



TEXTE ADOPTE n° 716
« Petite loi »

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

SESSION ORDINAIRE DE 2021-2022

29 novembre 2021

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2022.

(Texte définitif)

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

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 1^{re} lecture : **4523, 4568, 4572** et T.A. **683**.

Commission mixte paritaire : **4687**.

Nouvelle lecture : **4685, 4701** et T.A. **698**.

Lecture définitive : **4725**.

Sénat : 1^{re} lecture : **118, 130, 122** et T.A. **34** (2021-2022).

Commission mixte paritaire : **154** et **155** (2021-2022).

Nouvelle lecture : **189, 220** et T.A. **45** (2021-2022).

PREMIÈRE PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2020

Article 1^{er}

Au titre de l'exercice 2020, sont approuvés :

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

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde	
Maladie.....	209,8	240,2	-30,5	
Accidents du travail et maladies professionnelles ..	13,5	13,6	-0,1	
Vieillesse	241,2	246,1	-4,9	
Famille.....	48,2	50,0	-1,8	
Toutes branches (hors transferts entre branches) ..	499,3	536,6	-37,3	
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse.....	497,2	537,0	-39,7	;

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

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde	
Maladie	208,3	238,8	-30,4	
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	12,1	12,3	-0,2	
Vieillesse	135,9	139,6	-3,7	
Famille	48,2	50,0	-1,8	
Toutes branches (hors transferts entre branches)...	391,6	427,8	-36,2	
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	390,8	429,4	-38,7	;

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

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde	
Fonds de solidarité vieillesse.....	16,7	19,1	-2,5	;

4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 219,4 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 16,1 milliards d'euros.

Article 2

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2020, 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 2020 figurant à l'article 1^{er}.

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2021

Article 3

I. – Les personnes participant à la campagne vaccinale dans le cadre de la lutte contre la covid-19 en centre de vaccination qui sont directement rémunérées pour cette activité par un organisme local d'assurance maladie et qui ne sont pas affiliées en tant que travailleurs indépendants au titre d'une autre activité sont affiliées à la sécurité sociale, au titre de leur participation à cette campagne, dans les conditions suivantes :

1° Les médecins salariés ou agents publics qui participent à la campagne vaccinale en dehors de l'exécution de leur contrat de travail ou de leurs obligations de service ainsi que les médecins retraités et les étudiants en médecine sont affiliés au régime général de sécurité sociale dans les conditions applicables aux travailleurs indépendants, ainsi qu'aux régimes prévus aux articles L. 640-1, L. 644-1 et L. 646-1 du code de la sécurité sociale. Les cotisations et contributions sociales assises sur les rémunérations issues de cette activité sont calculées sur la base d'un taux global fixé dans les conditions prévues au premier alinéa du I de l'article L. 642-4-2 du même code ;

2° Les personnes ne relevant pas du 1° du présent I sont affiliées au régime général dans les conditions applicables aux personnes mentionnées à l'article L. 311-2 du code de la sécurité sociale. Ces personnes sont redevables de cotisations et contributions sociales assises sur les rémunérations perçues diminuées d'un abattement forfaitaire, fixé par décret, qui ne peut être inférieur à l'abattement prévu au premier alinéa du 1 de l'article 102 *ter* du code général des impôts ni supérieur au plus élevé des abattements prévus à la première phrase du cinquième alinéa du 1 de l'article 50-0 du même code.

Les cotisations et contributions sociales dues par les personnes mentionnées aux 1° et 2° du présent I sont précomptées par l'organisme local d'assurance maladie qui les rémunère pour le compte des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale. Les dispositions relatives aux garanties et aux sanctions prévues pour le recouvrement des cotisations et contributions sociales du régime général leur sont applicables.

Le présent I s'applique aux rémunérations perçues depuis le 1^{er} janvier 2021.

