimes de base et du FSV (milliards d'euros)

		2014	2015	2016	2017(p)	2018(p)	2019(p)	2020(p)	2021(p)
Recettes, dépenses et soldes du régime général									
Maladie	Recettes	161,8	167,4	194,6	201,9	209,8	215,8	222,9	230,4
	Dépenses	168,3	173,2	199,4	206,0	210,6	214,8	219,1	223,8
	Solde	-6,5	-5,8	-4,8	-4,1	-0,8	1,0	3,8	6,6
AT-MP	Recettes	12,3	12,6	12,6	12,8	12,7	13,2	13,8	14,4
	Dépenses	11,7	11,9	11,8	11,8	12,2	12,4	12,5	12,7
	Solde	0,7	0,7	0,8	1,0	0,5	0,8	1,3	1,7
Famille	Recettes	56,3	52,8	48,6	49,9	51,0	52,5	54,1	56,1
	Dépenses	59,0	54,3	49,6	49,6	49,7	50,1	50,534	51,1
	Solde	-2,7	-1,5	-1,0	0,3	1,3	2,4	3,6	5,0
Vieillesse	Recettes	115,6	120,1	123,7	126,2	133,8	137,0	140,3	144,6
	Dépenses	116,8	120,5	122,8	124,9	133,6	137,8	142,310	147,6
	Solde	-1,2	-0,3	0,9	1,3	0,2	-0,8	-2,0	-3,0
RG consolidé	Recettes	334,0	340,3	366,6	377,8	394,3	405,2	417,5	431,6
	Dépenses	343,7	347,2	370,7	379,4	393,0	401,7	410,9	421,4
	Solde	-9,7	-6,8	-4,1	-1,6	1,2	3,5	6,6	10,3
Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base									
Maladie	Recettes	186,6	191,3	195,9	203,2	210,9	216,9	224,0	231,6
	Dépenses	193,2	197,1	200,7	207,3	211,7	215,9	220,3	225,0
	Solde	-6,5	-5,8	-4,7	-4,1	-0,8	1,0	3,8	6,6
AT-MP	Recettes	13,8	14,1	14,1	14,3	14,1	14,6	15,2	15,9
	Dépenses	13,1	13,3	13,3	13,2	13,5	13,7	13,9	14,2
	Solde	0,7	0,8	0,8	1,1	0,5	0,9	1,3	1,8

	Recettes	56,3	52,8	48,6	49,9	51,0	52,5	54,1	56,1
Famille	Dépenses	59,0	54,3	49,6	49,6	49,7	50,1	50,5	51,1
	Solde	-2,7	-1,5	-1,0	0,3	1,3	2,4	3,6	5,0
	Recettes	219,2	223,8	228,8	232,6	236,6	241,2	246,1	251,6
Vieillesse	Dépenses	220,0	223,6	227,2	231,1	236,4	242,3	248,5	255,6
	Solde	-0,8	0,2	1,6	1,5	0,1	-1,0	-2,4	-3,9
	Recettes	462,9	468,4	473,7	486,3	498,9	511,4	525,3	540,8
ROBSS consolidé	Dépenses	472,2	474,7	477,1	487,6	497,7	508,1	519,1	531,4
	Solde	-9,3	-6,3	-3,4	-1,3	1,2	3,3	6,3	9,3
Fonds de solidarité vieillesse									
	Recettes	17,1	16,6	16,7	16,0	15,8	16,3	16,9	17,4
FSV	Dépenses	20,6	20,5	20,3	19,7	19,3	19,0	18,3	18,2
	Solde	-3,5	-3,9	-3,6	-3,6	-3,4	-2,7	-1,5	-0,8
Régime général et fonds de solidarité vieillesse									
	Recettes	332,6	338,4	365,0	376,1	392,6	404,5	418,1	432,9
RG+FSV	Dépenses	345,8	349,2	372,7	381,3	394,8	403,7	412,9	423,4
	Solde	-13,2	-10,8	-7,8	-5,2	-2,2	0,8	5,2	9,5
Régimes obligatoires de base et fonds de solidarité vieillesse									
	Recettes	460,1	464,9	470,5	483,1	496,1	509,6	525,0	541,1
ROBSS + FSV	Dépenses	472,8	475,1	477,5	488,0	498,3	509,0	520,1	532,5
	Solde	-12,8	-10,2	-7,0	-4,9	-2,2	0,6	4,8	8,6

