



TEXTE ADOPTÉ n° 41  
« Petite loi »

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

SESSION ORDINAIRE DE 2017-2018

4 décembre 2017

---

---

## PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2018.

(Texte définitif)

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

---

Voir les numéros :

*Assemblée nationale* : 1<sup>re</sup> lecture : **269, 316, 313** et T.A. **29**.

Commission mixte paritaire : **388**.

Nouvelle lecture : **387, 423** et T.A. **37**.

Lecture définitive : **434**.

*Sénat* : 1<sup>re</sup> lecture : **63, 77, 68** et T.A. **20** (2017-2018).

Commission mixte paritaire : **103** et **104** (2017-2018).

Nouvelle lecture : **121, 122** et T.A. **23** (2017-2018).

---



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

**Article 1<sup>er</sup>**

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)*

	<b>Recettes</b>	<b>Dépenses</b>	<b>Solde</b>
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)*

	<b>Recettes</b>	<b>Dépenses</b>	<b>Solde</b>
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)*

	<b>Recettes</b>	<b>Dépenses</b>	<b>Solde</b>
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<sup>er</sup>.

## **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 montant : « 400 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 250 millions d'euros » ;

b) Au IV, le montant : « 59,8 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 67,4 millions d'euros » ;

2° L'article 100 est ainsi modifié :

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

b) Au premier alinéa du II, le montant : « 70 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 30 millions d'euros ».

II. – Par dérogation au IV de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, le produit de la taxe perçue au titre des contrats mentionnés aux trois premiers alinéas du II du même article L. 862-4 affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1 du même code est réduit de 150 millions d'euros en 2017 au profit de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 dudit code.

#### **Article 4**

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

1° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 241-3, la référence : « , L. 245-13-1 » est supprimée ;

2° L'article L. 245-13-1 est abrogé.

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 » sont remplacés par les mots : « la contribution additionnelle mentionnée à l'article L. 245-13 ».

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**

Ne donnent pas lieu à compensation à la sécurité sociale :

1° Le crédit d'impôt prévu à l'article 231 A du code général des impôts, au titre de l'année 2017 ;

2° L'exonération de taxe sur les salaires prévue au I de l'article 231 *bis* Q du même code.

#### **Article 6**

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)*

	<b>Recettes</b>	<b>Dépenses</b>	<b>Solde</b>
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)*

	<b>Recettes</b>	<b>Dépenses</b>	<b>Solde</b>
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)*

	<b>Recettes</b>	<b>Dépenses</b>	<b>Solde</b>
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 du même article 41.

### Article 7

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)*

<b>Sous-objectif</b>	<b>Objectif de dépenses</b>
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
<b>Total</b> .....	<b>190,7</b>

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

TITRE I<sup>ER</sup>

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

CHAPITRE I<sup>ER</sup>

**Mesures relatives au pouvoir d'achat des actifs**

**Article 8**

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

1° Au dernier alinéa de l'article L. 131-7, la référence : « au second alinéa de l'article L. 242-11 » est remplacée par la référence : « à l'article L. 613-1 » ;

2° Le premier alinéa de l'article L. 131-9 est supprimé ;

3° Le II de l'article L. 136-2 est complété par un 8° ainsi rédigé :

« 8° Le dédommagement versé à l'aidant familial en application de l'article L. 245-12 du code de l'action sociale et des familles. » ;

4° Au II *bis* de l'article L. 136-5, les mots : « et la contribution portant sur les avantages mentionnés au 6° du II de l'article L. 136-2 sont établies, recouvrées et contrôlées » sont remplacés par les mots : « la contribution portant sur les avantages mentionnés au 6° du II de l'article L. 136-2 et le dédommagement mentionné au 8° du même II sont établis, recouverts et contrôlés » ;

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

6° 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 même I, le taux : « 8,2 % » est remplacé par le taux : « 9,9 % » ;
- c) Au 3° du même 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 même 4°, le taux : « 5,75 % » est remplacé par le taux : « 7,45 % » ;
- g) Au e du même 4°, le taux : « 5,15 % » est remplacé par le taux : « 6,85 % » ;
- h) À la fin du 1° du IV *bis*, le taux : « 7,6 % » est remplacé par le taux : « 9,3 % » ;
- 7° Au 5° du I de l'article L. 162-14-1, les références : « L. 242-11, L. 612-1 » sont remplacées par les références : « L. 613-1, L. 621-1, L. 621-2, L. 642-1 » ;
- 8° Au deuxième alinéa de l'article L. 172-1, les mots : « moyens correspondant aux cotisations versées » sont remplacés par les mots : « soumis à cotisations au sens de l'article L. 242-1 perçus » ;
- 9° Après le mot : « les », la fin de la première phrase du 1° du II de l'article L. 241-2 est ainsi rédigée : « employeurs des professions agricoles et non agricoles ; »
- 10° À l'avant-dernier alinéa de l'article L. 242-1, la référence : « L. 242-11 » est remplacée par la référence : « L. 613-1 » ;
- 11° L'article L. 242-11 est abrogé ;
- 12° Au dernier alinéa du I de l'article L. 313-1, les mots : « cotisé sur la base d'un salaire au moins égal » sont remplacés par les mots : « perçu des rémunérations soumises à cotisations au sens de l'article L. 242-1 au moins égales » ;

13° Au premier alinéa du IV de l'article L. 380-3-1, les mots : « au deuxième alinéa de » sont remplacés par le mot : « à » ;

14° À la première phrase de l'article L. 381-30-4, les mots : « et salariale » sont supprimés ;

15° Le 1° de l'article L. 382-22 est abrogé ;

16° À la section 1 du chapitre III du titre I<sup>er</sup> du livre VI, dans sa rédaction résultant de l'article 15 de la présente loi, l'article L. 613-1 est ainsi rétabli :

« *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 d'une réduction dans la limite de 5,25 points, 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. 621-3. » ;

17° Le chapitre I<sup>er</sup> du titre II du même livre VI, dans sa rédaction résultant de l'article 15 de la présente loi, est complété par un article L. 621-3 ainsi rétabli :

« *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. » ;

18° À l'article L. 755-2-1, la référence : « L. 242-11 » est remplacée par la référence : « L. 613-1 ».

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

1° Au second alinéa de l'article L. 731-25, la référence : « au dernier alinéa de l'article L. 242-11 » est remplacée par la référence : « 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 second alinéa, après la référence : « L. 321-5 », sont ajoutés les mots : « du présent code » ;

3° À la fin du a du 1° du I de l'article L. 741-9, les mots : « et des assurés » sont supprimés.

III. – A. – À l'article 11-1 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, la référence : « L. 242-11 » est remplacée par la référence : « L. 613-1 ».

B. – Au IV de l'article 7 de la loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social, la référence : « L. 242-11 » est remplacée par la référence : « L. 613-1 ».

C. – Au second alinéa du II de l'article 5 de la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur, la référence : « L. 242-11 » est remplacée par la référence : « L. 613-1 ».

IV. – La seconde phrase du 1° du I de l'article 30 de la loi n° 2015-1702 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est supprimée.

V. – A. – Les I et II du présent article s'appliquent :

1° Sous la réserve prévue au 2° du présent A, pour les revenus d'activité, les revenus de remplacement et les sommes engagées ou produits réalisés à l'occasion des jeux, aux cotisations et contributions dues au titre des périodes intervenant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 ;

2° Pour le dédommagement versé à l'aidant familial en application de l'article L. 245-12 du code de l'action sociale et des familles, aux contributions assises sur les dédommagements perçus à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017 ;

3° À compter de l'imposition des revenus de l'année 2017, en ce qu'ils concernent la contribution mentionnée à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale, sous réserve du II de l'article 34 de la loi n° 2016-1918 du 29 décembre 2016 de finances rectificative pour 2016 ;

4° Dans les conditions et sous les réserves définies par le présent V, aux faits générateurs intervenant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018, en ce qu'ils concernent la contribution mentionnée à l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale.

B. – Au titre des faits générateurs intervenant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018, pour les primes d'épargne mentionnées aux 1° et 2° *bis* du II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale et les produits définis au *c* du 3° et aux 4° à 8° du même II, nonobstant les articles 5 et 9 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 (n° 97-1164 du 19 décembre 1997), l'article 19 de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, l'article 72 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, l'article 28 de la loi n° 2008-1249 du 1<sup>er</sup> décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion, l'article 6 de la loi n° 2010-1657 du 9 décembre 2010 de finances pour 2011, l'article 10 de la loi n° 2011-1117 du 19 septembre 2011 de finances rectificative pour 2011, l'article 2 de la loi n° 2012-354 du 14 mars 2012 de finances rectificative pour 2012 et l'article 3 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 :

1° L'assiette des contributions et prélèvements sociaux définis aux articles L. 136-7 et L. 245-15 du code de la sécurité sociale, au 2° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles en ce qu'il renvoie à l'article L. 245-15 du code de la sécurité sociale, au 2° du I de l'article 1600-0 S du code général des impôts et à l'article 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est celle définie au II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale ;

2° Les taux mentionnés au 2° du I de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale, au I de l'article L. 245-16 du même code, au 2° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, au III de l'article 1600-0 S du code général des impôts et à l'article 19 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 précitée s'appliquent à la totalité de l'assiette définie au II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale.

C. – Le B n'est pas applicable :

1° Aux produits des contrats d'assurance-vie mentionnés au c du 3° du II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale, pour la fraction de ces produits attachés à des primes versées avant le 26 septembre 1997 acquis ou constatés au cours des huit premières années suivant la date d'ouverture du contrat, pour ceux de ces contrats souscrits entre le 1<sup>er</sup> janvier 1990 et le 25 septembre 1997 ;

2° Aux produits et primes de plans d'épargne populaire mentionnés au 4° du II du même article L. 136-7, pour la fraction acquise ou constatée au cours des huit premières années suivant la date d'ouverture du plan ;

3° À la fraction des gains de plans d'épargne en actions mentionnés au 5° du II dudit article L. 136-7, acquise ou constatée avant le 1<sup>er</sup> janvier 2018 et, pour ceux de ces plans détenus à cette date depuis moins de cinq ans, au cours des cinq premières années suivant leur date d'ouverture ;

4° Au revenu mentionné au 6° du II du même article L. 136-7, acquis ou constaté avant le 1<sup>er</sup> janvier 2018 et, le cas échéant, au cours des périodes d'indisponibilité mentionnées aux articles L. 3323-5 ou L. 3324-10 du code du travail lorsqu'il est attaché à des sommes résultant de répartitions de la réserve spéciale de participation intervenant avant le 1<sup>er</sup> janvier 2018 ;

5° Au revenu mentionné au 7° du II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale, attaché à des sommes versées sur un plan d'épargne pour la retraite collectif, au sens du chapitre IV du titre III du livre III de la troisième partie du code du travail, antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2018 ;

6° Au revenu mentionné au 7° du II du même article L. 136-7, attaché à des sommes versées sur un plan d'épargne entreprise ou interentreprises, au sens des chapitres II et III du titre III du livre III de la troisième partie du code du travail, antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2018, pour la part de ce revenu acquise ou constatée avant cette date ou au cours des cinq premières années suivant ce versement lorsque celui-ci est intervenu entre le 1<sup>er</sup> janvier 2013 et le 31 décembre 2017 ;

7° À la fraction des gains nets mentionnés au 8° du II dudit article L. 136-7, réalisés dans les conditions prévues aux 1 et 1 *bis* du III de l'article 150-0 A du code général des impôts, acquise ou constatée avant le 1<sup>er</sup> janvier 2018 ou, le cas échéant, au cours des cinq premières années suivant la date de souscription ou d'acquisition des titres lorsque ces titres ont été souscrits ou acquis entre le 1<sup>er</sup> janvier 2013 et le 31 décembre 2017.

D. – Le *b* du 6° du I du présent article ne s'applique qu'aux produits acquis ou constatés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 pour ce qui concerne, le cas échéant, les produits mentionnés au C du présent V ainsi qu'aux *a* et *b* du 2° et au 9° du II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale.

E. – Le IV de l'article 8 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 est abrogé pour les faits générateurs intervenant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018.

VI. – 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<sup>er</sup> janvier et le 30 septembre ;

2° 2,40 points au titre des contributions dues au titre des périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> 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.

VII. – 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 code du travail dues au titre de ce même exercice à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du même code et recouvrées en application du premier alinéa de l'article L. 5422-16 dudit code, y compris pour les contributions qu'elle prend en charge en application du VI du présent article. Les branches mentionnées à l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale assurent l'équilibre financier de l'Agence au titre de cette mission, selon une répartition fixée par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en fonction des soldes prévisionnels de ces branches.

La prise en charge de la part exonérée des cotisations dues, et recouvrées en application des *a*, *b* et *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. 5427-1 du code du travail.

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

IX. – Le *b* du 6° du I et le V du présent article sont applicables à Mayotte.

## CHAPITRE II

### Mesures en faveur de l'emploi et des entrepreneurs

#### Article 9

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

1° La section 1 du chapitre I<sup>er</sup> est complétée par un article L. 241-2-1 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 L. 241-13. » ;

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

a) Le I est 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, la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles 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 qui sont assises sur les rémunérations ou gains inférieurs au salaire minimum de croissance majoré de 60 % font l'objet d'une réduction dégressive. » ;

b) À la deuxième phrase du deuxième alinéa du III, les mots : « définie au même article L. 242-1 » sont remplacés par les mots : « définie au quatrième alinéa du présent III » ;

c) À la première phrase du troisième alinéa du même III, les mots : « de la contribution » sont remplacés par les mots : « des contributions » ;

d) Après le troisième alinéa du même III, 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. » ;

e) Le VII est ainsi rétabli :

« VII. – Le montant de la réduction est imputé, lors de leur paiement, sur les cotisations et contributions mentionnées au I déclarées, d'une part, aux organismes de recouvrement mentionnés 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 l'établissement de la réduction, dans la valeur maximale fixée par le décret mentionné au troisième alinéa du III du présent article. » ;

f) Le VIII est abrogé ;

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

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

b) Il est ajouté un II ainsi rédigé :

« II. – Le I est également applicable lorsque le cotisant est confronté aux interprétations contradictoires retenues par un ou plusieurs des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et 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) Au début, est ajoutée la mention : « I. – » ;

b) Après le mot : « peuvent », sont insérés les mots : « demander à réaliser une rectification ou, lors d'un contrôle, » ;

c) Sont ajoutés des II et III ainsi rédigés :

« II. – Le présent article s'applique aux institutions mentionnées à l'article L. 922-4 en tant que l'interprétation admise par les instructions et circulaires mentionnées au I du présent article 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 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<sup>er</sup> 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° L'article L. 243-6-6 devient l'article L. 243-6-8 ;

7° L'article L. 243-6-6 est ainsi rétabli :

« Art. L. 243-6-6. – Lorsqu'une demande d'échéancier de paiement est adressée par un cotisant à un organisme mentionné aux articles L. 213-1 ou L. 752-4, cet organisme la communique, ainsi que sa réponse, 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 aux articles L. 213-1 ou 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 aux articles L. 213-1 ou L. 752-4 reçoit mandat des institutions mentionnées à l'article L. 922-4 dont le cotisant relève pour prendre toute décision sur les créances qui les concernent, le cas échéant. » ;

8° Après l'article L. 243-6-6, dans sa rédaction résultant du 7° du présent I, il est inséré un article L. 243-6-7 ainsi rédigé :

« *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.

« La convention 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.

« La convention précise les modalités selon lesquelles, pour permettre l'application du deuxième alinéa du présent article, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale valide les conditions selon lesquelles est effectuée par les organismes et institutions mentionnés au même deuxième alinéa 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 au deuxième alinéa du présent article.

« La convention détermine notamment les modalités de coordination entre les organismes et institutions mentionnés au même deuxième alinéa 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 au deuxième alinéa du présent article utilisent les données d'un répertoire commun relatif à leurs entreprises cotisantes qui sont nécessaires à la mise en œuvre du présent article. » ;

9° 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. – À l'article L. 725-26 du code rural et de la pêche maritime, la référence : « L. 243-6-6 » est remplacée par la référence : « L. 243-6-8 ».

III. – 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, font 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 du même article L. 241-13.

Les montants correspondant 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 des *b* et *e* de l'article L. 5427-1 du même code et par l'organisme mentionné à l'article L. 133-9 du code de la sécurité sociale est centralisée, sur la base des informations transmises par les organismes chargés du recouvrement de ces contributions, par l'Agence centrale des organismes de

sécurité sociale, qui reverse les montants et notifie les produits correspondants à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail.

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

IV. – À l'article L. 741-1 du code rural et de la pêche maritime, après la référence : « L. 241-2 », est insérée la référence : « , L. 241-2-1 ».

V. – Le présent article s'applique aux cotisations et contributions dues pour les périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019.

### **Article 10**

I. – Au 6° du 1 de l'article 39 du code général des impôts, les mots : « la contribution additionnelle mentionnée à l'article L. 245-13 du même code, ainsi que » sont supprimés.

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

1° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 241-3, les mots : « des contributions mentionnées aux articles L. 245-13 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 fin de 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 ».

III. – Le présent article entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

### **Article 11**

I. – Au début du 2<sup>o</sup> du II de l'article L. 137-13 du code de la sécurité sociale, le taux : « 30 % » est remplacé par le taux : « 20 % ».

II. – Le I s'applique aux actions gratuites dont l'attribution est autorisée par une décision de l'assemblée générale extraordinaire postérieure à la publication de la présente loi.