II. – A. – À titre exceptionnel, par dérogation aux plafonds et aux délais de carence définis aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale, aux deux premiers alinéas de l'article L. 643-6 du même code ainsi qu'au deuxième alinéa de l'article L. 84 et à l'article L. 85 du code des pensions civiles et militaires de retraite, une pension de vieillesse liquidée au titre d'un régime de base légalement obligatoire peut être entièrement cumulée, entre le 1^{er} octobre 2020 et le 31 décembre 2021, avec les revenus tirés d'une activité reprise ou poursuivie en qualité de professionnel de santé au sens de la quatrième partie du code de la santé publique.

B. – Le présent II est applicable au régime de retraite défini à l'article 5 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte.

Article 4

L'ordonnance n° 2020-505 du 2 mai 2020 instituant une aide aux acteurs de santé conventionnés dont l'activité est particulièrement affectée par l'épidémie de covid-19 est ainsi modifiée :

1° Après l'article 1^{er} *bis*, il est inséré un article 1^{er} *ter* ainsi rédigé :

« Art. 1^{er} *ter*. – I. – Peuvent également bénéficier de l'aide mentionnée à l'article 1^{er}, sur leur demande, les professionnels de santé libéraux, installés dans l'une des communes mentionnées à l'annexe 3 au décret n° 2020-371 du 30 mars 2020 relatif au fonds de solidarité à destination des entreprises particulièrement touchées par les conséquences économiques, financières et sociales de la propagation de l'épidémie de covid-19 et des mesures prises pour limiter cette propagation, dans sa rédaction résultant du décret n° 2020-1770 du 30 décembre 2020 relatif au fonds de solidarité à destination des entreprises particulièrement touchées par les conséquences économiques, financières et sociales de la propagation de l'épidémie de covid-19 et des mesures prises pour limiter cette propagation, ayant constaté une baisse d'activité au cours d'une période allant du 1^{er} décembre 2020 jusqu'à une date fixée par décret, et au plus tard jusqu'au 30 avril 2021.

« II. – Une aide versée par la Caisse nationale de l'assurance maladie destinée aux médecins libéraux affectés par la répétition des déprogrammations au second semestre de l'année 2021 est instituée.

« Elle vise à garantir le maintien d'un niveau minimal d'honoraires, pour compenser la baisse des revenus d'activité au cours de la période allant du 1^{er} juillet 2021 jusqu'à une date fixée par décret, et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2021, aux médecins signataires de la convention mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale exerçant une activité libérale dans un établissement de santé privé et répondant sur la période aux conditions cumulatives suivantes :

« 1° Leur activité, en raison de sa nature particulière, a subi une baisse significative par rapport à une activité normale ;

« 2° L'activité de l'établissement dans lequel ils exercent a été significativement impactée à des fins de maîtrise de l'épidémie de covid-19 ;

« 3° La région dans laquelle est situé l'établissement a connu une tension hospitalière soutenue.

« Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret. » ;

2° À la fin du deuxième alinéa de l'article 3, l'année : « 2021 » est remplacée par l'année : « 2022 ».

Article 5

I. – Au *a* de l'article L. 138-2 du code de la sécurité sociale, le taux : « 1,75 % » est remplacé par le taux : « 1,5 % ».

II. – Le I s'applique à la contribution prévue à l'article L. 138-1 du code de la sécurité sociale due à compter de l'exercice 2021.

Article 6

I. – L'article 50 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa du I est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Lorsqu'un contrat ou un avenant au précédent contrat a pour seul objet de concourir à la compensation des charges résultant d'opérations d'investissements structurants, il peut être conclu jusqu'au 31 décembre 2028. Les versements interviennent avant le 31 décembre 2030. » ;

2° Le V est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au premier alinéa du présent V, la dotation ou la fraction de la dotation concourant à la compensation des charges résultant d'opérations d'investissements structurants peut être comptabilisée en plusieurs fois en fonction de l'échéancier des versements. »

II. – Le Gouvernement adresse au Parlement un rapport annuel d'information sur le versement de la dotation mentionnée au I. Ce rapport dresse la liste des établissements bénéficiaires de cette dotation et du montant qui leur est versé.

Article 7

I. – L'article L. 314-3-3 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Après le mot : « établissements », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « et services mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 du présent code. » ;

2° Le deuxième alinéa est supprimé.