1.3. La résorption de la dette de la sécurité sociale, effective depuis 3 ans, devrait s'accélérer

Le désendettement de la sécurité sociale se poursuit pour la troisième année consécutive, sous l'effet de trois facteurs principaux.

- En premier lieu, le choix de cantonner la dette sociale et de l'amortir au moyen de recettes affectées à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) permettra en 2017 de réduire de 14,8 milliards d'euros la dette sociale, portant l'amortissement total réalisé par la caisse à 139,5 milliards d'euros, soit environ la moitié de la dette. Le désendettement devrait se poursuivre en 2018, avec un objectif de remboursement de 15,2 milliards d'euros, en augmentation, dans un contexte de taux d'intérêt extrêmement faibles, favorable à cette dynamique de désendettement, et de la hausse spontanée du rendement des recettes qui lui sont affectées.

- En second lieu, le retour à l'équilibre progressif des régimes obligatoires de base permet, à niveau d'amortissement donné de la dette sociale par la CADES, que ce désendettement s'accroisse chaque année, le différentiel entre la dette amortie et les déficits résiduels allant augmentant.

- En troisième lieu, le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) dégage, en investissant les actifs qui lui ont été confiés, un rendement important (1,8 milliard d'euros net en 2016 et 2,0 milliards d'euros nets prévus en 2017) qui lui permet non seulement de participer pour 2,1 milliards d'euros chaque année à l'amortissement de la dette sociale et de conserver un patrimoine dont la valeur est à mettre en regard de la dette sociale.

2. L'amélioration des soldes de l'ensemble des branches traduit l'effort de maîtrise des dépenses

2.1. La branche famille revient en léger excédent, permettant des mesures en faveur des assurés tout en poursuivant l'effort structurel

La situation financière de la branche famille, qui sera à l'équilibre en 2017 pour la première fois depuis 10 ans, sera consolidée sur la période, tout en continuant à s'adapter aux évolutions de la société.

Ce PLFSS comprend ainsi une mesure majorant de 30 %, dès la rentrée 2018, le montant maximal du complément de mode de garde (CMG) pour les familles monoparentales, qui sont les plus contraintes dans leur conciliation entre vie familiale et vie professionnelle. La prochaine COG qui devra être signée au début de l'année 2018 avec la CNAF définira une évolution maîtrisée du Fonds national d'action sociale et poursuivra, selon une approche résolument territorialisée, les efforts pour améliorer le taux de couverture en mode d'accueil du jeune enfant, avec une attention renforcée aux territoires les plus fragiles.

Dans une perspective de lisibilité et de poursuite des efforts structurels de maîtrise de la dépense, les barèmes de l'allocation de base de la PAJE seront alignés sur ceux du complément familial, pour les nouveaux droits accordés à partir d'avril 2018. Dans le cadre de cette mesure, la prime à la naissance et la prime à l'adoption verront leurs conditions de ressources légèrement resserrées, mais leur montant sera de nouveau revalorisé alors qu'ils étaient gelés depuis 2014. Pour 2018, l'effet net de cette réforme est estimé à 90 millions d'euros de moindres dépenses, avec une montée en charge progressive sur la période.