### **Article 12**

L'article 8 de la loi n<sup>o</sup> 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 est ainsi modifié :

1<sup>o</sup> Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

2<sup>o</sup> Après le mot : « voyageurs », la fin du même premier alinéa est supprimée ;

3<sup>o</sup> Le second alinéa est supprimé ;

4<sup>o</sup> 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 mentionnés au I financée par des contributions des employeurs et correspondant à des départs effectués à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 sont assujetties 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. »

### **Article 13**

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

1<sup>o</sup> Est ajoutée une section 6 intitulée « Exonération de début d'activité de création ou reprise d'entreprise » ;

2° La même section 6 comprend l'article L. 161-1-1, qui devient l'article L. 131-6-4 et est ainsi modifié :

a) Au début, sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« I. – Bénéficiaire de l'exonération 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.

« II. – L'exonération mentionnée au I est accordée pour une période de douze mois. » ;

b) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– la première phrase est supprimée ;

– à la fin de la deuxième phrase, les mots : « ces cotisations ne sont pas dues » sont remplacés par les mots : « l'exonération est totale » ;

– à la dernière phrase, la référence : « au premier alinéa » est remplacée par la référence : « au I » ;

c) Sont ajoutés des III et IV ainsi rédigés :

« III. – Le bénéfice de l'exonération mentionnée au I du présent article 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. 613-1 et L. 621-3 du présent code et à l'article L. 731-13 du code rural et de la pêche maritime.

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

II. – La seconde phrase du I de l'article 28 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est supprimée.

III. – Le chapitre I<sup>er</sup> du titre IV du livre I<sup>er</sup> de la cinquième partie du code du travail est ainsi modifié :

1° L'intitulé de la section 1 est ainsi rédigé : « Bénéficiaires » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 5141-1, les mots : « 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 : « d'aides à la création ou à la reprise d'entreprise, dans les conditions prévues au présent chapitre, » ;

3° Au second alinéa de l'article L. 5141-2, la référence : « L. 161-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 131-6-4 ».

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

#### **Article 14**

I. – Après le 35° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 36° 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 du présent code, pour des activités dont la durée et la nature sont définies au décret mentionné au 8° de l'article L. 133-5-6. »

II. – La sous-section 2 de la section 1 du chapitre III *bis* du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

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

a) Au 3°, après le mot : « particuliers », sont insérés les mots : « mentionnés à l'article L. 7221-1 du code du travail » et, à la fin, 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° du présent article » ;

b) Après le 7°, sont insérés des 8° et 9° 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 du présent code. Un décret précise la durée et les activités entrant dans le champ d'application du présent 8° ;

« 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 mentionné 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 le mot : « employeur », sont insérés les mots : « mentionné aux 1°, 2° ou 5° » ;

2° L'article L. 133-5-7 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 est ainsi rédigé :

« *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° du même 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 au premier alinéa du présent article.

« 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 rémunérations et indemnités prévues aux 1° à 4° de 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'elles 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 en avoir fait la demande auprès de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10, y procéder sur des supports papier et recevoir les documents mentionnés au troisième alinéa du présent article sur papier également. » ;

4° L'article L. 133-5-10 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après les mots : « dues par les employeurs », sont ajoutés les mots : « ou par les particuliers » ;

b) Il est ajouté un alinéa 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 du présent article 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. – La section 1 du chapitre I<sup>er</sup> du titre VII du livre II de la première partie du code du travail est ainsi modifiée :

1° Le A de l'article L. 1271-1 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « déclarer », la fin du 1° est ainsi rédigée : « les salariés mentionnés au 3° de l'article L. 133-5-6 du code de la sécurité sociale ; »

b) Au 2°, les mots : « du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « du même code » ;

2° L'article L. 1271-2 est abrogé.

IV. – À la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 243-1-2 du code de la sécurité sociale, après le mot : « obligations », sont insérés les mots : « et par dérogation à l'article L. 241-8 ».

V. – À la deuxième phrase de l'article L. 741-1-1 du code rural et de la pêche maritime, après le mot : « obligations », sont insérés les mots : « et par dérogation au premier alinéa de l'article L. 741-20 ».

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

1° Après le mot : « travail », la fin du quatrième alinéa de l'article L. 232-15 est supprimée ;

2° Après le mot : « travail », la fin du dixième alinéa de l'article L. 442-1 est supprimée.

VII. – À l'exception des IV et V, le présent article entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2019.

## **Article 15**

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

1° Les 1° à 3° de l'article L. 200-1 sont remplacés par cinq alinéas ainsi rédigés :

« 1° D'une part, pour le versement des prestations en espèces mentionnées à l'article L. 311-1, les personnes salariées ou assimilées mentionnées 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 mentionnées respectivement aux articles L. 611-1 et L. 631-1 ;

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

« 3° Au titre des prestations familiales, les personnes mentionnées 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° du présent article et aux articles L. 381-4, L. 381-20, L. 381-25 et L. 381-30 ainsi que les personnes inactives rattachées aux organismes du régime général en application de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 160-17.

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

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

3° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 200-3, les deux occurrences des mots : « des travailleurs salariés » sont supprimées ;

4° L'article L. 211-1 est ainsi rédigé :

« *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°, les deux occurrences du mot : « assurés » sont remplacées par les mots : « salariés ou assimilés » ;

b) Au début du 3°, les mots : « Avec les caisses de base du régime social des indépendants, » sont supprimés et, à la fin, 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 également 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 du conseil mentionné à l'article L. 612-1 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 sont ajoutés les mots : « , et des données relatives aux services rendus aux travailleurs indépendants » ;

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

a) À la seconde phrase du dixième alinéa, les mots : « des travailleurs salariés » sont supprimés ;

b) Le dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il rend également compte au conseil mentionné à l'article L. 612-1 du service rendu aux travailleurs indépendants. » ;

9° L'intitulé du chapitre II du titre II est ainsi rédigé : « Caisse nationale d'assurance vieillesse » ;

10° L'article L. 222-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « 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 ainsi rédigé :

« 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 et 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 non-salariés » ;

d) Le 4° est complété par les mots : « 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) À la fin du 5°, les mots : « des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « du régime général » ;

f) Le 6° est abrogé ;

11° L'article L. 223-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « 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 ainsi rédigé :

« 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 et 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 ;

d) Au 5°, les mots : « , le régime des exploitants agricoles et le régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « et le régime des exploitants agricoles » ;

12° Le 2° de l'article L. 225-1-1 est ainsi rédigé :

« 2° De définir, pour les travailleurs 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 ; »

13° Après le dixième alinéa du I de l'article L. 227-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les conventions relatives aux branches mentionnées aux 1° et 3° de l'article L. 200-2 et la convention 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. » ;

14° L'intitulé du chapitre III du titre III est ainsi rédigé : « Dispositions propres au service des prestations et au recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants » ;

15° Le même chapitre III est complété par un article L. 233-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 233-1.* – Les missions que les 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 exercent auprès des travailleurs indépendants le sont dans le cadre d'un schéma stratégique d'organisation établi conjointement par le

directeur général de la caisse mentionnée à l'article L. 221-1 et 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. Ce schéma fixe les orientations et les modalités d'organisation permettant :

« 1° D'assurer, lorsqu'elles le nécessitent, une bonne articulation des activités réalisées auprès des travailleurs indépendants par les organismes mentionnés aux articles L. 211-1, L. 213-1, L. 215-1 et L. 752-4, notamment la mise en place d'un accueil et d'un accompagnement dédiés 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 ;

« 2° 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 du présent article. »

II. – Le code de la sécurité sociale tel qu'il résulte du XV du présent article est ainsi modifié :

1° L'intitulé du livre VI est ainsi rédigé : « Dispositions applicables aux travailleurs indépendants » ;

2° Le titre I<sup>er</sup> du même livre VI est ainsi modifié :

a) L'intitulé est ainsi rédigé : « Dispositions générales » ;

b) L'intitulé du chapitre I<sup>er</sup> est ainsi rédigé : « Champ d'application » ;

c) Les divisions et intitulés des sections 1 à 7 et de la sous-section 1 des sections 2 et 3 du même chapitre I<sup>er</sup> sont supprimés ;

3° L'article L. 613-1 devient l'article L. 611-1 et son premier alinéa est ainsi rédigé :

« Sous réserve des dispositions de l'article L. 661-1, le présent livre s'applique aux personnes suivantes : » ;

4° Le chapitre II du titre I<sup>er</sup> du même livre VI est ainsi modifié :

a) L'intitulé est ainsi rédigé : « Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants » ;

b) Les divisions et intitulés des sections 1 à 5 sont supprimés ;

5° Les articles L. 612-1 à L. 612-6 sont ainsi rédigés :

« *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 et mises en œuvre dans les conditions financières prévues à l'article L. 612-5 ; 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, de coordonner et de 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 directeurs des organismes mentionnés aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 225-1 y rendent compte au moins une fois par an de la qualité du service rendu aux travailleurs indépendants. Le conseil 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, L. 215-1 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 du I du même article L. 227-1.

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

« *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 articles L. 217-2, L. 231-3, L. 231-5 à L. 231-8, à l'exception du *a* du 5° et du dernier alinéa de l'article L. 231-6-1, L. 231-12, L. 272-1, L. 272-2, L. 281-1 et L. 281-3 s'appliquent au conseil et aux membres de son assemblée générale et de ses instances régionales. Toutefois, la limite d'âge prévue à l'article L. 231-6 n'est pas applicable aux représentants des travailleurs indépendants retraités. Les délibérations de l'assemblée générale et de ses instances régionales sont respectivement soumises à l'application 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 ;

« 2° Des représentants des travailleurs indépendants retraités, désignés par les organisations mentionnées au 1° ;

« 3° Des personnalités qualifiées, désignées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

« Cette composition assure l'égale représentation des femmes et des hommes. Un décret fixe les conditions de cette représentation.

« 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 au septième alinéa du présent article. 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.

« L'assemblée générale désigne en outre un médiateur national chargé de coordonner l'activité des médiateurs placés auprès de chaque instance régionale. Le médiateur remet chaque année au Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants un rapport sur les activités de médiation des instances régionales de ce conseil. Ce rapport est transmis aux ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ainsi qu'au Défenseur des droits.

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

« Le ressort géographique de ces instances est la circonscription administrative régionale. Toutefois, une délibération de l'assemblée générale mentionnée au même article L. 612-3 peut prévoir qu'une instance régionale couvre plusieurs de ces circonscriptions. Une instance unique est mise en place pour l'ensemble des collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 à l'exception de La Réunion.

« Les instances régionales décident de l'attribution des aides et prestations 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 situent 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 sont couvertes par une dotation annuelle attribuée par les branches mentionnées aux 1<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> de l'article L. 200-2 et les régimes mentionnés aux articles L. 632-1 et L. 635-1.

« Le montant global de cette dotation ainsi que le plafond annuel des aides et prestations attribuées par le conseil mentionné à l'article L. 612-1 en matière d'action sanitaire et sociale sont fixés 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 au même article L. 612-1 procède à la répartition du plafond mentionné au deuxième alinéa du présent article entre chaque instance régionale.

« Un décret fixe les modalités de répartition de la dotation mentionnée au premier alinéa du présent article entre les branches et régimes mentionnés au même premier alinéa.

« *Art. L. 612-6.* – Sont admises à désigner, en application des 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> de l'article L. 612-3 et du premier alinéa de l'article L. 612-4, des membres au sein des instances mentionnées aux mêmes articles L. 612-3 et L. 612-4, les organisations qui se déclarent candidates, lorsqu'elles remplissent

cumulativement les critères mentionnés au I de l'article L. 2151-1 du code du travail. L'influence à laquelle il est fait référence au 5° du même I s'apprécie au regard de l'activité et de l'expérience de l'organisation candidate en matière de représentation des travailleurs indépendants. L'audience à laquelle il est fait référence au 6° dudit I s'apprécie sur le fondement du nombre de travailleurs indépendants, au sens de l'article L. 611-1 du présent code, qui sont adhérents à chacune de ces organisations. Ce nombre doit représenter au moins 8 % de l'ensemble des travailleurs indépendants adhérant aux organisations satisfaisant aux critères mentionnés aux 1° à 4° du I de l'article L. 2151-1 du code du travail et ayant déclaré leur candidature en application du présent article.

« En vue d'être admises à procéder aux désignations mentionnées au premier alinéa du présent article, les organisations mentionnées au présent article présentent une candidature dans les conditions et selon les modalités prévues pour l'application de l'article L. 2152-5 du code du travail et sous réserve du présent article. Elles déclarent le nombre, attesté par un commissaire aux comptes, de travailleurs indépendants adhérents à leur organisation l'année précédente et justifient de leur influence au sens du premier alinéa du présent article. Les organisations qui sont candidates pour l'établissement de leur représentativité simultanément en application du présent article et en application de l'article L. 2152-4 du même code présentent une déclaration unique.

« La liste des organisations admises à présenter des membres est établie pour une période qui s'achève à la fin de l'année au cours de laquelle est établie de nouveau la représentativité des organisations professionnelles d'employeurs en application de l'article L. 2152-6 dudit code.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article. Il précise la règle permettant de déterminer, en fonction de leurs audiences respectives, le nombre de membres 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 du présent code. » ;

6° Le chapitre III du titre I<sup>er</sup> du livre VI est ainsi modifié :

a) L'intitulé est ainsi rédigé : « Dispositions relatives au financement communes à l'ensemble des indépendants » ;

b) L'intitulé de la section 1 est ainsi rédigé : « Cotisations d'allocations familiales » ;

c) Les divisions et intitulés des sous-sections 1 à 5 de la même section 1 sont supprimés ;

d) L'intitulé de la section 2 est ainsi rédigé : « Modernisation et simplification des formalités » ;

e) Les divisions et intitulés des sous-sections 1 à 3 de la même section 2 sont supprimés ;

f) La même section 2 comprend les articles L. 613-2 à L. 613-6 tels qu'ils résultent des 7° à 11° du présent II ;

7° L'article L. 133-5-2 devient l'article L. 613-2 ;

8° Au début du deuxième alinéa de l'article L. 133-6-7, qui devient l'article L. 613-3, les mots : « Les personnes exerçant une activité non salariée non agricole mentionnées » sont remplacés par les mots : « Les travailleurs indépendants mentionnés » ;

9° À la fin de la première phrase du premier alinéa de l'article L. 133-6-7-1, qui devient l'article L. 613-4, les mots : « au régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « à la sécurité sociale » ;

10° L'article L. 133-6-7-2, qui devient l'article L. 613-5, est ainsi modifié :

a) Au I, les mots : « non agricoles » sont supprimés ;

b) À la fin du 1° du III, la référence : « du I de l'article L. 613-7-1 » est remplacée par la référence : « de l'article L. 613-9 » ;

11° L'article L. 133-6-7-3 dans sa rédaction résultant de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 devient l'article L. 613-6 ;

12° La section 3 du chapitre III du titre I<sup>er</sup> du livre VI est ainsi modifiée :

a) L'intitulé est ainsi rédigé : « Dispositions diverses » ;

b) Les divisions et intitulés des sous-sections 1 et 2 sont supprimés ;

c) Elle comprend l'article L. 613-9 tel qu'il résulte du 13° du présent II ;

13° À l'article L. 131-6-3, qui devient l'article L. 613-9, les mots : « 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 des articles L. 612-13 et L. 633-10 » sont remplacés par les mots : « la part des travailleurs indépendants effectuée dans des conditions fixées par décret, les montants minimaux de cotisations prévus aux articles L. 621-1 et L. 633-1 » et la référence : « L. 635-5 » est remplacée par la référence : « L. 632-1 » ;

14° Il est rétabli un chapitre V du titre I<sup>er</sup> du livre VI, intitulé : « Contrôle et sanctions » et comprenant les articles L. 615-1 à L. 615-5 tels qu'ils résultent des 15° à 19° du présent II ;

15° L'article L. 652-7 devient l'article L. 615-1 ;

16° L'article L. 637-1, qui devient l'article L. 615-2, est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « personnes », sont insérés les mots : « mentionnées à l'article L. 611-1 » et la référence : « L. 652-7 » est remplacée par la référence : « L. 615-1 » ;

b) Le dernier alinéa est supprimé ;

17° L'article L. 637-2 devient l'article L. 615-3 ;

18° L'article L. 652-4 devient l'article L. 615-4 et son premier alinéa est ainsi modifié :

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

b) Les mots : « institué par le présent livre et » sont supprimés ;

c) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les contrats d'assurance complémentaire en matière de santé. » ;

19° Il est rétabli 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. » ;

20° L'intitulé du titre II du livre VI est ainsi rédigé : « Assurance maladie, maternité » ;

21° Le chapitre I<sup>er</sup> du même titre II est ainsi rédigé :

« CHAPITRE I<sup>ER</sup>

« 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 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 du présent article 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 conduire à l'application d'un taux inférieur à celui fixé à l'article L. 621-2.