II. – L'article L. 174-9-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, ainsi que les structures dénommées "lits halte soins santé", les structures dénommées "lits d'accueil médicalisés" et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue » sont remplacés par les mots : « établissements et services » ;

2° Au second alinéa, après le mot : « établissements », sont insérés les mots : « et services ».

III. – Les I et II du présent article sont applicables à compter du 1^{er} septembre 2021.

Article 8

I. – Le 1° de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la fin du dernier alinéa, le taux : « 28,14 % » est remplacé par le taux : « 24,33 % » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« – à la branche mentionnée au 5° du même article, pour une fraction correspondant à 3,81 % ; ».

II. – Après le 2° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un 2° *bis* ainsi rédigé :

« 2° *bis* Une fraction du produit de la taxe sur les salaires, dans les conditions fixées au 1° du même article L. 131-8 ; ».

III. – Les I et II du présent article sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2021.

Article 9

Au titre de l'année 2021, sont rectifiés :

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

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie.....	203,9	233,6	-29,7
Accidents du travail et maladies professionnelles ...	14,7	13,9	0,8
Vieillesse.....	247,2	250,4	-3,3
Famille.....	50,8	49,4	1,4
Autonomie.....	32,0	32,4	-0,5
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	534,2	565,5	-31,2
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse.....	532,1	565,8	-33,7

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

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie.....	202,4	232,1	-29,7
Accidents du travail et maladies professionnelles..	13,2	12,5	0,7
Vieillesse.....	140,8	143,7	-3,0
Famille.....	50,8	49,4	1,4
Autonomie.....	32,0	32,4	-0,5
Toutes branches (hors transferts entre branches)....	425,4	456,4	-31,0
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse.....	424,5	458,0	-33,5

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

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse.....	17,2	19,6	-2,5

4° Les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, lesquelles sont nulles ;

5° Les prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse, lesquelles sont nulles ;

6° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, qui est fixé à 17,4 milliards d'euros.

Article 10

Au titre de l'année 2021, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs sont rectifiés ainsi qu'il suit :

(En milliards d'euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	105,0
Dépenses relatives aux établissements de santé	95,5
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées....	14,2
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées.....	12,5
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional	4,3
Autres prises en charge	7,3
Total	238,8

Article 11

L'article 95 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 est ainsi modifié :

1° Au I, le montant : « 1 032 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 1 035 millions d'euros » ;

2° Au II, le montant : « 100 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 90 millions d'euros ».

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2022

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE

CHAPITRE I^{ER}

Poursuivre les actions de simplification et d'équité du prélèvement

Article 12

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

1° À la deuxième phrase de l'article L. 133-4-11, après le mot : « principal », sont insérés les mots : « par les employeurs » ;

2° Le I de l'article L. 213-1, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, est ainsi modifié :

a) Après le 2°, il est inséré un 2° *bis* ainsi rédigé :

« 2° *bis* Par dérogation au 2° du présent I, le recouvrement des cotisations et contributions sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 dues par les travailleurs indépendants libéraux affiliés à la section professionnelle compétente pour les psychothérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, ostéopathes, chiropracteurs et diététiciens mentionnés au 1° de l'article L. 640-1 ainsi que pour les experts devant les tribunaux, les experts automobile et les personnes bénéficiaires de l'agrément prévu à l'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles mentionnés au 2° de l'article L. 640-1 et dues par les professions mentionnées aux 3°, 4° et 6° à 8° du même article L. 640-1 ; »

b) Au 4°, les références : « L. 137-10 à L. 137-17 et L. 834-1 du présent code » sont remplacées par les références : « et L. 137-10 à L. 137-17 du présent code, à l'article L. 813-4 du code de la construction et de l'habitation » ;

3° L'article L. 225-1-1 est ainsi modifié :

a) Le 5° est ainsi modifié :

– les quatrième à sixième alinéas sont remplacés par les six alinéas ainsi rédigés :

« a) Pour les cotisations et contributions sociales mentionnées au 1° du I de l'article L. 213-1, à l'exception de celles affectées aux branches du régime général mentionnées à l'article L. 200-2 ainsi que de celles dues par les personnes qui relèvent du régime spécial de sécurité sociale des marins ;