2.2 La branche maladie du régime général se rapproche de l'équilibre, tout en favorisant la prévention et l'innovation en santé

La progression de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) par rapport à 2017 est fixée à 2,3 %. Ce taux est légèrement supérieur à celui de 2017 mais inférieur au niveau de progression moyen de l'ONDAM depuis 2001. En raison d'une accélération du tendanciel de dépenses, le respect de cet objectif nécessitera un niveau d'économies supérieur à celui de 2017, soit 4,2 milliards d'euros. Cet effort sera partagé par l'ensemble des acteurs de l'offre de soins et accompagné dans le cadre du plan d'appui à la transformation de notre système de santé 2018-2022 qui s'organise autour de six grandes thématiques : prévention, structuration de l'offre de soins ; pertinence et efficacité des produits de santé ; pertinence et qualité des actes ; pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail et de transports ; contrôle et lutte contre la fraude.

La progression de l'ONDAM représente 4,4 milliards d'euros de dépenses nouvelles prises en charge par la collectivité sur le champ de la maladie. Ces ressources permettront la mise en œuvre de la nouvelle stratégie nationale de santé dont le présent projet de loi traduit dès cette année plusieurs priorités. La prévention est promue avec l'extension des obligations vaccinales pour les jeunes enfants et l'augmentation du prix du tabac. L'innovation est soutenue par la création d'un fonds d'innovation pour le système de santé, la mise en place d'un cadre juridique favorable à l'accélération des innovations organisationnelles et le soutien à la télémédecine. Enfin, plusieurs mesures viendront favoriser la pertinence des soins notamment l'évolution du cadre de régulation des dispositifs médicaux, le renforcement des moyens

d'accompagnement et de contrôle des prescriptions par l'assurance-maladie et la promotion de l'intéressement des établissements de santé

2.3. Le solde combiné de la branche vieillesse et du fonds de solidarité vieillesse s'améliore, mais reste déficitaire

Le solde de la branche vieillesse du régime général accroîtra son excédent, pour s'établir à 1,3 milliard d'euros en 2017, et resterait légèrement excédentaire en 2018 (0,2 milliard d'euros). Il se dégraderait en fin de période. Le déficit du fonds solidarité vieillesse (FSV) se stabilise à 3,6 milliards d'euros en 2017 et devrait connaître un net redressement au cours des années suivantes. Ces évolutions traduisent notamment l'impact du transfert du financement du minimum contributif du FSV à la branche vieillesse d'ici à 2020. Le solde combiné de la branche vieillesse du régime général et du FSV devrait connaître une légère amélioration en 2018, sans toutefois parvenir à court terme à l'équilibre.

L'effort de lutte contre la pauvreté, en faveur des retraités les plus modestes, sera accentué avec une revalorisation exceptionnelle de 100 euros du montant du minimum vieillesse. Celui-ci sera augmenté de 30 euros par mois au 1^{er} avril 2018, de 35 euros par mois au 1^{er} janvier 2019 et de 35 euros par mois au 1^{er} janvier 2020, date à laquelle il sera ainsi porté à 903 euros par mois (montant pour une personne seule). Cette mesure bénéficiera à l'ensemble des retraités percevant déjà le minimum vieillesse et elle permettra en outre à de nouveaux retraités de bénéficier de cette prestation.

Les dates de revalorisation des pensions de retraite et du minimum vieillesse seront par ailleurs harmonisées au 1^{er} janvier à compter de 2019. La date de revalorisation du minimum vieillesse sera ainsi avancée de 3 mois (du 1^{er} avril au 1^{er} janvier) tandis que celle des pensions de retraite sera portée d'octobre à janvier. Cette mesure permettra aux pensions et au minimum vieillesse d'évoluer de façon cohérente et contribuera à l'amélioration du solde de la branche vieillesse.

2.4. La branche ATMP demeure en excédent

S'agissant de la branche ATMP, les excédents de la branche permettent d'engager un mouvement de décroissance du taux de cotisations, qui fait plus que compenser la hausse de la majoration destinée à couvrir les dépenses liées au compte professionnel de prévention, issu de la réforme du compte professionnel de prévention et qui sera financé à compter de 2018 par la branche. Parallèlement à cette baisse des cotisations accidents du travail, une hausse des cotisations d'assurance maladie sera mise en œuvre en 2018 en garantissant une stricte neutralité sur le coût du travail. La négociation de la COG sera l'occasion de réaffirmer la priorité à la prévention.

3. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui met en œuvre les engagements du Président de la République, entraînera des évolutions importantes de l'organisation et du financement de la sécurité sociale à compter de 2018 et 2019

3.1. Les mesures en faveur du pouvoir d'achat des actifs (basculer entre cotisations salariales et CSG) et encourageant l'activité et l'entreprise s'inscrivent dans le cadre d'une évolution du financement de la protection sociale

Un axe majeur du PLFSS pour 2018 vise à encourager l'activité, l'emploi et l'entrepreneuriat.

Cela passe d'abord par une mesure de pouvoir d'achat : les cotisations salariales d'assurance maladie et d'assurance chômage seront complètement supprimées en 2018, en contrepartie d'une augmentation de 1,7 point de la contribution sociale généralisée (CSG). Cette mesure procurera un gain de pouvoir d'achat de 1,45 % de la rémunération brute pour la plus grande majorité des salariés. Pour les autres catégories d'actifs, des mesures sont prévues, afin de neutraliser la hausse de la CSG pour la totalité d'entre eux, et d'engendrer des gains de pouvoir d'achat pour les travailleurs indépendants ayant les revenus les plus faibles. Ainsi, trois quarts des travailleurs indépendants bénéficieront d'une baisse de leurs cotisations sociales.

Le financement de cette mesure de pouvoir d'achat est assuré par le relèvement de la CSG sur les revenus du capital et sur les revenus de remplacement, à l'exception des allocations chômage et des indemnités journalières. La hausse de la CSG ne concerne toutefois pas les titulaires de pensions de vieillesse bénéficiant de l'exonération ou du taux réduit de CSG en vertu de ressources modestes : ainsi, 40 % des retraités ayant des faibles niveaux de revenus ne subiront aucune perte de pouvoir d'achat. Une partie des retraités qui verront leur pension nette baisser suite au relèvement du taux de CSG bénéficieront par ailleurs de l'exonération progressive de la taxe d'habitation.

Conformément aux engagements du Gouvernement, le PLFSS prévoit, parallèlement à la suppression du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) et du crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS) dans le projet de loi de finances, la mise en œuvre en 2019 d'une exonération renforcée des cotisations sociales comprenant deux volets :

- 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 aux salaires inférieurs à 2,5 SMIC. A 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.

- un renforcement des allègements généraux de cotisations sociales au niveau du SMIC afin d'encourager la création d'emploi. Désormais, ces allègements généraux porteront également sur les contributions d'assurance chômage et de retraite complémentaire.

Ainsi, au niveau du SMIC, aucune cotisation ou contribution sociale payée habituellement par les entreprises ne sera plus 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. Quelques prélèvements modestes en dehors du champ de la protection sociale resteront également dus (versement transport, apprentissage, construction)

Le dispositif d'exonération de cotisations pendant la première année pour les créateurs d'entreprise, initialement réservé aux chômeurs créateurs, sera étendu à l'ensemble des créateurs afin de lever les freins à l'entrepreneuriat, faciliter l'amorçage des nouvelles entreprises et soutenir les modèles économiques encore fragiles. La mesure, prévue dans le PLFSS 2018, entrera en vigueur en 2019 et bénéficiera à tous les entrepreneurs ayant un revenu annuel net inférieur à 40 000 euros au titre de leur première année d'exercice.

Enfin, afin de faciliter la déclaration des activités économique ponctuelles, de plus en plus fréquentes, dans les conditions les plus simples possible, il est proposé d'élargir le champ du chèque emploi service universel (CESU) à l'ensemble des activités pouvant être réalisées auprès

de particuliers. Celles-ci pourront ainsi être déclarées aux administrations sociales de manière rapide, simple et totalement dématérialisée.