« Art. L. 621-2. – Les travailleurs indépendants qui n'entrent pas dans le champ de l'article L. 622-1 sont redevables pour la couverture des risques 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 alinéa de l'article L. 621-1. » ;

22° Le chapitre II du même titre II est ainsi modifié :

a) L'intitulé est ainsi rédigé : « Prestations maladie en espèces » ;

b) Il comprend l'article L. 622-1 tel qu'il résulte du c du présent 22° et les articles L. 622-2 et L. 622-3 tels qu'ils résultent des 23° et 24° du présent II ;

c) L'article L. 622-1 est ainsi rédigé :

« 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, L. 321-2, L. 323-1, L. 323-3, L. 323-3-1, L. 323-6 et L. 323-7. » ;

23° L'article L. 613-20, qui devient l'article L. 622-2, est ainsi modifié :

a) 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 précité et des sections professionnelles correspondantes mentionnées à l'article L. 641-1 ou, s'agissant des avocats, du conseil d'administration de la Caisse nationale des barreaux français. L'équilibre financier est assuré dans le cadre des catégories professionnelles correspondantes. » ;

b) 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. » ;

c) À la fin du 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 » ;

d) Il est ajouté 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. » ;

24° L'article L. 613-8 devient l'article L. 622-3 ;

25° Le chapitre III du même titre II est ainsi modifié :

a) L'intitulé est ainsi rédigé : « Assurance maternité » ;

b) La division et l'intitulé de la section 1 sont supprimés ;

c) Il comprend les articles L. 623-1 à L. 623-5 tels qu'ils résultent des 26° à 30° du présent II ;

26° Au premier alinéa et à la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 613-19, qui devient l'article L. 623-1, les mots : « régime institué par le » sont supprimés ;

27° L'article L. 613-19-1 devient l'article L. 623-2 et est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence : « L. 613-1 » est remplacée par la référence : « L. 611-1 » et les mots : « régime institué par le » sont supprimés ;

b) À la fin du deuxième alinéa, la référence : « L. 613-19 » est remplacée par la référence : « L. 623-1 » ;

28° L'article L. 613-19-2 devient l'article L. 623-3 et est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « régime institué au » sont supprimés et, à la fin, la référence : « L. 613-19 » est remplacée par la référence : « L. 623-1 » ;

b) Au deuxième alinéa, la référence : « L. 613-19-1 » est remplacée par la référence : « L. 623-2 » ;

29° Le premier alinéa de l'article L. 613-19-3, qui devient l'article L. 623-4, est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « du régime d'assurance » sont remplacés par les mots : « de l'assurance » et, à la fin, la référence : « L. 613-8 » est remplacée par la référence : « L. 622-3 » ;

b) À la seconde phrase, les références : « L. 613-19 et L. 613-19-1 » sont remplacées par les références : « L. 623-1 et L. 623-2 » ;

30° À l'article L. 613-21, qui devient l'article L. 623-5, les références : « L. 217-1, L. 160-11, » et les mots : « et organismes » sont supprimés ;

31° L'intitulé du titre III du livre VI est ainsi rédigé : « Assurance invalidité et assurance vieillesse » ;

32° Au début du même titre III, il est inséré un chapitre I<sup>er</sup> ainsi rédigé :

« CHAPITRE I<sup>ER</sup>

« *Champ d'application*

« *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. » ;

33° Le chapitre II du même titre III est ainsi modifié :

a) L'intitulé est ainsi rédigé : « Assurance invalidité et décès » ;

b) Il comprend les articles L. 632-1 à L. 632-3 tels qu'ils résultent des 34° à 36° du présent II ;

34° À l'article L. 635-5, qui devient l'article L. 632-1, les cinq premiers alinéas sont remplacés par deux alinéas ainsi rédigés :

« Le régime invalidité-décès des personnes mentionnées à l'article L. 631-1 attribue aux personnes affiliées une pension en cas d'invalidité totale ou partielle, médicalement constatée par le service du contrôle médical des caisses d'assurance maladie auxquelles elles sont rattachées.

« La première phrase du premier alinéa et le deuxième alinéa de l'article L. 341-15 ainsi que l'article L. 341-16 sont applicables aux personnes mentionnées au premier alinéa du présent article. » ;

35° Après l'article L. 632-1, tel qu'il résulte du 34° du présent II, il est inséré un article L. 632-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 632-2.* – 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. » ;

36° À l'article L. 635-6, qui devient l'article L. 632-3, les mots : « de la caisse nationale compétente » sont remplacés par les mots : « du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants » ;

37° Le chapitre III du même titre III est ainsi modifié :

a) L'intitulé est ainsi rédigé : « Cotisations d'assurance vieillesse » ;

b) La division et l'intitulé de la section 2 sont supprimés ;

c) L'article L. 633-10, qui devient l'article L. 633-1, 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 » ;

d) À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 633-11, les mots : « par le régime prévu au titre I<sup>er</sup> du présent livre » sont remplacés par les mots : « au titre de l'assurance vieillesse prévue par les dispositions du présent titre » ;

38° Le chapitre IV du même titre III est ainsi modifié :

a) L'intitulé est ainsi rédigé : « Prestations d'assurance vieillesse » ;

b) L'article L. 634-2 est ainsi modifié :

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

« Sous réserve des dispositions du présent chapitre et sous réserve d'adaptation par décret, les prestations d'assurance vieillesse de base dont bénéficient les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 631-1 sont calculées, liquidées et servies dans les conditions définies aux chapitres I<sup>er</sup> à V du titre V du livre III, à l'exception des dispositions prévues au dernier alinéa de l'article L. 351-1 et à l'article L. 351-14.

« Pour l'application du premier alinéa du présent article, les mots : “salaire annuel de base” sont remplacés par les mots : “revenu annuel moyen”. » ;

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

c) L'article L. 634-2-1 est ainsi modifié :

– au premier alinéa des I et II, les mots : « non salariée artisanale, industrielle ou commerciale » sont remplacés par les mots : « relevant du champ de l'article L. 631-1 » ;

– au a du II, les mots : « du régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « des travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 631-1 » et la deuxième occurrence du mot : « régime » est remplacée par le mot : « titre » ;

– au dernier alinéa du même II, les références : « , L. 634-3-2 et L. 634-3-3 » sont supprimées ;

d) L'article L. 634-3-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 634-3-1.* – Les articles L. 351-15 et L. 351-16 sont applicables aux prestations mentionnées à l'article L. 634-3. » ;

e) Au premier alinéa de l'article L. 634-6, les mots : « l'assuré d'une activité relevant de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants et » sont remplacés par les mots : « les travailleurs mentionnés à l'article L. 631-1 d'une activité indépendante relevant du champ du même article L. 631-1 » ;

39° Le chapitre V du même titre III est ainsi modifié :

a) L'intitulé est ainsi rédigé : « Assurance vieillesse complémentaire » ;

b) Les divisions et intitulés des sections 1 et 2 sont supprimés ;

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

– le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Les personnes mentionnées à l'article L. 631-1, y compris lorsque l'adhésion s'effectue à titre volontaire ou en vertu du bénéfice d'une pension d'invalidité, bénéficient d'un régime de retraite complémentaire obligatoire auquel elles sont d'office affiliées. » ;

– au début du 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 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. » ;

– à la seconde phrase du dernier alinéa, les mots : « le conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des » sont remplacés par les mots : « le Conseil de la protection sociale des travailleurs » ;

d) L'article L. 635-4 est ainsi modifié :

– à la fin de la première phrase, les mots : « du régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « prévu au présent chapitre » ;

– à la seconde phrase, les mots : « de la Caisse nationale du régime social des » sont remplacés par les mots : « du Conseil de la protection sociale des travailleurs » ;

e) Il est ajouté un article L. 635-4-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 635-4-1.* – Le service des prestations mentionnées au présent chapitre 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. 215-1 et L. 752-4. » ;

40° Le titre IV du livre VI est ainsi modifié :

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

– le 1° est complété par les mots : « , psychothérapeute, psychologue, ergothérapeute, ostéopathe, chiropracteur, diététicien » ;

– 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 » ;

– le 3° est remplacé par des 3° à 8° ainsi rédigés :

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

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

« 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° Guide de haute montagne ;

« 8° Accompagnateur de moyenne montagne. » ;

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

« Les articles L. 216-1 et L. 231-5, le 1° de l'article L. 231-6-1 et les articles L. 231-12, 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<sup>er</sup> est complété par une section 3 intitulée : « Contrôle et sanctions » et comprenant l'article L. 641-8 tel qu'il résulte du 41° du présent II ;

41° L'article L. 652-6 devient l'article L. 641-8 et, à son premier alinéa, les mots : « non agricoles » sont supprimés et le mot : « livre » est remplacé par le mot : « titre » ;

42° La section 2 du chapitre II du titre IV du livre VI 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. » ;

43° L'article L. 133-6-10, qui devient l'article L. 643-1 A, est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence : « L. 133-6-9 » est remplacée par la référence : « L. 243-6-3 » ;

b) Le second alinéa est supprimé ;

44° La section 1 du chapitre III du titre IV du livre VI comprend l'article L. 643-1 A tel qu'il résulte du 43° du présent II ;

45° La section 4 du même 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. » ;

46° Le livre VI est complété par un titre VI intitulé : « Dispositions applicables aux conjoints collaborateurs » et comprenant un chapitre unique, intitulé : « Affiliation » et comprenant l'article L. 661-1 tel qu'il résulte du 47° du présent II ;

47° À l'article L. 622-8, qui devient l'article L. 661-1, les mots : « au régime d'assurance vieillesse auquel » sont remplacés par les mots : « aux régimes d'assurance vieillesse et invalidité-décès auxquels » ;

48° Le livre VI est complété par un titre VII ainsi rédigé :

« *TITRE VII*

« *DISPOSITIONS D'APPLICATION*

« *Art. L. 671-1.* – Des dispositions réglementaires déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent livre. Sauf disposition contraire, elles sont prises par décret en Conseil d'État. »

III. – A. – La seconde phrase du deuxième alinéa et les deux dernières phrases du troisième 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. – Le code de la sécurité sociale tel qu'il résulte du XV du présent article est ainsi modifié :

1° L'article L. 161-8 est ainsi rédigé :

« *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 de l'article L. 5411-1 du code du travail. » ;

2° Au premier alinéa de 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° Le chapitre I<sup>er</sup> du titre VII du livre I<sup>er</sup> est ainsi modifié :

a) L'intitulé est ainsi rédigé : « Dispositions générales » ;

b) La division et l'intitulé de la section 1 sont supprimés ;

4° Après l'article L. 171-2, il est inséré un article L. 171-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 171-2-1.* – Les personnes exerçant simultanément plusieurs activités sont affiliées et cotisent simultanément aux régimes dont relèvent ces activités. » ;

5° L'article L. 171-3 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 171-3.* – Par dérogation à l'article L. 171-2-1, 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 aux régimes dont relèvent ces activités. » ;

6° Après l'article L. 171-6, il est inséré un article L. 171-6-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 171-6-1.* – Les personnes exerçant simultanément plusieurs activités professionnelles indépendantes 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 continuent 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. » ;

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

8° L'article L. 172-2 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 172-2.* – La coordination entre régimes pour l'indemnisation en cas de maladie ou de 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 au premier alinéa du présent article et que le versement de l'indemnisation en cas de maladie ou de 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 durée 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° Au premier alinéa de 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 la fin du 4° de 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° Au deuxième alinéa du I de l'article L. 114-23, les mots : « , de la Caisse nationale du régime social des indépendants » sont supprimés, au 3° du même I, la référence : « et L. 611-1 » est supprimée et, au III du même article L. 114-23, les références : « aux articles L. 227-1 et L. 611-7 » sont remplacées par la référence : « à l'article L. 227-1 » ;

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

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

6° Au premier alinéa de 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° À l'article L. 133-1-4, qui devient l'article L. 133-4-11, les mots : « du régime social des indépendants » sont supprimés ;

9° La section 3 du chapitre III du titre III du livre I<sup>er</sup> est complétée par l'article L. 133-4-11 tel qu'il résulte du 8° du présent V ;

10° Le I de l'article L. 133-6-8 est ainsi modifié :

a) Au 1°, la référence : « deuxième alinéa des articles L. 612-13 et » est remplacée par les mots : « troisième alinéa de l'article L. 621-1, du deuxième alinéa de l'article » ;

b) Au cinquième alinéa, les mots : « à l'organisme mentionné à l'article L. 611-8 » sont remplacés par les mots : « aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 » ;

11° L'article L. 134-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Il est institué une compensation entre les régimes obligatoires d'assurance vieillesse de base comportant un effectif minimal. Pour les besoins de cette compensation, sont distinguées au sein du régime général les personnes mentionnées 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 mentionnées à l'article L. 611-1, d'autre part. » ;

b) La première phrase du deuxième alinéa est complétée par les mots : « au titre des droits propres » ;

12° L'article L. 134-3 est ainsi modifié :

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

b) Le 1° est abrogé, les 2° et 3° deviennent, respectivement, les 1° et 2° et, à l'avant-dernier alinéa, la référence : « 2° » est remplacée par la référence : « 1° » ;

13° Le 1° de l'article L. 134-4 est abrogé et les 2°, 3° et 4° du même article L. 134-4 deviennent, respectivement, les 1°, 2° et 3° ;

14 Au 3° de 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 » ;

15° Au deuxième alinéa du I de 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 » ;

16° Au premier alinéa de l'article L. 136-3, les mots : « ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8 » sont supprimés ;

17° Au deuxième alinéa du I de l'article L. 136-5, les mots : « conformément aux dispositions prévues aux articles L. 133-1-1 à L. 13-1-6, en même temps que les cotisations d'allocations familiales des travailleurs indépendants non agricoles et » sont supprimés et, à la fin, sont ajoutés les mots : « dues par ces personnes » ;

18° Au premier alinéa de l'article L. 161-15-4, les mots : « des dispositions du dernier alinéa » sont supprimés ;

19° Au 2° de l'article L. 168-7, les références : « L. 613-19 à L. 613-19-2 » sont remplacées par les références : « L. 623-1 à L. 623-3 » ;

20° Le début du premier alinéa de l'article L. 173-2 est ainsi rédigé : « Dans le cas où l'assuré a relevé du régime général de sécurité sociale, du régime des salariés agricoles ou du régime social des indépendants et lorsqu'il... (*le reste sans changement*). » ;

21° À l'article L. 173-7, la référence : « , L. 634-2-2 » et les références : « , L. 634-3-2 et L. 634-3-3 » sont supprimées ;

22° L'article L. 182-2-2 est ainsi modifié :

a) Au quatrième alinéa, les mots : « le conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « l'assemblée générale du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants » ;

b) Le neuvième alinéa est supprimé ;

23° À la fin du premier alinéa du I de l'article L. 182-2-4, les mots : « , sur mandat du collège des directeurs » sont supprimés ;

24° À l'article L. 182-2-6, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « deux » ;

25° Au premier alinéa du I de l'article L. 241-2, les mots : « des travailleurs salariés » sont supprimés ;

26° À la première phrase du premier alinéa du I de l'article L. 243-6-3, après le mot : « 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 » ;

27° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 243-7, les mots : « et, dans le respect des dispositions prévues à l'article L. 133-1-3 » sont supprimés ;

28° Au 35° de l'article L. 311-3, la référence : « L. 613-1 » est remplacée par la référence : « L. 611-1 » ;

29° Au premier alinéa de l'article L. 341-14-1, les références : « , L. 634-3-2 ou L. 634-3-3 » sont supprimées ;

30° À la première phrase du IX de l'article L. 351-4, les références : « des articles L. 351-1-1 et L. 634-3-2 » sont remplacées par la référence : « de l'article L. 351-1-1 » ;

31° Au second alinéa du II de l'article L. 351-6-1, les références : « des articles L. 351-1-1 et L. 634-3-2 » sont remplacées par la référence : « de l'article L. 351-1-1 » ;

32° L'article L. 351-15 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « travail », sont insérés les mots : « ou qui justifie d'une activité relevant du champ de l'article L. 631-1 exercée à titre exclusif dans des conditions fixées par décret et relatives, notamment, à la diminution des revenus professionnels » ;

b) Au quatrième alinéa, les mots : « le régime social des indépendants, » sont supprimés ;

33° Au cinquième alinéa de l'article L. 381-1, la référence : « L. 622-8 » est remplacée par la référence : « L. 661-1 » ;

34° Au second alinéa de l'article L. 634-3, la référence : « L. 634-5 » est remplacée par la référence : « L. 161-25 » ;

35° À l'intitulé du chapitre II du titre II du livre VII, le mot : « maladie, » est supprimé et, à l'intitulé de la section 2 du même chapitre II, le mot : « Financement – » est supprimé ;

36° L'article L. 722-1-1 est ainsi modifié :

a) À la fin du premier alinéa, les mots : « être affiliés au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants non agricoles » sont remplacés par les mots : « ne pas être affiliés au régime institué par le présent chapitre » ;

b) Au début du deuxième alinéa, les mots : « Le choix pour ces médecins entre l'un ou l'autre régime » sont remplacés par les mots : « Cette option » ;

c) Au dernier alinéa, les mots : « être affiliés au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants des professions non agricoles » sont remplacés par les mots : « ne pas être affiliés au régime institué par le présent chapitre » ;

37° Le premier alinéa de l'article L. 612-3, qui devient l'article L. 722-4, est ainsi rédigé :

« 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 % . » ;

38° À l'article L. 722-5, la référence : « L. 133-6-7-2 » est remplacée par la référence : « L. 613-5 » et les mots : « des cotisations prévues » sont remplacés par les mots : « de la contribution prévue » ;

39° Au premier alinéa de l'article L. 722-6, le mot : « maladie, » est supprimé et les mots : « par le 1° de l'article L. 160-8 et par les articles L. 160-9 et » sont remplacés par les mots : « à l'article » ;

40° À la fin de 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 » ;

41° À l'article L. 723-6-2, la référence : « L. 652-6 » est remplacée par la référence : « L. 641-8 » ;

42° L'article L. 742-6 est ainsi modifié :

a) À la fin du premier alinéa, le mot : « non-salariés » est remplacé par les mots : « indépendants relevant du livre VI du présent code » ;

b) Au 1°, 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) Au 2°, les mots : « ayant valu affiliation au régime mentionné à l'article L. 613-1 » sont remplacés par les mots : « relevant de l'article L. 611-1 » ;

d) Au 3°, 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) À la fin du 4°, 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) Au 5°, 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 » ;

43° Au premier alinéa de l'article L. 742-7, la référence : « L. 634-2-2 » est remplacée par la référence : « L. 351-14-1 », la référence : « 2° de l'article L. 611-1 » est remplacée par les mots : « livre VI, à l'exception des activités mentionnées aux articles L. 640-1 et L. 723-1 » et, à la fin, sont ajoutés les mots : « , ou par référence à celles dues en application de l'article L. 723-10-3 si elles exercent une activité professionnelle énumérée à l'article L. 723-1 » ;

44° Au troisième alinéa de l'article L. 752-1, la référence : « , L. 611-2 » est supprimée ;

45° 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 et maternité et, par délégation du conseil mentionné à l'article L. 612-1, des risques invalidité et décès ; »

b) Le a du 3° est ainsi rédigé :

« 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 ; »

46° L'article L. 756-5 est ainsi modifié :

a) À la fin du I, la référence : « L. 612-4 » est remplacée par la référence : « L. 621-1 » ;

b) Au II, 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 ;

47° À la seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 766-2, après le mot : « vieillesse », sont insérés les mots : « des travailleurs indépendants » ;

48° Au troisième alinéa de l'article L. 961-1, la référence : « L. 611-2, » est supprimée.