« b) Pour les versements mentionnés aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales ;

« c) Pour les cotisations mentionnées au 6° du I de l'article L. 213-1 du présent code, à l'exception de celle prévue à l'article L. 6331-48 du code du travail ;

« d) Pour la cotisation obligatoire et le prélèvement supplémentaire obligatoire mentionnés au 1° de l'article 12-2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ainsi que pour la majoration mentionnée à l'article 12-2-1 de la même loi ;

« e) Pour la contribution mentionnée au 1° du I de l'article L. 2135-10 du code du travail ;

« f) Pour les cotisations ou contributions autres que celles d'origine légale ou conventionnelle prévues par la loi mentionnées au 1° de l'article L. 133-5-7 du présent code. » ;

– au septième alinéa, après le mot : « fixé », sont insérés les mots : « par attributaire ou catégorie d'attributaires, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, » et les mots : « du taux mentionné au premier alinéa du B du I de l'article 1641 du code général des impôts ou » et, à la fin, les mots : « , si ce taux est inférieur » sont supprimés ;

– à l'avant-dernier alinéa, le mot : « septième » est remplacé par le mot : « dixième » ;

b) Le 7° est complété par les mots : « applicable sur les cotisations dues à ces régimes par les employeurs relevant des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 ou des organismes de recouvrement mentionnés à l'article L. 723-1 du code rural et de la pêche maritime » ;

c) Le 7° *bis* est ainsi rédigé :

« 7° *bis* De compenser la perte de cotisations résultant, pour l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail, du dispositif de réduction dégressive prévu à l'article L. 241-13 du présent code, applicable aux cotisations dues à cet organisme par les employeurs relevant des organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 133-9, L. 213-1 et L. 752-1 du présent code ainsi qu'à ceux mentionnés aux *a* à *f* de l'article L. 5427-1 du code du travail ; »

4° L'article L. 225-1-5 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 225-1-5.* – Sans préjudice des dispositions particulières prévoyant d'autres règles d'affectation, le produit des majorations de retard et des pénalités dues par les redevables est réparti entre les branches du régime général de sécurité sociale dans des conditions déterminées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. » ;

5° L'article L. 613-9 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « revenu », la fin de la première phrase est supprimée ;

b) La seconde phrase est ainsi rédigée : « En cas de recouvrement partiel, les cotisations et contributions sont prélevées dans les conditions prévues à l'article L. 133-4-11. » ;

6° L'article L. 640-2 est ainsi rétabli :

« *Art. L. 640-2.* – Pour l'application du présent titre aux travailleurs indépendants libéraux affiliés à la section professionnelle compétente pour les psychothérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, ostéopathes, chiropracteurs et diététiciens mentionnés au 1° de l'article L. 640-1 ainsi que pour les experts devant les tribunaux, les experts automobile et les personnes bénéficiaires de l'agrément prévu à l'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles mentionnés au 2° de l'article L. 640-1 du présent code et aux professions mentionnées aux 3°, 4° et 6° à 8° du même article L. 640-1 qui ne relèvent pas des dispositions mentionnées à l'article L. 613-7, les cotisations sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 sont recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables en matière de cotisations et contributions de sécurité sociale dues par les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 611-1.

« Les cotisations et contributions sociales mentionnées au premier alinéa du présent article sont affectées :

« 1° Pour la cotisation mentionnée à l'article L. 642-1, à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales, qui procède à sa répartition selon les conditions prévues à l'article L. 642-5 ;

« 2° Pour les cotisations sociales mentionnées aux articles L. 644-1 et L. 644-2, à la section professionnelle mentionnée au premier alinéa du présent article.

« Une convention conclue entre les organismes mentionnés aux 1° et 2° du présent article et ceux mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 et approuvée par le ministre chargé de la sécurité sociale définit les modalités d'affectation de ces cotisations et contributions. » ;

7° Au début du premier alinéa de l'article L. 641-8 et de la première phrase du premier alinéa de l'article L. 642-5, sont ajoutés les mots : « Sous réserve du 2° bis de l'article L. 213-1 et de l'article L. 640-2, ».