3.2. La suppression du RSI en vue de son assimilation progressive par le régime général, constitue une réforme structurelle de la protection sociale, cohérente avec ses principes fondateurs

A compter du 1^{er} janvier 2018, la protection sociale des travailleurs indépendants sera confiée au régime général, qui couvre déjà l'essentiel de la population française. Le RSI, marqué depuis l'origine par de graves dysfonctionnements qui ont fortement affecté les travailleurs indépendants, sera supprimé.

Les missions de recouvrement des cotisations et contributions et de services des prestations aux travailleurs indépendants seront désormais exercées par le régime général qui couvrira donc à la fois les travailleurs salariés et les travailleurs non-salariés. Cette intégration permettra aux travailleurs indépendants de bénéficier d'une qualité de services comparable à celui dont bénéficient les autres catégories d'assurés, leurs spécificités continuant bien entendu à être prises en compte.

Cette réforme, l'une des plus importantes dans l'organisation de la sécurité sociale depuis sa création, permettra aux organismes de sécurité sociale de mieux prendre en compte les évolutions des parcours professionnels, conduisant à une succession et une combinaison accrue des activités exercées sous statut de salarié ou d'indépendant. Elle conduira, de 2018 à 2020, à transférer progressivement aux organismes du régime général les activités du RSI. La période permettra également de prévoir les conditions d'intégration des agents du RSI, dont les compétences sont indispensables pour assurer une continuité de services et la prise en compte des particularités des non-salariés, au sein des organismes du régime général.

ANNEXE C
ÉTAT DES RECETTES, PAR CATÉGORIE ET PAR BRANCHE, DES RÉGIMES
OBLIGATOIRES DE BASE ET DU RÉGIME GÉNÉRAL
AINSI QUE DES RECETTES, PAR CATÉGORIE, DES ORGANISMES
CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES RÉGIMES

I. - Recettes par catégorie et par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

Exercice 2018 (en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies professionnelles	Régimes de base	Fonds de solidarité vieillesse	Régimes de base et FSV
Cotisations effectives	88,7	137,2	29,8	13,3	267,1	0,0	267,1
Cotisations prises en charge par l'État	2,6	2,5	0,8	0,1	6,0	0,0	6,0
Cotisations fictives d'employeur	0,4	39,7	0,0	0,3	40,4	0,0	40,4
Contribution sociale généralisée	93,4	0,0	10,4	0,0	103,5	12,0	115,4
Impôts, taxes et autres contributions sociales	19,9	19,5	9,4	0,0	48,8	4,1	53,0
Charges liées au non recouvrement	-1,0	-0,8	-0,3	-0,2	-2,3	-0,3	-2,5
Transferts	3,1	37,5	0,2	0,1	29,3	0,0	10,7
Produits financiers	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Autres produits	3,9	0,9	0,7	0,4	5,9	0,0	5,9
Recettes	210,9	236,6	51,0	14,1	498,9	15,8	496,1

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

Exercice 2018 (en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies professionnelles	Régime général	Fonds de solidarité vieillesse	Régime général et FSV
Cotisations effectives	88,0	87,4	29,8	12,3	215,7	0,0	215,7
Cotisations prises en charge par l'État	2,6	2,2	0,8	0,1	5,7	0,0	5,7
Cotisations fictives d'employeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée	93,4	0,0	10,4	0,0	103,5	12,0	115,4
Impôts, taxes et autres contributions sociales	19,9	15,1	9,4	0,0	44,5	4,1	48,6
Charges liées au non recouvrement	-1,0	-0,6	-0,3	-0,1	-2,1	-0,3	-2,4
Transferts	3,1	29,4	0,2	0,0	21,7	0,0	4,2
Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits	3,8	0,3	0,7	0,4	5,2	0,0	5,2
Recettes	209,8	133,8	51,0	12,7	394,3	15,8	392,6

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

Exercice 2018 (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	12,0
Impôts, taxes et autres contributions sociales	4,1
Charges liées au non recouvrement	-0,3
Transferts	0,0
Produits financiers	0,0
Autres produits	0,0
Recettes	15,8