VI. – Au 1° de l'article L. 144-1 du code des assurances, la référence : « L. 652-4 » est remplacée par la référence : « L. 615-4 ».

VII. – L'article L. 442-6 du code des assurances est abrogé.

VIII. – La section II du chapitre I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> de la première partie du livre I<sup>er</sup> du code général des impôts est ainsi modifiée :

1° Au premier alinéa du IV de l'article 151-0, les mots : « à l'organisme mentionné à l'article L. 611-8 » sont remplacés par les mots : « aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 » ;

2° Au premier alinéa de l'article 154 *bis*, les références : « L. 633-11, L. 634-2-2 » sont remplacées par les références : « L. 351-14-1, L. 633-11 » ;

3° Le 10° du II de l'article 156 est ainsi rédigé :

« 10° Les cotisations mentionnées aux articles L. 621-1 et L. 622-2 du code de la sécurité sociale ; ».

IX. – À l'article L. 732-22 du code rural et de la pêche maritime, la référence : « L. 622-1 » est remplacée par la référence : « L. 171-6-1 ».

X. – Après le mot : « cotisations », la fin de la première phrase du premier alinéa de l'article L. 6331-51 du code du travail est ainsi rédigée : « du régime général dues par les assujettis concernés. »

XI. – Au 2° de l'article L. 8221-3 du code du travail, la référence : « L. 133-6-7-1 » est remplacée par la référence : « L. 613-4 ».

XII. – Le dernier alinéa de l'article L. 5553-5 du code des transports est ainsi rédigé :

« Le montant des salaires forfaitaires est révisé au 1<sup>er</sup> avril de chaque année en application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale. »

XIII. – Le 4° de l'article L. 97 du livre des procédures fiscales est abrogé.

XIV. – Au premier alinéa du XVI de l'article 50 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, les mots : « d'affiliations induits par les X » sont remplacés par les mots : « induits par le 8° du XVI de l'article 15 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2018 ».

XV. – Sont abrogés ou supprimés :

1° La division et l'intitulé de la section 2 du chapitre III du titre III du livre I<sup>er</sup> 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° La division et l'intitulé des sections 2 *bis* et 2 *quater* du chapitre III *bis* du titre III du livre I<sup>er</sup> du même code ;

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

5° La division et l'intitulé de la section 5 du chapitre II du titre IV du livre II du même code ;

6° Les articles L. 611-1 à L. 611-19 du même code ;

7° Les articles L. 612-7 à L. 612-13, L. 613-2, L. 613-4, L. 613-9, L. 613-12 à L. 613-14, L. 613-22 et L. 613-23 du même code ;

8° La division et l'intitulé de la section 4 du chapitre III du titre I<sup>er</sup> 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, L. 634-2-2 et L. 634-3-2 à L. 634-5 du même code ;

10° La division et l'intitulé du chapitre VII du titre III du livre VI du même code ;

11° Les articles 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.

XVI. – Le présent article entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2018, sous réserve des dispositions suivantes :

1° À compter du 1<sup>er</sup> 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.

Ce comité 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 XVI.

Il est notamment chargé de proposer un schéma de transformation, qui préfigure le schéma devant être mis en place dans le cadre des dispositions mentionnées à l'article L. 233-1 du même code. Ce schéma de transformation a pour objet d'organiser la continuité des missions assurées par l'ensemble des organismes de sécurité sociale au bénéfice des travailleurs indépendants entre le 1<sup>er</sup> janvier 2018 et le 31 décembre 2019, de préciser le calendrier et les modalités de transfert, au cours de cette période, des activités correspondantes aux organismes du régime général, ainsi que le calendrier et les modalités d'intégration des personnels des caisses mentionnées au premier alinéa du 2° du présent XVI au sein des organismes du régime général. Ce schéma de transformation est approuvé dans les mêmes conditions que celui mentionné au même article L. 233-1.

Dans l'hypothèse où les directeurs des organismes mentionnés au deuxième alinéa du présent 1° ne parviennent pas à s'accorder sur le schéma de transformation mentionné au troisième alinéa du présent 1° avant le 1<sup>er</sup> avril 2018, le schéma est arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 et jusqu'au 31 décembre 2020, est institué, auprès des ministres en charge de la sécurité sociale et du budget qui en nomment le président, un comité de surveillance chargé de valider chacune des étapes de déploiement de la réforme, particulièrement lorsqu'elles s'accompagnent de transferts de personnels ou qu'elles concernent les mises en production de nouveaux outils informatiques.

Pour l'accomplissement de sa mission, le comité de surveillance peut demander la réalisation de missions de contrôles par les membres de l'inspection générale des finances ou de l'inspection générale des affaires sociales ;

2° À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018, la Caisse nationale du régime social des indépendants et les caisses de base du régime social des indépendants prennent la dénomination, respectivement, 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 de transformation mentionné au 1° du présent XVI, 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 de transformation mentionné au même 1° n'est pas approuvé ou arrêté, elles exercent la totalité de ces mêmes missions.

Sans préjudice de l'article L. 122-1 du code de la sécurité sociale, les directeurs des caisses déléguées peuvent signer tous actes nécessaires à l'accomplissement des missions afférentes au service des prestations et au recouvrement des cotisations qui leur échoient en application du deuxième alinéa du présent 2°. Ils peuvent également donner délégation à certains agents de leur caisse pour signer, dans la limite des attributions qui leur sont confiées, tous actes relatifs à ces mêmes missions. Les organismes du

régime général concernés sont destinataires de la liste des agents ayant reçu délégation et du périmètre des attributions qui leur sont confiées.

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 même code du fait du I du présent article, les missions mentionnées à l'article L. 611-4 dudit code, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, à l'exception du 1° du même article L. 611-4 et elle demeure régie par les articles L. 611-5 à L. 611-7 du même code dans leur rédaction antérieure à la présente loi.

Les caisses locales déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants restent régies par les articles L. 114-16-3, L. 151-1 et L. 611-9 à L. 611-13, les premier, troisième et quatrième alinéas de l'article L. 611-14, les articles L. 611-15, L. 611-16, les articles mentionnés à l'article L. 611-17 à l'exception de l'article L. 243-3 ainsi que par l'article L. 611-18 du même code dans leur rédaction antérieure à la présente loi et sous réserve des dispositions du présent article.

Le 1° des articles L. 134-3 et L. 134-4 du même code, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, demeure applicable jusqu'au 31 décembre 2019 en ce qui concerne les charges et produits de gestion administrative des caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants.

L'article L. 133-1-5 du même code demeure applicable jusqu'au 31 décembre 2018.

Le 35° et le e du 39° du II du présent article entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

Les caisses mentionnées au présent 2° sont dissoutes le 1<sup>er</sup> janvier 2020 ;

3° Le c du 5°, le 6° et le d du 10° du I et le 5° du II entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2019.

Un décret détermine la liste des organisations procédant aux premières désignations effectuées en application des 1° et 2° de l'article L. 612-3 du code de la sécurité sociale et du premier alinéa de l'article L. 612-4 du même code ainsi que le nombre de membres que chaque organisation peut désigner pour siéger au sein de l'assemblée générale et des instances mentionnées aux mêmes articles L. 612-3 et L. 612-4. Au plus tard le 30 juin 2018, les organisations candidates pour figurer sur cette liste transmettent à l'autorité compétente, selon des modalités fixées par arrêté

des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, tout élément justifiant leur représentativité au regard des critères mentionnés au premier alinéa de l'article L. 612-6 dudit code. Par dérogation aux dispositions mentionnées au deuxième alinéa du même article L. 612-6 et à titre transitoire, le critère d'audience mentionné audit article L. 612-6 est apprécié en fonction des éléments disponibles, relatifs à leurs différents adhérents, communiqués par ces organisations.

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019 et jusqu'à la dissolution des caisses mentionnées au 2<sup>o</sup> du présent XVI, 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 même 2<sup>o</sup> et des caisses locales mentionnées audit 2<sup>o</sup> 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 visées, respectivement, la caisse nationale et les caisses locales déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants ;

4<sup>o</sup> Sont transférés de plein droit :

a) Au 1<sup>er</sup> 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 et les autorisations de prélèvement et de versement données aux caisses du régime social des indépendants. Ces dispositions s'appliquent sans préjudice de l'exercice des activités mentionnées au deuxième alinéa du 2<sup>o</sup> du présent XVI 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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 taxes 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 de transformation mentionné au 1° du présent XVI, 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 le 1<sup>er</sup> 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 au premier alinéa du présent 5°. 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 le comité de surveillance mentionné au dernier alinéa du 1° du présent XVI des conclusions auxquelles sont parvenus 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 présent 5°. Un décret, pris sur proposition du même comité de surveillance, 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 la section I du chapitre III du titre II du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale dans sa 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 qui respectent les critères fixés à l'article L. 2121-1 du code du travail, 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 lesquels leurs contrats de travail sont transférés.

Ces accords sont conclus dans les conditions fixées à l'article L. 2232-6 du même code. Toutefois, en ce qui concerne ceux conclus en application de l'article L. 123-2 du code de la sécurité sociale, assiste à la négociation 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 au plus tard jusqu'au 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 ;

7° Le III entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2019.

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

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 avant le 1<sup>er</sup> 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 au plus tard jusqu'au 31 décembre 2020.

L'ensemble des droits et obligations des organismes délégataires mentionnés au troisième alinéa du présent 7<sup>o</sup>, 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 au même troisième alinéa. Ces transferts ne donnent pas lieu à la perception de droits, impôts ou taxes de quelque nature que ce soit.

Le préjudice susceptible de résulter, pour les organismes délégataires de l'absence de renouvellement des conventions mentionnés au troisième alinéa du présent 7<sup>o</sup> 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<sup>o</sup> L'article L. 640-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant du présent article s'applique aux travailleurs indépendants créant leur activité :

a) À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018, pour ceux qui relèvent de l'article L. 133-6-8 du même code ;

b) À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019, pour ceux ne relevant pas du même article L. 133-6-8.

Les travailleurs indépendants des professions libérales ne relevant pas de l'article L. 640-1 du même code et affiliés avant le 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2019 et le 31 décembre 2023, à être affiliés à l'assurance vieillesse prévue au titre III du livre VI dudit code.

Cette nouvelle affiliation prend effet le 1<sup>er</sup> 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 même code 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<sup>o</sup> peuvent bénéficier, à leur demande, de taux spécifiques pour le calcul des cotisations prévues à l'article L. 635-1 du même code.

Ces taux spécifiques tiennent compte des différences existant entre les montants totaux des cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants selon qu'ils relèvent ou non des dispositions de l'article L. 640-1 du même code. Ces taux spécifiques sont fixés par décret pris après avis du conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants.

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 même code sont liquidés par les caisses mentionnées aux articles 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 par 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 même code. 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 même code sont convertis dans le régime complémentaire mentionné à l'article L. 635-1 du même code.

Un décret détermine les règles applicables à 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 XVI sont précisées, en tant que de besoin et sauf dispositions contraires, par décret en Conseil d'État.

XVII. – Jusqu'au 30 juin 2019, à titre expérimental et par dérogation au deuxième alinéa de l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale, les organismes mentionnés 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 de 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.

L'organisme mentionné à l'article L. 225-1 du même code propose au Gouvernement, à l'échéance de l'expérimentation mentionnée au présent XVII, les pistes d'amélioration de son offre de services en matière de recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants.

Un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement au terme de l'expérimentation et de la mission de réflexion mentionnées au présent XVII et transmis au Parlement. Il précise les propositions retenues par le Gouvernement en matière de simplification du calcul de l'assiette des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants.

Les deux dernières phrases de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 131-6-2 du même code et le second alinéa de l'article L. 731-22 du code rural et de la pêche maritime ne sont pas applicables aux cotisations et contributions dues au titre des exercices 2018 et 2019.

XVIII. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution et dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi, le

Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances les mesures relevant du domaine de la loi visant à modifier toute disposition législative, afin d'assurer la cohérence des textes au regard des dispositions du présent article et le respect de la hiérarchie des normes, de regrouper les dispositions qui le justifient dans le livre VI du code de la sécurité sociale et d'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.

## **Article 16**

I. – Les employeurs installés dans les collectivités d'outre-mer de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy et y exerçant leur activité au 5 septembre 2017 peuvent demander, avant le 30 avril 2018, à l'organisme de sécurité sociale dont ils relèvent un sursis à poursuites pour le règlement de leurs cotisations et contributions sociales patronales dues auprès de cet organisme au titre des périodes postérieures au 1<sup>er</sup> août 2017, ainsi que des majorations de retard et pénalités y afférentes.

Cette demande entraîne immédiatement et de plein droit, jusqu'au 31 octobre 2018, la suspension des poursuites afférentes auxdites créances ainsi que la suspension du calcul des pénalités et majorations de retard afférentes.

Les obligations déclaratives doivent continuer à être souscrites aux dates en vigueur. Toutefois, jusqu'au 31 décembre 2017, les pénalités ne sont pas applicables en cas de retard de déclaration.

II. – Durant le délai compris entre l'exercice de la demande et le terme du sursis à poursuite, un plan d'apurement est conclu entre l'employeur et l'organisme mentionné au premier alinéa du I. Ce plan entre en vigueur au plus tard le 1<sup>er</sup> novembre 2018. Cette date pourra cependant être reportée, dans des conditions fixées par décret en tenant compte de l'évolution de la situation économique locale, jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2020.

Ce plan d'apurement est conclu pour une durée maximale de cinq ans. Il porte sur l'ensemble des dettes constatées à la date de sa conclusion, y compris celles antérieures au 1<sup>er</sup> août 2017.

Il peut prévoir l'abandon de la totalité des pénalités et majorations de retard pour les dettes apurées selon l'échéancier qu'il prévoit.

III. – Le plan peut comporter un abandon partiel des créances de cotisations et contributions sociales patronales dues au titre des rémunérations versées pendant la période comprise entre le 1<sup>er</sup> août 2017 et le 30 novembre 2018, dans la limite de 50 % des sommes dues, afin de tenir compte des événements climatiques survenus dans les collectivités d’outre-mer de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy entre le 5 et le 7 septembre 2017. Cet abandon de créances est accordé sous réserve, le cas échéant :

1° Du paiement préalable de la part salariale des cotisations et contributions sociales restant dues ou, à défaut, de leur inclusion dans le plan d’apurement ;

2° Du respect des échéances du plan d’apurement.

IV. – Les employeurs faisant face à des difficultés de paiement des cotisations et contributions sociales patronales dues au titre des périodes comprises entre la date de conclusion du plan et le 31 décembre 2018 peuvent en demander la modification pour que ces créances soient prises en compte dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités que celles prévues au II.

V. – L’entreprise qui bénéficie du sursis à poursuites prévu au I ou a souscrit et respecte un plan d’apurement prévu au II est considérée à jour de ses obligations de paiement des cotisations sociales.

VI. – L’entreprise ne peut bénéficier des dispositions du présent article lorsque l’entreprise ou le chef d’entreprise a été condamné en application des articles L. 8211-1, L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail au cours des cinq années précédant la demande mentionnée au I du présent article.

Toute condamnation de l’entreprise ou du chef d’entreprise pour les motifs mentionnés au premier alinéa du présent VI ou, après mise en demeure, le non-respect de l’échéancier du plan d’apurement ou le non-paiement des cotisations et contributions sociales dues postérieurement à la signature de ce plan entraîne sa caducité.

VII. – Le présent article s’applique aux entreprises et aux travailleurs indépendants, y compris dans les secteurs agricoles et maritimes, pour les cotisations et contributions sociales prévues par la loi.

Le présent article ne s’applique pas pour les sommes dues à la suite d’un contrôle prévu à l’article L. 243-7 du code de la sécurité sociale.

En cas de réduction partielle du montant des cotisations d'assurance vieillesse dans les conditions prévues au II du présent article, les droits sont minorés dans une proportion identique.