II. – Le dernier alinéa de l'article L. 5422-16 du code du travail est ainsi rédigé :

« Une convention conclue entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage mentionné à l'article L. 5427-1 précise les conditions garantissant à ce dernier la pleine autonomie de gestion. Elle régit les relations financières entre les deux organismes dans le cadre fixé à l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale, en fixant des modalités de reversement de recettes affectées à l'assurance chômage de manière à assurer la neutralité des flux financiers pour la trésorerie de l'organisme gestionnaire du régime et précise les données nécessaires à l'exercice de ses activités, en particulier concernant les masses salariales assujetties et les établissements cotisants. Elle fixe également les conditions dans lesquelles est assurée la vérification de l'exhaustivité des sommes dues par les employeurs et définit les objectifs de la politique de contrôle et de lutte contre la fraude. Les modalités de rémunération du service rendu par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général sont fixées en application du même article L. 225-1-1. »

III. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2023, sous réserve des A à F du présent III.

A. – Les 1^o, 3^o, 4^o et 5^o du I entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2022 et sont applicables aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'activité courant à compter de cette date. Les créances de cotisations et contributions sociales et les créances accessoires correspondant aux restes à recouvrer dus aux attributaires par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale avant cette date font l'objet d'un versement à hauteur de la valeur estimée recouvrable de ces créances au 1^{er} janvier 2022. Les modalités de règlement desdites créances, notamment leur échelonnement, sont fixées par convention entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et les attributaires concernés.

B. – Le II entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

C. – Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale assurent, à compter du 1^{er} janvier 2023, le recouvrement des cotisations et l'acquittement des dettes afférentes aux périodes antérieures, pour le compte de la section professionnelle compétente pour les psychothérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, ostéopathes, chiropracteurs et diététiciens mentionnés au 1^o de l'article L. 640-1 du même code ainsi que pour les experts devant les tribunaux, les experts automobile et les personnes bénéficiaires de l'agrément prévu à l'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles mentionnés au 2^o de l'article L. 640-1 du code de la sécurité sociale et les professions mentionnées aux 3^o, 4^o et 6^o à 8^o du même article L. 640-1.

Un décret prévoit, pour la période du 1^{er} janvier 2022 au 30 juin 2023, les modalités d'organisation des travaux conduits par les deux organismes et la section professionnelle susmentionnés pour le transfert de ces compétences.

D. – Au cours d'une période dont le terme ne peut excéder le 30 juin 2022, la section professionnelle mentionnée au C du présent III et les organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale préparent le transfert des contrats de travail des salariés de ladite section qui sont chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 du même code ou exerçant au sein des services supports associés à cette activité. Ils identifient les salariés à transférer selon l'emploi occupé par le salarié, selon la part de son activité consacrée directement ou indirectement au recouvrement ainsi que selon ses compétences professionnelles. Ces critères sont repris par une convention entre les organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 dudit code, laquelle prévoit également, le cas échéant, pour chaque salarié, une solution de reprise adaptée à sa situation.

Au plus tard le 1^{er} janvier 2023, les contrats de travail des salariés de la section professionnelle mentionnée au C du présent III chargés du recouvrement qui ont été identifiés selon les modalités définies au premier alinéa du présent D sont transférés de plein droit aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale, dans le respect des solutions de reprise mentionnées au premier alinéa du présent D.

Jusqu'au transfert de leur contrat de travail, les salariés de la section professionnelle mentionnée au C du présent III restent régis à titre exclusif par les statuts collectifs de cette section.

E. – Avant le 31 juillet 2022, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale ayant vocation à accueillir les salariés transférés, la section professionnelle mentionnée au C du présent III et les organisations syndicales de salariés représentatives qui respectent les critères fixés à l'article L. 2121-1 du code du travail engageant des négociations au sein de ladite section afin de conclure des accords précisant les modalités, conditions et garanties s'appliquant aux salariés dans le cadre de leur transfert vers ces organismes et prévoyant, le cas échéant, les dispositions résultant des statuts collectifs de la section professionnelle mentionnée au C du présent III s'appliquant aux salariés transférés, à l'exclusion des stipulations portant sur le même objet des conventions collectives de sécurité sociale et des accords applicables dans les organismes auxquels leurs contrats de travail sont transférés.

Ces accords sont conclus selon les modalités prévues aux articles L. 2232-12 à L. 2232-20 du code du travail.

À défaut d'accord avant leur transfert, l'article L. 2261-14 du même code est applicable.

Ces accords s'appliquent à compter du transfert des salariés concernés, et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2025. Après cette date, les statuts collectifs des organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale s'appliquent intégralement et à titre exclusif aux salariés qui leur sont transférés.

F. – Les dates d'entrée en vigueur prévues aux C à E du présent III peuvent être reportées par décret, dans la limite de deux ans.

Article 13

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

1° L'article L. 133-5-12 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

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

– après la référence : « 6° », est insérée la référence : « à 9° » ;

b) À la première phrase du troisième alinéa, après le mot : « prélèvement », il est inséré le mot : « bancaire » ;

c) Le quatrième alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, la référence : « présent article » est remplacée par la référence : « présent I » ;

– à la deuxième phrase, après le mot : « alinéa », est insérée la référence : « du présent I » ;

d) Le cinquième alinéa est ainsi modifié :

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

– après le mot : « alinéa », est insérée la référence : « du I » ;

e) Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Du montant alloué au titre des prestations sociales prévues aux articles L. 232-1 et L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles, pour financer les dépenses d'aide humaine auxquelles se rapporte le prélèvement, lorsque le département débiteur a conclu la convention mentionnée à l'article L. 133-8-9 du présent code ; »

f) Sont ajoutés huit alinéas ainsi rédigés :

« 5° D'une aide spécifique au financement des services à la personne fournis à domicile, liquidée lors de ce prélèvement et servie par un organisme désigné selon les modalités prévues à l'article L. 133-5-10 pour le compte de l'État, accordée aux personnes domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts. Le montant de cette aide est égal à 50 % des dépenses effectivement supportées auxquelles se rapporte le prélèvement et qui sont éligibles au crédit d'impôt prévu à l'article 199 *sexdecies* du même code, dans la limite d'un plafond annuel fixé par décret en fonction de la composition du foyer fiscal des personnes concernées ;

« 6° D'une aide spécifique au financement de la garde des enfants en dehors du domicile, liquidée lors de ce prélèvement et servie par un organisme désigné selon les modalités prévues à l'article L. 133-5-10 du présent code pour le compte de l'État, accordée aux personnes domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts. Le montant de cette aide est égal à 50 % des dépenses effectivement supportées auxquelles se rapporte le prélèvement et qui sont éligibles au crédit d'impôt prévu à l'article 200 *quater* B du même code, dans la limite d'un plafond annuel fixé par décret en fonction de la composition du foyer fiscal des personnes concernées.

« Le montant des aides spécifiques prévues aux 5° et 6° du présent II est régularisé lors de l'établissement de l'impôt sur le revenu, dans les conditions prévues à l'article 1665 *ter* du code général des impôts.

« Pour les personnes mentionnées au 9° de l'article L. 133-5-6 du présent code, la contribution mentionnée à l'article L. 7233-1 du code du travail n'est pas éligible aux aides spécifiques prévues aux 5° et 6° du présent II.

« III. – Le prélèvement mentionné au troisième alinéa du I tient compte, le cas échéant, des sommes versées par le particulier employeur à son salarié, directement ou par l'intermédiaire des personnes mentionnées au 9° de l'article L. 133-5-6.

« Le montant de ces versements ne peut pas excéder 50 % de la rémunération et des cotisations et contributions sociales dues.

« Lorsque l'employeur réalise ces versements autrement que par des titres spéciaux de paiement émis par l'un des organismes habilités mentionnés à l'article L. 1271-10 du code du travail ayant conclu la convention prévue au 2° du II du présent article, il conserve les pièces justificatives, dans la limite de la prescription prévue à l'article L. 244-3 du présent code.