### CHAPITRE III

#### Dispositions relatives à la fiscalité comportementale

##### Article 17

I. – À compter du 1<sup>er</sup> mars 2018, l'article 575 A du code général des impôts est ainsi rédigé :

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

«	Groupe de produits	Taux proportionnel (en %)	Part spécifique (en euros)
	Cigarettes	50,8	59,9
	Cigares et cigarillos	26,9	24,7
	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 143 € 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<sup>er</sup> avril 2019, l'article 575 A du code général des impôts est ainsi rédigé :

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

«

<b>Groupe de produits</b>	<b>Taux proportionnel (en %)</b>	<b>Part spécifique (en euros)</b>
Cigarettes	51,7	61,1
Cigares et cigarillos	30,0	30,0
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 176 € 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<sup>er</sup> novembre 2019, l'article 575 A du code général des impôts est ainsi rédigé :

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

«

<b>Groupe de produits</b>	<b>Taux proportionnel (en %)</b>	<b>Part spécifique (en euros)</b>
Cigarettes	52,7	62,0
Cigares et cigarillos	32,3	35,3
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 205 € 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<sup>er</sup> avril 2020, l'article 575 A du code général des impôts est ainsi rédigé :

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

«

<b>Groupe de produits</b>	<b>Taux proportionnel</b> <i>(en %)</i>	<b>Part spécifique</b> <i>(en euros)</i>
Cigarettes	53,6	62,5
Cigares et cigarillos	34,3	41,5
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 237 € 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<sup>er</sup> novembre 2020, l'article 575 A du code général des impôts est ainsi rédigé :

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

<b>Groupe de produits</b>	<b>Taux proportionnel (en %)</b>	<b>Part spécifique (en euros)</b>
Cigarettes	54,6	62,7
Cigares et cigarillos	36,1	46
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 266 € 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<sup>er</sup> 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 budget. »

VI. – À compter du 1<sup>er</sup> mars 2018, le tableau du quatrième alinéa du I de l'article 575 E *bis* du code général des impôts est ainsi rédigé :

<b>Groupe de produits</b>	<b>Taux proportionnel (en %)</b>	<b>Part spécifique (en euros)</b>
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<sup>er</sup> avril 2019, le tableau du quatrième alinéa du I de l'article 575 E *bis* du code général des impôts est ainsi rédigé :

<b>Groupe de produits</b>	<b>Taux proportionnel (en %)</b>	<b>Part spécifique (en euros)</b>
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<sup>er</sup> novembre 2019, le tableau du quatrième alinéa du I de l'article 575 E *bis* du code général des impôts est ainsi rédigé :

<b>Groupe de produits</b>	<b>Taux proportionnel (en %)</b>	<b>Part spécifique (en euros)</b>
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<sup>er</sup> avril 2020, le tableau du quatrième alinéa du I de l'article 575 E *bis* du code général des impôts est ainsi rédigé :

<b>Groupe de produits</b>	<b>Taux proportionnel (en %)</b>	<b>Part spécifique (en euros)</b>
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<sup>er</sup> novembre 2020, le tableau du quatrième alinéa du I de l'article 575 E *bis* du code général des impôts est ainsi rédigé :

<b>Groupe de produits</b>	<b>Taux proportionnel (en %)</b>	<b>Part spécifique (en euros)</b>
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 18

I. – Le *I bis* de l'article 1010 du code général des impôts, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2016-1918 du 29 décembre 2016 de finances rectificative pour 2016, est ainsi modifié :

1° Le tableau du deuxième alinéa du *a* est ainsi rédigé :

«

<b>Taux d'émission de dioxyde de carbone</b> <i>(en grammes par kilomètre)</i>	<b>Tarif applicable</b> <b>par gramme de dioxyde</b> <b>de carbone</b> <i>(en euros)</i>
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 dernier alinéa du *b* est ainsi modifié :

*a)* Après la première occurrence des mots : « l'essence », sont insérés les mots : « ou au superéthanol E85 » ;

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

*c)* Le nombre : « 110 » est remplacé par le nombre : « 100 » ;

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

*e)* Est ajoutée 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 du deuxième alinéa du *c* est ainsi rédigé :

«

<b>Année de première</b> <b>mise en circulation du véhicule</b>	<i>(En euros)</i>	
	<b>Essence</b> <b>et assimilé</b>	<b>Diesel</b> <b>et assimilé</b>
Jusqu'au 31 décembre 2000	70	600
De 2001 à 2005	45	400
De 2006 à 2010	45	300
De 2011 à 2014	45	100
À compter de 2015	20	40

» ;

4° Au troisième alinéa du même *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<sup>er</sup> janvier 2018.

### Article 19

I. – Le 0 A de la section IV du chapitre II du titre III de la deuxième partie du livre I<sup>er</sup> du code général des impôts est ainsi modifié :

1° L’article 1613 *ter* est ainsi modifié :

a) Le II est ainsi rédigé :

« II. – Le tarif de la contribution mentionnée au I est le suivant :

«

<b>Quantité de sucre</b> <i>(en kg de sucres ajoutés par hl de boisson)</i>	<b>Tarif applicable</b> <i>(en euros par hl de boisson)</i>
Inférieure ou égale à 1	3,0
2	3,5
3	4,0
4	4,5
5	5,5
6	6,5
7	7,5
8	9,5
9	11,5
10	13,5
11	15,5
12	17,5
13	19,5
14	21,5
15	23,5

« Au delà de quinze kilogrammes de sucres ajoutés par hectolitre de boisson, le tarif applicable par kilogramme supplémentaire est fixé à 2 € par hectolitre de boisson.

« Pour le calcul de la quantité en kilogrammes de sucres ajoutés, celle-ci est arrondie à l’entier le plus proche. La fraction de sucre ajouté égale à 0,5 est comptée pour 1.

« Les tarifs mentionnés dans le tableau du deuxième alinéa et au troisième alinéa du présent II sont relevés au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, à compter du 1<sup>er</sup> 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*. » ;

b) Le V est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les redevables de la contribution tiennent à la disposition de l'administration des douanes tout document permettant d'identifier les quantités de sucres ajoutés à chaque produit. En l'absence de justificatif probant, il est fait application du tarif mentionné au troisième alinéa du II à la totalité de la quantité de sucres contenus dans le produit. » ;

c) Il est ajouté un VII ainsi rédigé :

« VII. – Un décret fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article. » ;

2° L'article 1613 *quater* est ainsi modifié :

a) À la fin du 2° du I, les mots : « et ne contenant pas de sucres ajoutés » sont supprimés ;

b) À la première phrase du premier alinéa du II, le montant : « 7,53 € » est remplacé par le montant : « 3 € ».

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

## CHAPITRE IV

### **Dispositions relatives aux recettes de la branche maladie**

#### **Article 20**

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

1° Le III de l'article L. 138-10 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « sont », la fin de la seconde phrase est ainsi rédigée : « répartis : » ;

b) Sont ajoutés des 1° et 2° ainsi rédigés :

« 1° Pour l'année au titre de laquelle la contribution est due, au prorata des montants remboursés pour ce médicament par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre, respectivement, des 1° et 2° du II ;

« 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 de 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 aux 1° et 2° du III dudit article L. 138-10 » ;

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 la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, ne peuvent faire l'objet de la régularisation prévue à l'article L. 138-15 du même code, dans cette même rédaction.

## **Article 21**

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.

Cette participation est due par chaque organisme mentionné au premier alinéa du présent I 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 dudit 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.

## **Article 22**

Les deux dernières phrases du deuxième alinéa de l'article L. 138-2 du code de la sécurité sociale sont ainsi rédigées : « Une troisième part est constituée, pour les spécialités autres que celles mentionnées aux deux dernières phrases du premier alinéa de l'article L. 138-9, de la fraction du chiffre d'affaires hors taxes réalisée par l'entreprise au cours de l'année civile correspondant, pour l'ensemble des unités vendues, à la différence entre le prix fabricant hors taxes, augmenté de la marge maximale mentionnée au second alinéa de l'article L. 138-1 et minoré des remises maximales autorisées à l'article L. 138-9 dans la limite de 3,75 € et le prix de vente hors taxes aux officines. Si cette différence est négative, cette troisième part est ramenée à zéro. »

## **CHAPITRE V**

### **Dispositions relatives à la modernisation de la branche recouvrement**

## **Article 23**

I. – La section 1 du chapitre II du titre VIII du livre III du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° Le dernier alinéa de l'article L. 382-1 est ainsi rédigé :

« 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. Ces commissions comprennent des représentants des organisations syndicales et professionnelles des artistes. En application de l'article L. 321-2 du code de la propriété intellectuelle, elles peuvent également comprendre des représentants des organismes de gestion collective. Le nombre des représentants des organisations syndicales et professionnelles des artistes et, le cas échéant, des organismes de gestion collective doit être supérieur à la moitié du nombre des membres de ces commissions. » ;

2° Le premier alinéa de l'article L. 382-2 est ainsi rédigé :

« 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 de l'agent comptable de ces organismes. » ;

3° 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. » ;

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

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

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

b) À la fin du second alinéa, le mot : « agréé » est remplacé par les mots : « mentionné au premier alinéa du présent article » ;

c) Il est ajouté 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 du présent article. » ;

6° L'article L. 382-6 est ainsi rédigé :

« *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 à l'avant-dernier 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. » ;

7° Le second alinéa de l'article L. 382-9 est supprimé ;

8° 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. – La sous-section 6 de la section 4 du chapitre I<sup>er</sup> 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) Au début, 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° À la deuxième phrase du 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 affecté au recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale sont transférés, sauf opposition du titulaire du contrat de travail concerné, 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. – Le présent article est applicable 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<sup>er</sup> janvier 2019, à l'exception du 5° 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 6° du I, qui entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

## **Article 24**

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

1° Le deuxième alinéa de l'article L. 160-17 est supprimé ;

2° L'article L. 160-18 est ainsi modifié :

a) Au 1°, les mots : « en contrat à durée indéterminée ou en contrat à durée déterminée lorsque la durée de ce dernier est supérieure à un seuil fixé » sont remplacés par les mots : « dont la durée ou la quotité de travail prévues par le contrat sont supérieures à des seuils fixés » ;

b) Au 3°, les mots : « ou de l'article L. 382-15 » sont supprimés ;

3° Le premier alinéa de l'article L. 172-1, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, est ainsi rédigé :

« Les organismes du régime général ou du régime des salariés agricoles assurent pour les salariés et assimilés qui leur sont rattachés le versement global des indemnités journalières maladie ou maternité dues, le cas échéant, au titre de ces deux régimes. »

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

1° Après le 14° de l'article L. 722-20, il est inséré un 14° *bis* ainsi rédigé :

« 14° *bis* Par dérogation au 32° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, les entrepreneurs salariés et les entrepreneurs salariés associés mentionnés aux articles L. 7331-2 et L. 7331-3 du code du travail exerçant une activité mentionnée à l'article L. 722-1 du présent code ; »

2° Le II de l'article L. 751-1 est complété par un 12° ainsi rédigé :

« 12° Par dérogation au 17° de l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale, les entrepreneurs salariés et les entrepreneurs salariés associés mentionnés aux articles L. 7331-2 et L. 7331-3 du code du travail exerçant une activité mentionnée à l'article L. 722-1 du présent code. »

## **Article 25**

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le chapitre préliminaire du titre IV du livre VI est complété par un article L. 640-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 640-2.* – Le 1° de l'article L. 640-1 est applicable aux étudiants mentionnés au 4° de l'article L. 722-1. » ;

2° L'article L. 722-1 est ainsi modifié :

a) À la fin du 4°, les mots : « lorsqu'ils ne bénéficient pas des dispositions de l'article L. 381-4 » sont supprimés ;

b) Les trois derniers alinéas sont supprimés ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 722-6, après le mot : « dispositions », sont insérés les mots : « du 2° du II de l'article L. 313-1 et ».

## **Article 26**

I. – Le 2° de l'article L. 5551-1 du code des transports est ainsi rédigé :

« 2° Dans le respect de la convention du travail maritime, adoptée à Genève le 7 février 2006, les gens de mer résidant en France de manière stable et régulière et embarqués sur un navire battant pavillon d'un État étranger autre qu'un navire mentionné à l'article L. 5561-1 du présent code, s'ils remplissent les conditions suivantes :

« a) Ne pas relever du 34° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale ;

« b) Ne pas être soumis à la législation de sécurité sociale d'un État étranger en application des règlements de l'Union européenne ou d'accords internationaux de sécurité sociale conclus avec la France ;

« c) Ne pas être couverts par une protection sociale au moins équivalente à celle prévue à l'article L. 111-1 du code de la sécurité sociale. »

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

III. – L'affiliation à un régime d'assurance vieillesse des gens de mer au 31 décembre 2017 en application du 2° de l'article L. 5551-1 du code des transports, dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur du présent article, ne peut être remise en cause qu'à leur demande expresse et dès lors qu'ils sont couverts par une protection sociale au sens du c du 2° du même article L. 5551-1, dans sa rédaction résultant du présent article.

## **Article 27**

Le titre II du livre II du 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 du 8° 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° ainsi rédigé :

« 8° 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 GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

## **Article 28**

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 dernier alinéa, le taux : « 22,78 % » est remplacé par le taux : « 12,65 % » ;

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

c) Le 7° est ainsi modifié :

– à la fin du *a*, le taux : « 99,75 % » est remplacé par le taux : « 99,56 % » ;

– à la fin du *b*, le taux : « 0,25 % » est remplacé par le taux : « 0,44 % » ;

d) Après le même 7°, il est inséré un 8° ainsi rédigé :

« 8° Le produit de la taxe mentionnée au I de l'article L. 862-4 perçue au titre des contrats mentionnés au II *bis* du même article L. 862-4 est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1. Le produit de cette même taxe perçue au titre des contrats mentionnés au II 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, selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Le solde du produit de la taxe 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<sup>er</sup>, 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 par le décret-loi du 17 juin 1938 relatif à la réorganisation et à l'unification du régime d'assurance des marins. » ;

3° Le 10° de l'article L. 135-2 est abrogé ;

4° Le 3° de l'article L. 135-3 est abrogé ;

5° L'article L. 225-1-1 est complété par un 7° ainsi rédigé :

« 7° De prendre en charge le coût résultant, pour l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail et pour les régimes mentionnés à l'article L. 921-4 du présent code, de l'exonération des contributions salariales prévue en application de l'article 8 et de la réduction dégressive prévue en application de l'article 9 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2018. » ;

6° Le 8° du IV de l'article L. 241-2 est ainsi rédigé :

« 8° Le produit de la taxe perçue au titre des contrats mentionnés au II de l'article L. 862-4 dans les conditions fixées par l'arrêté mentionné au 8° de l'article L. 131-8 ; »

7° Le 5° de l'article L. 241-6 est abrogé ;

8° Le *a* de l'article L. 862-2 est ainsi modifié :

*a)* À la fin de la seconde phrase du deuxième alinéa, 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<sup>er</sup> 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 troisième alinéa est supprimé ;

9° 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* des 1 et 2 du I, après la référence : « L. 14-10-4, », sont insérés les mots : « 6,6 % du produit de la contribution mentionnée au 1° *bis* du même article L. 14-10-4 » ;

2° Le 1° du II est ainsi modifié :

*a)* Le *b* est ainsi rédigé :

« *b*) 61,4 % du produit de la contribution mentionnée au 1° *bis* du même article L. 14 – 10 – 4 ; »

*b*) Il est ajouté un *c* ainsi rédigé :

« *c*) Une contribution annuelle versée par la Caisse nationale d'assurance maladie, correspondant aux remboursements par des États membres de l'Union européenne, d'autres États parties à l'accord sur l'Espace économique européen et la Confédération suisse, des sommes attribuées au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie par les départements aux titulaires de prestations de sécurité sociale les faisant relever de la compétence de ces États en matière d'assurance maladie ; »

3° Le 2° du même II est ainsi modifié :

*a*) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« En charges : » ;

*b*) Après le même premier alinéa, sont insérés des *a* et *b* ainsi rédigés :

« *a*) Un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au 1° du présent II, destiné à couvrir une partie du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie. Le montant de ce concours est réparti selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-6 ;

« *b*) La contribution mentionnée au *c* du 1° du présent II reversée aux départements mentionnés au même *c*, dans des conditions et selon des modalités, notamment en ce qui concerne l'échange et le traitement de certaines données à caractère personnel, fixées par décret en Conseil d'État. » ;

4° Au *a* du V, le taux : « 28 % » est remplacé par le taux : « 23,9 % ».

III. – Au VII de l'article L. 541-4 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « second alinéa » sont remplacés par les mots : « dernier alinéa ».

IV. – Le titre III du livre VII du 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 même code. »

V. – La deuxième partie du livre I<sup>er</sup> du code général des impôts est ainsi modifiée :

1° À la fin du 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) À la première phrase, le mot : « cotisations » est remplacé par les mots : « impositions, taxes et autres contributions » ;

b) À la fin de la première phrase, 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) À la fin de la seconde phrase, 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 ».

VI. – Par dérogation au 8° de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, en 2018, le produit de la taxe perçue au titre des contrats mentionnés aux trois premiers alinéas du II de l'article L. 862-4 du même code affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1 dudit code est réduit de 150 millions d'euros au profit de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du même code.

VII. – Pour 2018, la section prévue au V de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles retrace en charges la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement du plan national d'adaptation des logements privés aux contraintes de l'âge et du handicap, dans la limite de 20 millions d'euros.

VIII. – 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 n° du de finances pour 2018 ;

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

3° L'exonération prévue au 1° du 1 de l'article 80 *duodecies* du code général des impôts, dans sa rédaction résultant de la loi n° du de finances pour 2018.

IX. – Le II 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 abrogé.

X. – Le 4° du I ainsi que le 1° et les *a* et *b* du 2° du V du présent article s'appliquent aux faits générateurs intervenant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018.

### **Article 29**

Il est opéré, avant le 30 avril 2018, un reversement de l'intégralité des réserves financières du fonds de compensation des cessations progressives d'activité des personnels des régions, des collectivités locales et de leurs groupements ou établissements publics administratifs non hospitaliers mentionné à l'article 3-3 de l'ordonnance n° 82-298 du 31 mars 1982 relative à la cessation progressive d'activité des agents titulaires des collectivités locales et de leurs établissements publics à caractère administratif, dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, au profit de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales. Le recouvrement, le contentieux, les garanties et les sanctions relatifs à ce reversement sont régis par les règles applicables en matière de taxe sur les salaires.