« IV. – Sans préjudice des sanctions pénales applicables, l'employeur ou le salarié qui déclarent des prestations fictives sont exclus du dispositif, dans des conditions et pour une durée fixées par voie réglementaire. » ;

2° À la fin de l'intitulé de la section 4 du chapitre III *bis* du titre III du livre I^{er}, le mot : « employeurs » est remplacé par les mots : « recourant à des services à la personne » ;

3° L'article L. 133-8-3 est ainsi rédigé :

« Art. L. 133-8-3. – Sans préjudice des articles L. 133-5-12 et L. 133-8-4, lorsque le particulier bénéficie d'une prise en charge le dispensant de faire

l'avance des dépenses de toute nature relevant d'un plan d'aide élaboré dans le cadre de l'allocation prévue à l'article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles ou de celle prévue à l'article L. 245-1 du même code et que cette allocation est versée sous forme de titres spéciaux de paiement mentionnés au B de l'article L. 1271-1 du code du travail, le montant de la prise en charge relative aux cotisations et contributions sociales dues par l'allocataire pour l'emploi d'un salarié est calculé par l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code au vu des éléments déclarés par le particulier employeur ou les organismes exerçant l'activité mentionnée au 1° de l'article L. 7232-6 du code du travail, dans la limite des montants prévus par le plan d'aide ou le plan personnalisé de compensation. Les modalités de paiement direct des cotisations et contributions sociales auprès de cet organisme de recouvrement par le département pour le compte du particulier et, le cas échéant, par ce dernier pour la part qui demeure à sa charge sont prévues par décret. » ;

4° La sous-section 2 de la section 4 du chapitre III *bis* du titre III du livre I^{er} est ainsi rédigée :

« *Sous-section 2*

« *Dispositifs simplifiés de déclaration et de paiement
des organismes de services à la personne par les particuliers*

« *Art. L. 133-8-4. – I. – Tout particulier domicilié en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts peut demander à utiliser un dispositif dématérialisé de déclaration et de paiement des prestations suivantes réalisées par des personnes morales ou des entreprises individuelles adhérant à ce dispositif :*

« 1° Prestations de service à la personne réalisées à domicile selon les modalités prévues aux 2° et 3° de l'article L. 7232-6 du code du travail ;

« 2° Prestations d'accueil des enfants réalisées hors du domicile par un assistant maternel agréé mentionné à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles employé par une personne morale de droit public ou de droit privé.

« II. – Le dispositif prévu au I du présent article permet à un particulier :

« 1° D'autoriser la personne morale ou l'entreprise individuelle qui réalise les prestations à déclarer à l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10 les sommes dues au titre des prestations qu'elle a réalisées, dont il est simultanément informé ;

« 2° D'accepter ou de contester la déclaration mentionnée au 1° du présent II auprès de l'organisme de recouvrement. Sans préjudice des voies de recours qui sont ouvertes en cas de litige entre un particulier et un prestataire, cette déclaration est réputée acceptée en l'absence de contestation dans un délai de deux jours francs à compter de sa réception par le particulier ;

« 3° D'autoriser l'organisme de recouvrement à prélever sur un compte bancaire les sommes nécessaires au paiement des prestations acceptées, à l'expiration d'un délai de deux jours francs, après prise en compte, le cas échéant, des montants mentionnés aux 3°, 5° et 6° du II de l'article L. 133-5-12.

« III. – Le dispositif prévu au I du présent article permet à la personne morale ou à l'entreprise individuelle qui réalise les prestations :

« 1° D'enregistrer les particuliers qui en font la demande auprès de l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10, pour leur permettre d'utiliser ce dispositif ;

« 2° De déclarer les informations relatives aux sommes dues par chaque particulier pour lequel elle a réalisé des prestations. Le prestataire est tenu de déclarer les sommes directement reçues, le cas échéant, du particulier. Dans ce cas, le particulier et le prestataire en conservent les pièces justificatives, dans la limite de la prescription prévue à l'article L. 244-3 ;

« 3° De percevoir de l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10 le montant dû par chaque particulier, après déduction, le cas échéant, des sommes versées directement par celui-ci dans les conditions mentionnées au 2° du présent III.