### **Article 30**

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 31**

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)

	<b>Prévisions de recettes</b>	<b>Objectifs de dépenses</b>	<b>Solde</b>
Maladie.....	211,0	211,7	-0,7
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	14,0	13,5	0,5
Vieillesse.....	236,6	236,4	0,2
Famille.....	51,0	49,7	1,3
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	498,9	497,7	1,3
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse.....	496,1	498,3	-2,2

### Article 32

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)

	<b>Prévisions de recettes</b>	<b>Objectifs de dépenses</b>	<b>Solde</b>
Maladie.....	209,9	210,6	-0,7
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	12,6	12,2	0,4
Vieillesse.....	133,9	133,6	0,2
Famille.....	51,0	49,7	1,3
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	394,3	393	1,2
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse.....	392,5	394,8	-2,2

### Article 33

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 :

(En milliards d'euros)

	<b>Prévisions de recettes</b>	<b>Objectifs de dépenses</b>	<b>Solde</b>
Fonds de solidarité vieillesse.....	15,8	19,3	-3,5

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)*

	<b>Prévisions de recettes</b>
Recettes affectées .....	0
<b>Total</b> .....	<b>0</b>

### **Article 34**

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 :

*(En millions d'euros)*

	<b>Encours limites</b>
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 <sup>er</sup> au 31 janvier .....	500
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF – période du 1 <sup>er</sup> 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 35**

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<sup>ER</sup>

**DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE**

**Article 36**

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

1° L'article L. 531-5 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du I, les mots : « une assistante maternelle agréée mentionnée » sont remplacés par les mots : « un assistant maternel agréé mentionné » ;

b) Au septième alinéa du même I, les mots : « à l'alinéa précédent » sont remplacés par la référence : « au cinquième alinéa du présent I » ;

c) Au premier alinéa du II et à la seconde phrase du premier alinéa du III, les mots : « une assistante maternelle agréée » sont remplacés par les mots : « un assistant maternel agréé » ;

d) Au premier alinéa du II, les mots : « l'assistante maternelle » sont remplacés par les mots : « l'assistant maternel » ;

e) Le III est complété par un 3° ainsi rédigé :

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

2° Après le 2° de l'article L. 531-6, il est inséré un 3° ainsi rédigé :

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

3° L'article L. 531-8, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, est ainsi modifié :

a) Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Le montant du complément mentionné au *b* du I de l'article L. 531-5 restant dû après imputation, en application du deuxième alinéa du présent article, sur les cotisations et contributions sociales dues au titre de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant est versé à l'employeur par l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10, pour le compte des caisses d'allocations familiales et des caisses de mutualité sociale agricole, après réception de la déclaration mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 133-5-8. » ;

b) Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Par dérogation à l'article L. 553-2, en cas de modification par le particulier employeur de la déclaration mentionnée à l'article L. 133-5-8 induisant une baisse ou une annulation du montant de cotisations et contributions sociales dues au titre de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant, le montant mentionné au *a* du I de l'article L. 531-5 indûment versé est restitué, pour le compte de l'employeur, par l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 à la caisse d'allocations familiales ou à la caisse de mutualité sociale agricole.

« La récupération des sommes indûment versées au titre du complément de libre choix du mode de garde prévu à l'article L. 531-5 s'effectue, le cas échéant, sur les montants de cotisations et de contributions sociales dus par l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 à l'allocataire, préalablement à l'engagement de la procédure de recouvrement d'indu de prestations familiales prévue à l'article L. 553-2. À ce titre, la caisse mentionnée à l'avant-dernier alinéa du présent article dont relève l'allocataire est subrogée dans les droits de ce dernier. La subrogation est signifiée par la caisse à l'allocataire. »

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° Sont rétablis des *b* et *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 un assistant*

maternel agréé mentionné 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 :

« "1° 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 ;

« "2° 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 au cinquième alinéa du présent I ne s'applique pas :

« "a) Lorsque la personne ou les deux membres du couple poursuivent des études ;

« "b) 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 ;

« "c) 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 un assistant maternel agréé, 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'assistant maternel 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'un assistant maternel agréé 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 au 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 au même article L. 531-1 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* et est ainsi rédigé :

« d) L'article L. 531-8 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 531-8.* – La Caisse de prévoyance sociale verse le montant mentionné au a du I de l'article L. 531-5 à un organisme de recouvrement de sécurité sociale désigné par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

« L'employeur est dispensé du versement des cotisations et contributions sociales à hauteur de ce montant sous réserve de se conformer aux modalités de déclaration fixées par décret. Dans ce cas, les cotisations et contributions sociales demeurant à sa charge donnent lieu à prélèvement automatique au cours du mois suivant la réception des formulaires de déclaration. L'organisme mentionné au premier alinéa du présent article est habilité à poursuivre le recouvrement par voie contentieuse des sommes restant dues, pour le compte de l'ensemble des régimes concernés sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale assises sur les salaires.

« Les mentions figurant dans le formulaire de déclaration sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. » »

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

1° L'année : « 2018 » est remplacée par l'année : « 2019 » ;

2° Sont ajoutés les mots : « , et du 4° du I, qui s'applique aux rémunérations dues au titre des périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 ».

IV. – Les I et II du présent article entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2018 pour les gardes d'enfants réalisées à compter de cette date, à l'exception du 3° du I qui s'applique aux rémunérations dues au titre des périodes de garde courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019.

### **Article 37**

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

1° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 522-2, les mots : « lorsque chaque membre du couple dispose d'un revenu professionnel ou » sont supprimés ;

2° À la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 531-2, après le mot : « 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, » ;

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

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

b) Après le même 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 à l'article L. 522-1 et la fixation de son montant. »

II. – Les 2° et 3° du I du présent article sont applicables aux 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 à compter du 1<sup>er</sup> avril 2018.

III. – 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 le 1<sup>er</sup> avril 2018.

IV. – 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 38**

Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard neuf mois après la promulgation de la présente loi, un rapport sur les modalités d'attribution des places au sein des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans mentionnés aux deux premiers alinéas de l'article L. 2324-1 du code de la santé publique. Ce rapport étudie en particulier l'opportunité d'une modulation des aides financières versées par les caisses d'allocations familiales à ces établissements, en fonction de leurs pratiques en matière d'attribution de places.

### **Article 39**

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 40

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'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 de l'article L. 816-2 du code de la sécurité sociale.

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 de l'article 29 de la même ordonnance.

III. – Après la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Les allocations mentionnées à l'article L. 815-1, à l'article L. 815-2, dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, et aux articles L. 815-24 et L. 821-1 perçues pendant la période de référence sont prises en compte, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, après application d'un abattement dont le niveau est fixé pour chacune d'entre elles, dans la limite de 15 % de leurs montants maximaux. »

IV. – De 2018 à 2020, les montants de l'allocation de solidarité aux personnes âgées mentionnée au 1° de l'article 7 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon et de l'allocation supplémentaire prévue à l'article 24 de la même loi, dans sa rédaction antérieure au 1<sup>er</sup> juillet 2016, ainsi que les plafonds de ressources prévus pour le service de ces allocations et des prestations mentionnées au 9° de l'article 7 de ladite loi peuvent être portés, par décret, à des niveaux supérieurs à ceux qui résulteraient de

l'application de l'article L. 816-2 du code de la sécurité sociale et du g du 1° de l'article 5 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 précitée.

### **Article 41**

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 la fin du premier alinéa de 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 sa rédaction résultant de la présente loi, a lieu le 1<sup>er</sup> janvier 2019.

IV. – Le 2° du I et le II du présent article entrent en vigueur le 31 décembre 2018.

### **Article 42**

I. – Ne constitue pas un régime de retraite de base obligatoire, pour l'application du code des pensions civiles et militaires de retraite, du code rural et de la pêche maritime et du code de la sécurité sociale, le régime additionnel obligatoire d'allocations viagères aux gérants de débits de tabacs prévu à l'article 59 de la loi de finances pour 1963 (n° 63-156 du 23 février 1963).

II. – Sous réserve des décisions passées en force de chose jugée, le I s'applique à compter de la date d'entrée en vigueur du présent article.

### **Article 43**

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 À LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES**

### **Article 44**

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

1° L'article L. 461-1 est ainsi modifié :

a) La seconde phrase du premier alinéa est ainsi rédigée : « En ce qui concerne les maladies professionnelles, est assimilée à la date de l'accident : » ;

b) Après le même premier alinéa, sont insérés des 1° à 3° ainsi rédigés :

« 1° La date de la première constatation médicale de la maladie ;

« 2° 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 ;

« 3° 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. » ;

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

2° L'article L. 461-2 est ainsi modifié :

a) À la troisième phrase de l'avant-dernier alinéa, les mots : « du premier alinéa » sont supprimés et les mots : « un certificat médical indiquant un lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle » sont remplacés par les mots : « une première constatation médicale » ;

b) Au dernier alinéa, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « cinquième » ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 461-3, les mots : « du premier alinéa » sont supprimés ;

4° 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<sup>er</sup> juillet 2018.

### **Article 45**

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

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

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

### **Article 46**

I. – Les articles L. 376-1 et L. 454-1 du code de la sécurité sociale sont complétés par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'exécution des recours subrogatoires prévus au présent article, les créances détenues par l'organisme qui a versé les prestations sont

cédées définitivement à l'organisme chargé de cette mission en application du 3° de l'article L. 221-3-1 du présent code. »

II. – La gestion et le versement des prestations mentionnées aux articles L. 437-1, L. 413-6, L. 413-10 et L. 413-11-2 du code de la sécurité sociale ainsi qu'à l'article L. 753-1 du code rural et de la pêche maritime peuvent, hormis celles à la charge de l'État employeur, être délégués à l'organisme désigné par voie de convention par la caisse mentionnée à l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale ou par la caisse mentionnée à l'article L. 723-11 du code rural et de la pêche maritime, chacune en ce qui la concerne.

III. – À l'article 28-10 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, les mots : « du dernier » sont remplacés par les mots : « de l'avant-dernier ».

#### **Article 47**

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.

#### **Article 48**

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'exposition des salariés aux risques chimiques. Ce rapport porte notamment sur les conséquences de l'exposition à ces risques sur la santé des salariés, les actions de prévention existantes, ainsi que les coûts de prise en charge induits pour la sécurité sociale.

TITRE IV

**DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE**

CHAPITRE I<sup>ER</sup>

**Dispositions relatives à la prévention**

**Article 49**

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

1° Au deuxième alinéa de l'article L. 3111-1, après la référence : « L. 3111-4 », est insérée la référence : « , L. 3111-6 » ;

2° L'article L. 3111-2 est 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 séro groupe C ;
- « 9° Contre la rougeole ;
- « 10° Contre les oreillons ;
- « 11° Contre la rubéole.

« II. – Les personnes titulaires de l'autorité parentale ou qui assurent la tutelle des mineurs sont tenues personnellement responsables de l'exécution de l'obligation prévue au I. La preuve que cette obligation a été exécutée doit être fournie, selon des modalités définies par décret, pour 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 I<sup>er</sup> est ainsi modifié :

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

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

III. – Le II de l'article L. 3111-2 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la présente loi, est applicable, en ce qui concerne les vaccinations mentionnées aux 4° à 11° du I du même article L. 3111-2, à compter du 1<sup>er</sup> juin 2018 et aux personnes titulaires de l'autorité parentale ou qui assurent la tutelle des enfants nés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018.

IV. – A. – Le III du présent article est applicable 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° Le premier alinéa de l'article L. 3821-1 est ainsi rédigé :

« Le chapitre I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la présente partie est applicable dans le territoire des îles Wallis et Futuna, dans sa rédaction résultant de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2018, à l'exception des articles L. 3111-3 et L. 3111-11. » ;

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

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

V. – Une évaluation de l'impact de l'élargissement des obligations vaccinales est réalisée par le Gouvernement chaque année à compter du dernier trimestre 2019. Elle est rendue publique.

### **Article 50**

Après le 23° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 24° ainsi rédigé :

« 24° Pour les frais liés à une consultation unique de prévention du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus, pour les assurées âgées de vingt-cinq ans. »

## **CHAPITRE II**

### **Promouvoir l'innovation en santé**

#### **Article 51**

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

« *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° 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 ainsi que 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 coordonné en participant à la structuration des soins ambulatoires ;

« 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° Améliorer la pertinence de la prise en charge par l'assurance maladie des médicaments ou des produits et prestations associés mentionnés à l'article L. 165-1 et la qualité des prescriptions, en modifiant :

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

« 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 associés ;

« 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° Aux dispositions suivantes :

« a) Les 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. 162-22-8, L. 162-22-8-1, L. 162-22-8-3, L. 162-22-10, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15, L. 162-23-1, L. 162-23-2, L. 162-23-3, L. 162-23-4, L. 162-23-6, L. 162-23-7, L. 162-23-8, L. 162-23-15, L. 162-23-16, L. 162-26, L. 162-26-1, L. 162-32-1, L. 165-1, L. 174-1, L. 322-5 et L. 322-5-2 du présent code et aux III, V et VI de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, 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) L'article L. 162-2 du présent code, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

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

« d) Les 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 l'article L. 174-4 relatif au forfait journalier hospitalier ;

« e) Les articles L. 162-16 à L. 162-19, L. 162-22-7, L. 162-22-7-1, L. 162-23-6, L. 162-38 et 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° Aux 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) L'article L. 4113-5, en ce qu'il concerne les règles relatives au partage d'honoraires entre professionnels de santé ;

« b) Le 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) 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) 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 pour dispenser à domicile des dialysats, sous la responsabilité d'un pharmacien inscrit à l'ordre des pharmaciens en sections A et D ;

« 3° Aux 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, institué au niveau national, est chargé de formuler des propositions sur les innovations dans le système de santé. Il est associé au suivi des expérimentations et formule un avis en vue de leur éventuelle généralisation.

« 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 ces expérimentations, leur mode de financement ainsi que leurs modalités d'évaluation et détermine leur champ d'application territorial.

« Le comité technique saisit pour avis la Haute Autorité de santé 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 précise la liste des dispositions auxquelles il ne peut être dérogé qu'après avis 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 conseil stratégique et du comité technique sont précisées par décret en Conseil d'État.

« IV. – Les professionnels intervenant dans le cadre d'une expérimentation prévue au présent article 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 présent code lorsque ces données sont nécessaires à la préparation, à la mise en œuvre et à l'évaluation prévues au présent article, dans le respect des conditions prévues au chapitre I<sup>er</sup> 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 I<sup>er</sup> du présent code 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 de la branche maladie, maternité, invalidité et décès du régime général, 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 ainsi rédigé :

« 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. – L'article 43 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa du A du I, les mots : « pour une durée n'excédant pas quatre ans » sont remplacés par les mots : « jusqu'au 31 décembre 2018 » ;

2° Au premier alinéa du A du II, 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, lorsqu'elles entrent dans l'objet défini au I de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, et sous réserve que soit prévue une évaluation conforme aux dispositions réglementaires prévues au dernier alinéa du III du même article L. 162-31-1. L'arrêté fixe la nouvelle date de fin de chaque expérimentation, qui ne peut ni porter la durée totale de celle-ci 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 audit article L. 162-31-1. 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.

VI. – L'article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, l'article 43 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, l'article 53 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, l'article 68 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 et les articles 66, 68 et 94 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 sont abrogés le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

### **Article 52**

À la deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 1111-23 du code de la santé publique, après le mot : « intérieur », sont insérés les mots : « et les pharmaciens biologistes ».

### **Article 53**

Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard le 1<sup>er</sup> juin 2018, un rapport relatif aux dépenses des indemnités journalières au titre de la maladie, notamment concernant les arrêts courts ou itératifs, afin de mieux prévenir ces arrêts ou d'en améliorer les contrôles. Le rapport met en avant l'articulation actuelle entre les indemnités journalières perçues au titre de la maladie par les organismes de sécurité sociale et les dispositifs de prévoyance obligatoire et facultative existants et propose en tant que de besoin des mesures d'amélioration.

### **Article 54**

I. – Le 1<sup>o</sup> 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, définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique. Les actes de téléconsultation remboursés par l'assurance maladie sont effectués par vidéotransmission ; ».

II. – Après le 10° de l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 11° ainsi rédigé :

« 11° Les modalités de participation des pharmaciens à l'activité de télémédecine définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique. »

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

IV. – 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<sup>er</sup> janvier 2018. Les dispositions réglementaires et les stipulations conventionnelles prises en application du même article 36 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<sup>er</sup> juillet 2019.

V. – Des expérimentations portant sur la réalisation d'actes de télésurveillance peuvent être menées, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 et pour une durée maximale de quatre ans, en métropole, dans l'ensemble des collectivités régies par l'article 73 de la Constitution ainsi qu'à Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon et Wallis-et-Futuna.

Ces expérimentations portent sur la réalisation d'actes de télésurveillance pour des patients pris en charge en médecine de ville, en établissement de santé ou en structure médico-sociale.

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 ;

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 mentionné 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 au 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.

Le onzième alinéa du présent V ne s'applique 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 à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Lorsque le dépôt de cette demande d'inscription intervient avant la fin de l'expérimentation, les produits ou prestations concernés continuent à

bénéficiaire 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 télésurveillance 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 télésurveillance dans le cadre de ces expérimentations.

Une évaluation d'étape est réalisée ou validée par la Haute Autorité de santé, 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 2019.

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 Gouvernement avant le 30 juin 2021.

## **Article 55**

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

1° Au 9° de l'article L. 161-37, le mot : « dernier » est remplacé par le mot : « avant-dernier » ;

2° Le troisième alinéa de l'article L. 162-1-7 est ainsi modifié :

a) À la fin de la première phrase, 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, le cas échéant, 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 ;

3° 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 sont réalisés dans une ou plusieurs des situations suivantes :

« 1° Dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice salarié auprès d'un 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 cinquième alinéa du présent article n'est pas nécessaire. » ;

4° Au quatrième alinéa de l'article L. 162-1-8, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « troisième ».

II. – Le chapitre unique du titre I<sup>er</sup> du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 4011-2 est ainsi modifié :

a) Au début de la première phrase du deuxième alinéa, sont ajoutés les mots : « Lorsque leur mise en œuvre implique un financement dérogatoire, » ;

b) À la première phrase du dernier alinéa, après le mot : « et », sont insérés les mots : « , pour les protocoles impliquant un financement dérogatoire, » ;

c) Il est ajouté 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° L'article L. 4011-2-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « et de représentants » sont remplacés par les mots : « , de la Haute Autorité de santé, » ;

b) À la fin du second alinéa, les mots : « et à la Haute Autorité de santé » sont supprimés ;

3° 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) À la fin du 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 » ;

c) Le même III est complété par un 4° 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 du code de la sécurité sociale selon la procédure prévue au cinquième alinéa de l'article L. 162-1-7-4 du même code. 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. » ;

d) Le IV est abrogé.

## Article 56

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

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

a) À la première phrase du 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 même I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La marge mentionnée au premier alinéa du I du présent article peut être réduite compte tenu de la modicité du prix de cession de la spécialité. » ;

c) Le II devient le III ;

d) Le II est ainsi rétabli :

« 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. » ;

e) Il est ajouté un IV ainsi rédigé :

« 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 spécialités 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 du III du présent article 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 :

– aux première, deuxième et dernière phrases, après le mot : « responsabilité », sont insérés les mots : « et le prix limite de vente aux établissements » et le mot : « publié » est remplacé par le mot : « publiés » ;

– aux première et deuxième phrases, les mots : « est fixé » sont remplacés par les mots : « sont fixés » ;

– à la dernière phrase, après les mots : « au tarif », sont insérés les mots : « et au prix limite » ;

b) Le deuxième alinéa du même I est ainsi modifié :

– au début de la première phrase, les mots : « Ce tarif est fixé » sont remplacés par les mots : « Ce tarif et ce prix limite sont fixés » ;

– à la seconde phrase, les mots : « Il peut être fixé » sont remplacés par les mots : « Ils peuvent être fixés » et le mot : « baissé » est remplacé par le mot : « baissés » ;

c) Le II devient le III ;

d) Le II est ainsi rétabli :

« II. – Le prix d'achat des spécialités acquitté par l'établissement ne peut être supérieur au prix limite de vente défini au I. » ;

e) Il est ajouté un IV ainsi rédigé :

« 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 spécialités 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 du III du présent article est effectuée par rapport à ce seul tarif unifié. » ;

3° L'article L. 162-17-2-1 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, la référence : « L. 5121-21-1 » est remplacée par la référence : « L. 5121-12-1 » ;

b) Après le mot : « remboursable », la fin de la première phrase du troisième alinéa est ainsi rédigée : « le Comité économique des produits de santé fixe, en vue de sa prise en charge ou de 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) À la seconde 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) Le quatrième alinéa est ainsi modifié :

– après la référence : « L. 162-17 », est insérée la référence : « , L. 162-22-7 » ;

– est ajoutée 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 du présent code. » ;

4° L'article L. 162-22-7-2 est abrogé.

II. – Le II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est complété par 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 le 1<sup>er</sup> janvier 2018, sous les réserves suivantes :

1° Les *c* et *d* des 1° et 2° du I entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> 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 code de la sécurité sociale, 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 de l'article L. 162-17-2-1 du même code, dans sa rédaction antérieure à 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 57**

I. – La sous-section 6 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° Après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-30-2, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Les commissions et conférences médicales d'établissement donnent leur avis préalablement à la conclusion du contrat. » ;

2° Après le premier alinéa de l'article L. 162-30-4, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, 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 constatées sur les dépenses d'assurance maladie 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 entrant en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 en application de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale.

## Article 58

I. – Le titre VI du livre I<sup>er</sup> du 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 dispositions du 18° de l'article L. 6143-7 du même code » ;

2° Après le 12° du même article L. 161-37, sont insérés des 13° et 14° ainsi rédigés :

« 13° Établir 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 notamment pour finalité 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 le mot : « médicaments », sont insérés les mots : « , les dispositifs médicaux et les prestations associées » ;

b) À la seconde phrase du premier alinéa du II, après les mots : « des produits », sont insérés les mots : « de santé et des prestations éventuellement associées » ;

c) À la fin de la première phrase du second alinéa du même II, le mot : « médicamenteuse » est remplacé par les mots : « des médicaments, des dispositifs médicaux et des prestations qui leur sont associées » ;

d) Le même II est complété par 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 une phrase ainsi rédigée : « Cette procédure comprend également la certification des fonctions relatives à la délivrance des dispositifs médicaux et des prestations qui leur sont associées. » ;

f) À la fin de la seconde phrase du second alinéa du même III, les mots : « et de conformité de la dispensation » sont remplacés par les mots : « , de conformité et d'efficience de la dispensation et de la délivrance des dispositifs médicaux et des prestations qui leur sont associées » ;

g) Il est ajouté un V ainsi rédigé :

« V. – Sont rendues obligatoires, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2021, les certifications prévues aux I à III pour 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, sont insérés des articles L. 162-17-9 et L. 162-17-10 ainsi rédigés :

« 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 au même 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 audit 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 de qualité 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 par décisions 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 septième 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 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. 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. 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.

« *Art. L. 162-17-10.* – Les conditions de mise en œuvre de la procédure de certification des activités de présentation, d’information ou de promotion en faveur des produits de santé et prestations éventuellement associées mentionnée au 13° de l’article L. 161-37 sont fixées par décret en Conseil d’État. » ;

5° La section 4 du chapitre II est complétée par 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. – À défaut de conclusion entre le Comité économique des produits de santé 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, cette charte est arrêtée par les ministres chargés 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 :

« 1° La qualification requise des intervenants dans ces activités de formation professionnelle ;

« 2° 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° L'article L. 5213-2 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est supprimé ;

b) Au deuxième alinéa, après le mot : « 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 deux occurrences des 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) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« L'interdiction de publicité mentionnée au premier alinéa ne s'applique pas aux dispositifs médicaux individuels d'optique médicale ni aux audioprothèses ni à leurs éventuelles prestations associées. » ;

5° L'article L. 5223-1 est ainsi rédigé :

« 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. » ;

6° Les articles L. 5223-2 à L. 5223-5 sont abrogés ;

7° 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, particulièrement en vue du respect des chartes mentionnées aux articles L. 162-17-8 et L. 162-17-9 du code de la sécurité sociale. »

IV. – Au 7° du I de l'article 1635 *bis* AE du code général des impôts, les références : « aux articles L. 5213-4 et L. 5223-3 » sont remplacées par la référence : « à l'article L. 5213-4 ».

V. – L'article L. 162-17-10 du code de la sécurité sociale, tel qu'il résulte du 4° du I du présent article, entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2019.

## **Article 59**

Le titre VI du livre I<sup>er</sup> 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 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État, ces mises à disposition ne sont pas assorties de remboursement par l'État. Les conditions d'application du présent I, 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 la disposition du Comité économique des produits de santé et de ses membres ou de l'État par la Caisse nationale d'assurance maladie, qui en assure le développement et la maintenance. Un décret détermine les conditions d'application du présent II. » ;

2° La première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17-5 est 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 dans le cadre d'une négociation tarifaire, le fabricant ou le distributeur produit, à son initiative ou sur demande, des données manifestement erronées relatives aux conditions de prise en charge, aux volumes de vente ou aux montants remboursés par les régimes d'assurance maladie dans d'autres États membres de l'Union européenne, ainsi qu'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. 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'avant-dernier alinéa du présent II, les pharmaciens titulaires d'officine sont considérés comme étant représentés par le ou les syndicats représentatifs, au sens de l'article L. 162-33, des pharmaciens titulaires d'officine, sauf opposition d'un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine qui, dans ce cas, relèvent des modalités prévues aux quatrième et avant-dernier alinéas du présent II. 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'officine, 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 :

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

– la première phrase est complétée par 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 » ;

– après la même première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « 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 le mot : « produits », sont insérés les mots : « ou prestations » ;

b) Après le même 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 au même 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. » ;

c) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

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

– à la première phrase, après la seconde occurrence du mot : « produits », sont insérés les mots : « ou prestations » ;

6° L’article L. 165-7 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 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 60**

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

1° Après le 4° de l’article L. 162-4, 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 de l’accord sur la prise en charge de ces 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 du contrôle médical. » ;

2° L’article L. 315-2 est ainsi modifié :

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

b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

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

– après la première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « À 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. » ;

– à la fin de la seconde phrase, les mots : « les prestations dont » sont remplacés par les mots : « une prestation dans l'un des cas suivants » ;

c) Au troisième alinéa, le mot : « la » est remplacé par le mot : « sa » et sont ajoutés 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, le mot : « la » est remplacé par le mot : « sa » et le mot : « leur » est remplacé par le mot : « son » ;

e) Au début du 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 l'assurance maladie ou 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 l'assurance maladie ou pour » ;

f) Après le même cinquième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« – le recours à une autre prestation est moins coûteux. » ;

g) Après le septième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Pour des motifs de santé publique, 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 mentionnées au I de l'article L. 315-1. 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 précédents alinéas, la décision de subordonner le bénéfice de certaines prestations à l'accord préalable du service du contrôle médical 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 sur 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 du présent code 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 du même code ou à la suite d'une prise en charge en application des articles L. 162-16-5-2 ou L. 162-17-2-1 du présent code. Dans ces cas, les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;

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

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

– à la première phrase, les mots : « des deuxième à cinquième alinéas » sont remplacés par les mots : « du présent article relatives à la procédure d'accord préalable » ;

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

3° L'article L. 315-3 est ainsi rétabli :

« *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 61

I. – L'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, aux 1° et 2° et au dernier alinéa du I et aux première et seconde phrases du II, le mot : « médecin » est remplacé par les mots : « professionnel de santé » ;

2° Au 2° et à la première phrase du 5° du I, le mot : « médecins » est remplacé par les mots : « professionnels de santé » ;

3° Au 2° du même I, après le mot : « exerçant », sont insérés les mots : « la même profession » ;

4° Au 2° et à la première phrase du 5° du même 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 » ;

5° Au 3° du même 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, » ;

6° Le 5° du même I est ainsi modifié :

a) À la première phrase, après le mot : « exerçant », sont insérés les mots : « la même profession » ;

b) Après la même première phrase, est insérée 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 la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale, les mots : « malgré une décision de refus de prise en charge », sont remplacés par les mots : « en l'absence d'accord préalable ».

## CHAPITRE IV

### Moderniser le financement du système de santé

#### Article 62

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<sup>er</sup> janvier 2018, par les dispositions du règlement arbitral approuvé en application de l'article 75 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, sous réserve des modifications suivantes :

1° Aux articles 3 et 4 et à l'annexe I 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 la même 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 :

*(En milliards d'euros)*

	Octobre 2017 – septembre 2018	Octobre 2018 – septembre 2019	Octobre 2019 – septembre 2020	Octobre 2020 – septembre 2021
Honoraires totaux remboursés (HRTOT)	2,83	2,95	3,13	3,29
Entente directe (ED)	4,02	3,92	3,82	3,70

#### Article 63

I. – Après l'article L. 162-1-20 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-1-21 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-1-21.* – Sans préjudice des articles L. 381-30-1, L. 432-1, L. 861-3 et L. 863-7-1, les bénéficiaires de l'assurance maternité et les bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 160-14 bénéficient du tiers payant sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, pour les soins en relation avec l'affection concernée. Les professionnels de santé exerçant en ville le mettent en œuvre dans les conditions prévues aux articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4. »

II. – L'article 83 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé est ainsi modifié :

1° Les 1°, 2° et 5° du I sont abrogés ;

2° Le II est complété par un 3° ainsi rédigé :

« 3° Avant le 31 mars 2018, aux fins de rendre le tiers payant généralisable, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le calendrier de mise en œuvre opérationnelle du tiers payant intégral et les prérequis techniques à cette mise en œuvre tant sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire que sur celle prise en charge par les organismes complémentaires. Ce rapport est réalisé sur la base d'une concertation menée avec les caisses nationales d'assurance maladie, les organismes d'assurance maladie complémentaire, les organisations syndicales représentatives des professionnels de santé libéraux conventionnés, l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé et des représentants des éditeurs de logiciels de professionnels de santé. Cette concertation doit permettre de fixer le calendrier selon lequel le tiers payant intégral pourra être généralisable à tous les assurés dans des conditions techniques fiabilisées. Elle doit également identifier les publics prioritaires pour lesquels un accès effectif au tiers payant devrait être garanti, au delà des patients déjà couverts obligatoirement. »

#### **Article 64**

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité. Ce rapport porte notamment sur les restes à charge en santé liés au handicap, le niveau des avances de frais et le renoncement aux soins pour motif financier, afin d'identifier les mesures à prendre pour réduire les inégalités sociales d'accès à la santé pour les personnes fragiles.

#### **Article 65**

I. – Par dérogation à 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° du même article L. 162-22-6 et les dépenses afférentes aux spécialités pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés aux articles L. 162-22-7 et L. 162-22-7-3 dudit 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 au même article L. 174-2.

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 audit article L. 174-2.

L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice de l'article L. 162-23-13 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 de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) est abrogé à compter du 1<sup>er</sup> mars 2019.

III. – La dérogation prévue au I du présent article prend fin au plus tard le 1<sup>er</sup> mars 2022 selon des modalités calendaires précisées par décret.

## **Article 66**

L'article L. 162-22-9-2 du code de la sécurité sociale est abrogé.

## **Article 67**

À la fin du II de l'article 80 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, la date : « 1<sup>er</sup> mars 2018 » est remplacée par la date : « 1<sup>er</sup> octobre 2018 ».

## **Article 68**

I. – L'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du 3° du I de l'article 82 de la loi n° 2016-1827 du

23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, devient l'article L. 162-23-16.

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° Au A et aux premier et deuxième alinéas du B, la date : « 1<sup>er</sup> mars 2018 » est remplacée par la date : « 1<sup>er</sup> janvier 2020 » ;

2° Au dernier alinéa du 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 :

– au premier alinéa, la date : « 28 février 2018 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2019 » ;

– après le mot : « sont », la fin du second alinéa du *a* est ainsi rédigée : « minorés à hauteur de la fraction mentionnée au premier alinéa du *b* du présent 2° dans des conditions définies par décret en Conseil d'État ; »

– la seconde phrase du premier alinéa du *b* est complétée par 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 » ;

– il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le niveau des fractions prévues aux *a* et *b* du présent 2° 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 :

– à la fin du *a*, la date : « 1<sup>er</sup> mars 2018 » est remplacée par la date : « 1<sup>er</sup> janvier 2020 » ;

– à la fin du *b*, les mots : « à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 » sont remplacés par les mots : « au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2020 » ;

c) Le 6° est ainsi modifié :

– au premier alinéa, la date : « 31 décembre 2018 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2019 » et, après le mot : « constitué », la fin est ainsi rédigée : « 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. » ;

– les *a* et *b* sont abrogés ;

5° Au premier alinéa du F, la date : « 28 février 2018 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2019 » ;

B. – Aux V et VI, la date : « 28 février 2018 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2019 ».

III. – Le troisième alinéa du *a* du 4° du A du II du présent article entre en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2018 et est applicable pour le calcul des montants alloués aux établissements à compter de cette date.

## Article 69

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 au même article 48 et à l'article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles 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 titre III du livre IV de la première partie du 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 pour la gestion de tout crédit versé à l'agence et destiné à financer une action entrant dans le champ des missions définies au même article L. 1435-8 » ;

2° Le 1° de l'article L. 1435-9 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, 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 ;

b) La seconde phrase est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :  
« Le montant de cette dotation prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment les évolutions relatives aux conversions d'activité. Il peut être révisé en fin d'année pour prendre en compte les évolutions réalisées en cours d'année ainsi que les transferts décidés en application de l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale ; »

3° L'avant-dernier alinéa de l'article L. 1435-10 est ainsi rédigé :

« 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 70**

Le titre I<sup>er</sup> 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 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 fixés par décret. » ;

2° Le IV *ter* de l'article L. 313-12 est ainsi modifié :

a) Le troisième alinéa du A est complété par 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. » ;

b) Le dernier alinéa du B est ainsi modifié :

– la première phrase est complétée par les mots : « et prévoit l'affectation des résultats d'exploitation par le gestionnaire dans des conditions précisées par décret en Conseil d'État » ;

– la seconde phrase est supprimée ;

3° Le premier alinéa de l'article L. 313-12-2 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « services mentionnés au 6° du même I » sont remplacés par les mots : « 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, est insérée une phrase ainsi rédigée : « À l'exception des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionnés aux I et II du même 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. » ;

c) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Ce contrat prévoit l'affectation des résultats d'exploitation des établissements et services par le gestionnaire dans des conditions précisées par décret en Conseil d'État. » ;

4° Le premier alinéa de l'article L. 314-6 est ainsi modifié :

a) La première phrase est complétée par 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) À la deuxième phrase, au début, les mots : « Ces conventions ou accords » sont remplacés par les mots : « Les conventions ou accords agréés » et, à la fin, 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 71**

La première phrase du premier alinéa de l'article L. 233-2 du code de l'action sociale et des familles est complétée par les mots : « ainsi qu'aux dépenses de fonctionnement de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées et du conseil mentionné à l'article L. 149-1, dans une limite fixée par arrêté du ministre chargé des personnes âgées ».

### **Article 72**

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 n° 83-634 du 13 juillet 1983 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 dernier alinéa 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) À la fin de la première phrase du 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) Au deuxième alinéa, après la référence : « article L. 312-1 », sont insérés les mots : « du présent code » ;

c) À la fin de la troisième phrase du troisième alinéa et à la fin du sixième alinéa et de la première phrase du dernier 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 » ;

d) Les huitième à avant-dernier alinéas sont supprimés ;

e) À la fin de la deuxième phrase du dernier alinéa, les mots : « l'agence » sont remplacés par les mots : « la Haute Autorité de santé » ;

f) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Une commission de la Haute Autorité de santé 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 du présent article. » ;

3° À la fin du dernier alinéa de 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 » ;

4° Au VI de l'article L. 543-1, les mots : « cinquième et huitième » sont remplacés par les mots : « et cinquième ».

III. – Le chapitre I<sup>er</sup> *bis* du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le 14° de l'article L. 161-37, il est inséré un 15° ainsi rédigé :

« 15° Mettre en œuvre les missions qui lui sont dévolues par l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles. » ;

2° À la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 161-41, après le mot : « publique, », est insérée la référence : « L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, ».

IV. – Au 1° du VI de l'article 166 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, le mot : « dix-neuvième » est remplacé par le mot : « vingt-troisième ».

V. – Le présent article entre en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2018.

### **Article 73**

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, mentionnée 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 74**

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 75**

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)

<b>Sous-objectif</b>	<b>Objectif de dépenses</b>
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
<b>Total.....</b>	<b>195,2</b>

## TITRE V

### DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

#### Article 76

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)

	<b>Prévision de charges</b>
Fonds de solidarité vieillesse.....	19,3

## TITRE VI

### DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFÉRENTES BRANCHES

#### Article 77

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 L. 723-2-1 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 78**

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

1° Au premier alinéa du I de l'article L. 114-17, après le mot : « objet », sont insérés les mots : « d'un avertissement ou » ;

2° L'article L. 114-17-1 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa du III, le taux : « 50 % » est remplacé par le taux : « 70 % » et le mot : « deux » est remplacé par le mot : « quatre » ;

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

« En cas de manœuvre frauduleuse ou de fausse déclaration, le montant de la pénalité ne peut être inférieur au montant des sommes concernées, majoré d'une pénalité dont le montant est fixé dans la limite de quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. » ;

c) À la fin du 2° du IV, les mots : « , sauf dans les cas prévus aux 3° et 4° du II » sont supprimés ;

d) Au 3° du même IV, le *b* devient le *c* et il est rétabli un *b* ainsi rédigé :

« *b*) Soit notifié à l'intéressé un avertissement ; »

e) Le 2° du VII est complété par les mots : « dans la limite de huit fois le plafond mensuel de la sécurité sociale » ;

3° L'article L. 114-19 est ainsi modifié :

a) À l'avant-dernier alinéa, après le mot : « relevant », sont insérés les mots : « du premier alinéa » et les mots : « l'amende » sont remplacés par les mots : « la pénalité » ;

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 n'est pas communiqué. » ;

c) Le dernier alinéa est supprimé ;

4° Le I de l'article L. 133-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après la référence : « L. 243-7 », sont insérés les mots : « du présent code ou à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime, » et, après la seconde occurrence du mot : « recouvrement », sont insérés les mots : « ou l'agent chargé du contrôle mentionné à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime » ;

b) Le second alinéa est ainsi modifié :

– après le mot : « état », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « des dispositions légales applicables à cette infraction ainsi que celles applicables à la procédure prévue au présent article. » ;

– la seconde phrase est complétée par les mots : « ou par l’agent chargé du contrôle mentionné à l’article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime » ;

5° Au 4° de l’article L. 145-2, après le mot : « 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 » ;

6° À la seconde phrase du douzième alinéa de l’article L. 162-1-14-1, les mots : « septième et neuvième » sont remplacés par les mots : « huitième et avant-dernier » ;

7° L’article L. 256-4 est ainsi modifié :

a) Au début, les mots : « Sauf en ce qui concerne les » sont remplacés par les mots : « À l’exception des » ;

b) À la fin, sont ajoutés les mots : « , sauf en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausses déclarations » ;

8° À la deuxième phrase de l’avant-dernier alinéa de l’article L. 376-4, le mot : « septième » est remplacé par le mot : « neuvième ».

II. – Le 4° du I du présent article est applicable aux contrôles en cours à la date du 1<sup>er</sup> janvier 2018.

*Délibéré en séance publique, à Paris, le 4 décembre 2017.*

*Le Président,*  
*Signé : FRANÇOIS DE RUGY*



# **ANNEXES**



## 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
<b>Immobilisations</b>	<b>7,0</b>	<b>6,9</b>	<b>Capitaux propres</b>	<b>-101,4</b>	<b>-109,5</b>
Immobilisations non financières..	4,5	4,4	<b>Dotations</b>	<b>25,9</b>	<b>27,4</b>
Prêts, dépôts de garantie.....	1,6	1,6	Régime général .....	0,6	0,6
Avances / prêts accordés à des organismes de la sphère sociale .....	0,9	0,9	Autres régimes .....	5,4	4,9
			Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) ...	0,2	0,2
			Fonds de réserve pour les retraites (FRR) .....	19,7	21,8
			<b>Réserves</b>	<b>16,5</b>	<b>14,3</b>
			Régime général .....	2,6	2,7
			Autres régimes .....	6,9	6,1
			FRR.....	7,0	5,5
			<b>Report à nouveau</b>	<b>-155,6</b>	<b>-158,8</b>
			Régime général .....	-1,3	-14,2
			Autres régimes .....	-3,7	-4,2
			FSV .....	-0,1	-0,1
			CADES .....	-150,4	-140,3
			<b>Résultat de l'exercice</b>	<b>8,1</b>	<b>4,7</b>
			Régime général .....	-4,1	-6,8
			Autres régimes .....	0,7	0,4
			Fonds de solidarité vieillesse (FSV) .....	-3,6	-3,9
			CADES .....	14,4	13,5
			FRR.....	0,7	1,5
			<b>Écart d'estimation (réévaluation des actifs du FRR en valeur de marché)</b>	<b>3,7</b>	<b>2,9</b>
			<b>Provisions pour risques et charges</b>	<b>15,8</b>	<b>15,8</b>
<b>Actif financier</b>	<b>55,1</b>	<b>60,8</b>	<b>Passif financier</b>	<b>173,1</b>	<b>181,6</b>

(En milliards d'euros)

Actif	2016 (net)	2015 (net)	Passif	2016	2015
<b>Valeurs mobilières et titres de placement</b> .....	<b>46,8</b>	<b>50,1</b>	<b>Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, europapiers commerciaux)</b>	<b>161,2</b>	<b>165,2</b>
Régime général .....	0	0	Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).....	20,4	27,4
Autres régimes .....	8,3	7,8	CADES .....	140,8	137,8
CADES .....	4	9,5	<b>Dettes à l'égard d'établissements de crédits</b>	5,2	10,6
FRR.....	34,5	32,8	ACOSS (prêts Caisse des dépôts et consignations).....	0	4,0
<b>Encours bancaire</b> .....	<b>7,6</b>	<b>10,3</b>	Régime général (ordres de paiement en attente).....	3,8	4,6
Régime général .....	1,1	1,6	Autres régimes .....	0,4	1,1
Autres régimes .....	2,9	2,1	CADES .....	1	1,0
FSV .....	0,9	0,0	<b>Dépôts reçus</b>	<b>1,1</b>	<b>1,1</b>
CADES .....	1,6	2,3	ACOSS .....	1,1	1,1
FRR.....	1,1	3,4	<b>Dettes nettes au titre des instruments financiers</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>
<b>Créances nettes au titre des instruments financiers</b>	<b>0,7</b>	<b>0,4</b>	ACOSS .....	0,5	0
CADES .....	0,3	0,2	<b>Autres</b>	<b>5,2</b>	<b>4,6</b>
FRR.....	0,4	0,2	Autres régimes .....	0	0
			CADES .....	5,2	4,6
<b>Actif circulant</b>	<b>80,2</b>	<b>75,0</b>	<b>Passif circulant</b>	<b>54,9</b>	<b>54,7</b>
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.....	2,0	2,6
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et autres impositions .....	40,9	38,7	Dettes et charges à payer à l'égard d'entités publiques.....	8,8	10,5
Créances sur entités publiques et organismes de sécurité sociale .....	10,5	8,3	Autres passifs.....	15,3	14,2
Produits à recevoir de l'État .....	0,5	0,5			
Autres actifs .....	9,1	8,8			
<b>Total de l'actif</b>	<b>142,4</b>	<b>142,7</b>	<b>Total du passif</b>	<b>142,4</b>	<b>142,7</b>

Sur le champ des régimes de base, du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et du Fonds de réserve pour les retraites (FRR), le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, mesuré par ses capitaux propres négatifs, et qui recouvre pour l'essentiel le cumul des déficits passés restant à financer, s'élevait à 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 trois 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'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (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 d'1 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 Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) à hauteur de 0,7 milliard d'euros en application de la loi de financement 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 milliards d'euros.



## ANNEXE B

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

La présente annexe décrit l'évolution des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de 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.

I. – 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. 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 pour 2018 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

progressive 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 pour les années 2018 à 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 %

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 Fonds de solidarité vieillesse

Recettes, dépenses et soldes du régime général

(En milliards d'euros)

	2017(p)	2018(p)	2019(p)	2020(p)	2021(p)
<b>Maladie</b>					
Recettes	201,9	209,9	215,9	223,0	230,5
Dépenses	206,0	210,6	214,8	219,1	223,8
<b>Solde</b>	<b>-4,1</b>	<b>-0,7</b>	<b>1,1</b>	<b>3,9</b>	<b>6,7</b>
<b>Accidents du travail et maladies professionnelles</b>					
Recettes	12,8	12,6	13,1	13,7	14,3
Dépenses	11,8	12,2	12,4	12,5	12,7
<b>Solde</b>	<b>1,0</b>	<b>0,4</b>	<b>0,8</b>	<b>1,2</b>	<b>1,7</b>
<b>Famille</b>					
Recettes	49,9	51,0	52,5	54,0	56,0
Dépenses	49,6	49,7	50,1	50,5	51,1
<b>Solde</b>	<b>0,3</b>	<b>1,3</b>	<b>2,4</b>	<b>3,5</b>	<b>4,9</b>
<b>Vieillesse</b>					
Recettes	126,2	133,9	137,0	140,3	144,6
Dépenses	124,9	133,6	137,8	142,3	147,6
<b>Solde</b>	<b>1,3</b>	<b>0,2</b>	<b>-0,7</b>	<b>-2,0</b>	<b>-3,0</b>
<b>Régime général consolidé</b>					
Recettes	377,8	394,3	405,3	417,6	431,7
Dépenses	379,4	393,0	401,7	410,9	421,4
<b>Solde</b>	<b>-1,6</b>	<b>1,2</b>	<b>3,5</b>	<b>6,6</b>	<b>10,3</b>

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

(En milliards d'euros)

	2017(p)	2018(p)	2019(p)	2020(p)	2021(p)
<b>Maladie</b>					
Recettes	203,2	211,0	217,0	224,2	231,7
Dépenses	207,3	211,7	215,9	220,3	225,0
<b>Solde</b>	<b>-4,1</b>	<b>-0,7</b>	<b>1,1</b>	<b>3,9</b>	<b>6,7</b>
<b>Accidents du travail et maladies professionnelles</b>					
Recettes	14,3	14,0	14,6	15,2	15,9
Dépenses	13,2	13,5	13,7	13,9	14,2
<b>Solde</b>	<b>1,1</b>	<b>0,5</b>	<b>0,8</b>	<b>1,2</b>	<b>1,7</b>
<b>Famille</b>					
Recettes	49,9	51,0	52,5	54,0	56,0
Dépenses	49,6	49,7	50,1	50,5	51,1
<b>Solde</b>	<b>0,3</b>	<b>1,3</b>	<b>2,4</b>	<b>3,5</b>	<b>4,9</b>
<b>Vieillesse</b>					
Recettes	232,6	236,6	241,3	246,2	251,7
Dépenses	231,1	236,4	242,3	248,5	255,6
<b>Solde</b>	<b>1,5</b>	<b>0,2</b>	<b>-0,9</b>	<b>-2,3</b>	<b>-3,8</b>
<b>Régimes obligatoires de base</b>					
Recettes	486,3	498,9	511,5	525,4	540,9
Dépenses	487,6	497,7	508,1	519,1	531,4
<b>Solde</b>	<b>-1,3</b>	<b>1,3</b>	<b>3,3</b>	<b>6,4</b>	<b>9,4</b>

Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	2017(p)	2018(p)	2019(p)	2020(p)	2021(p)
Recettes	16,0	15,8	16,2	16,8	17,4
Dépenses	19,7	19,3	19,0	18,3	18,2
<b>Solde</b>	<b>-3,6</b>	<b>-3,5</b>	<b>-2,7</b>	<b>-1,5</b>	<b>-0,8</b>

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

(En milliards d'euros)

	2017(p)	2018(p)	2019(p)	2020(p)	2021(p)
Recettes	376,1	392,5	404,4	418,1	432,9
Dépenses	381,3	394,8	403,7	412,9	423,4
<b>Solde</b>	<b>-5,2</b>	<b>-2,2</b>	<b>0,8</b>	<b>5,1</b>	<b>9,5</b>

Recettes, dépenses et soldes des régimes obligatoires de base  
et du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	2017(p)	2018(p)	2019(p)	2020(p)	2021(p)
Recettes	483,1	496,1	509,6	525,0	541,1
Dépenses	488,0	498,3	509,0	520,1	532,5
<b>Solde</b>	<b>-4,9</b>	<b>-2,2</b>	<b>0,6</b>	<b>4,9</b>	<b>8,6</b>

3. La résorption de la dette de la sécurité sociale, effective depuis trois 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.

II. – L'amélioration des soldes de l'ensemble des branches traduit l'effort de maîtrise des dépenses

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 projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 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 convention d'objectifs et de gestion (COG) qui devra être signée au début de l'année 2018 avec la Caisse nationale des allocations familiales 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 prestation d'accueil du jeune enfant (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'il était gelé 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. 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 tendancier 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.

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<sup>er</sup> avril 2018, de 35 euros par mois au 1<sup>er</sup> janvier 2019 et de 35 euros par mois au 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier à compter de 2019. La date de revalorisation du minimum vieillesse sera ainsi avancée de 3 mois (du 1<sup>er</sup> avril au 1<sup>er</sup> 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.

4. La branche Accidents du travail – maladies professionnelles 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.

III. – 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

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 projet de loi de financement de la sécurité sociale 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 projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 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 pour 2018, 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. À la différence du CICE et du CITS, cet allègement bénéficiera à tous les employeurs dans des conditions identiques, qu'ils soient ou non assujettis à l'impôt sur les sociétés ou à la taxe sur les salaires.

– 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 projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 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.

2. La suppression du Régime social des indépendants (RSI) en vue de son assimilation progressive par le régime général, constitue une réforme structurelle de la protection sociale, cohérente avec ses principes fondateurs

À compter du 1<sup>er</sup> 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

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies professionnelles	Régimes de base	Régimes de base et Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives .....	88,7	137,2	29,8	13,2	267,1	267,1
Cotisations prises en charge par l'État .....	2,6	2,5	0,8	0,1	6,0	6,0
Cotisations fictives d'employeur .....	0,4	39,7	0,0	0,3	40,4	40,4
Contribution sociale généralisée .....	93,4	0,0	10,4	0,0	103,5	115,4
Impôts, taxes et autres contributions sociales .....	20,0	19,5	9,4	0,0	48,9	53,0
Charges liées au non recouvrement .....	-1,0	-0,8	-0,3	-0,2	-2,3	-2,5
Transferts .....	3,1	37,5	0,2	0,1	29,3	10,7
Produits financiers .....	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1
Autres produits .....	3,9	0,9	0,7	0,4	5,9	5,9
<b>Total .....</b>	<b>211,0</b>	<b>236,6</b>	<b>51,0</b>	<b>14,0</b>	<b>498,9</b>	<b>496,1</b>

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

Exercice 2018

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies professionnelles	Régime général	Régimes de base et Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives .....	87,9	87,4	29,8	12,3	215,6	215,6
Cotisations prises en charge par l'État .....	2,6	2,2	0,8	0,1	5,7	5,7
Cotisations fictives d'employeur .....	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	115,4
Impôts, taxes et autres contributions sociales .....	20,0	15,2	9,4	0,0	44,5	48,7
Charges liées au non recouvrement .....	-1,0	-0,6	-0,3	-0,1	-2,1	-2,4
Transferts .....	3,1	29,4	0,2	0,0	21,7	4,2
Produits financiers .....	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits .....	3,8	0,3	0,7	0,4	5,2	5,2
<b>Total .....</b>	<b>209,9</b>	<b>133,9</b>	<b>51,0</b>	<b>12,6</b>	<b>394,3</b>	<b>392,5</b>

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

Exercice 2018

(En milliards d'euros)

	<b>Fonds de solidarité vieillesse</b>
Cotisations effectives .....	0,0
Cotisations prises en charge par l'État .....	0,0
Cotisations fictives d'employeur .....	0,0
Contribution sociale généralisée .....	11,9
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
<b>Total .....</b>	<b>15,8</b>

*Vu pour être annexé au projet de loi adopté par l'Assemblée nationale dans sa séance du 4 décembre 2017.*

*Le Président,*  
*Signé : FRANÇOIS DE RUGY*



ISBN 978-2-11-144566-6



9 782111 445666

ISSN 1240 - 8468

---

Imprimé par l'Assemblée nationale