« IV. – Les personnes dont l'activité consiste à mettre un particulier en relation avec une personne morale ou une entreprise individuelle réalisant les prestations mentionnées au I peuvent, lorsqu'elles sont mandatées par ce prestataire, effectuer les démarches mentionnées aux 1° et 2° du III dans les conditions prévues à l'article L. 133-11.

« *Art. L. 133-8-5.* – Toute personne morale ou entreprise individuelle réalisant des prestations de service à la personne selon les modalités prévues aux 2° et 3° de l'article L. 7232-6 du code du travail peut être autorisée, par l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 du présent code, à adhérer au dispositif dématérialisé mentionné à l'article L. 133-8-4, sous réserve :

« 1° De respecter les conditions d'agrément, de déclaration et d'autorisation fixées aux articles L. 7232-1 à L. 7232-1-2 du code du travail ;

« 2° De ne pas avoir fait l'objet d'un constat de l'infraction mentionnée à l'article L. 8211-1 du même code au cours des cinq années précédentes ;

« 3° D'être à jour de ses obligations de déclaration et de paiement auprès des organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du présent code ;

« 4° D'être à jour de ses obligations de déclaration et de paiement en matière d'impôts sur les sociétés ou, le cas échéant, d'impôt sur le revenu et de taxe sur la valeur ajoutée ;

« 5° D'approuver une charte d'utilisation du service établie par l'organisme mentionné à l'article L. 225-1, qui précise notamment les modalités techniques d'accès au dispositif, de paiement des prestations et de reversement des sommes versées à tort ainsi que ses engagements en matière d'accompagnement des particuliers, de réponse aux contestations et de communication sur le service.

« *Art. L. 133-8-6.* – Sont exclus de la possibilité d'utiliser le dispositif, dans des conditions et pour une durée fixées par décret :

« 1° Le particulier, en cas de défaut total ou partiel de paiement des sommes dues après acceptation de la prestation. La personne morale ou l'entreprise individuelle qui a réalisé les prestations recouvre alors elle-même les sommes qui lui sont dues auprès de son client ;

« 2° Sans préjudice des sanctions pénales applicables, le particulier, la personne morale ou l'entreprise individuelle qui accepte ou déclare des prestations fictives ;

« 3° La personne qui réalise les prestations, en cas de méconnaissance des exigences résultant de la charte mentionnée au 5° de l'article L. 133-8-5.

« *Art. L. 133-8-7.* – Dans les cas mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 133-8-6, l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10 notifie au prestataire les sommes qui lui ont été versées à tort, en l'invitant à les payer ou à produire ses observations sous un délai de trente jours puis, en l'absence de paiement ou d'observations, les recouvre par prélèvement bancaire au terme du même délai. Le cas échéant, ce même organisme restitue au particulier les montants que celui-ci a versés à tort.

« Si le prélèvement mentionné au premier alinéa du présent article n'a pas permis de recouvrer les sommes versées à tort ou en cas de rejet total ou partiel des observations du prestataire, le directeur de l'organisme de

recouvrement lui adresse, par tout moyen permettant de conférer date certaine à sa réception, une mise en demeure de payer dans un délai d'un mois. La mise en demeure peut concerner plusieurs montants préalablement notifiés.

« Lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'organisme de recouvrement peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal judiciaire spécialement désigné en application de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire.

« Une majoration de 10 % est applicable aux sommes réclamées qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure. Cette majoration peut faire l'objet d'une remise gracieuse totale ou partielle après règlement des sommes dues.

« Sauf en cas de fraude, l'action en recouvrement se prescrit par trois ans à compter de la date de paiement de la somme versée à tort.

« Un décret en Conseil d'État définit les modalités d'application du présent article.

« *Art. L. 133-8-8.* – L'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10 met les organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 territorialement compétents en mesure de procéder, le cas échéant, à une compensation entre le montant des cotisations et contributions sociales leur restant dues au titre de l'emploi de salariés par la personne qui réalise les prestations et les sommes mentionnées au 3° du III de l'article L. 133-8-4. » ;

5° La même section 4 est complétée par une sous-section 3 ainsi rédigée :

« *Sous-section 3*

« *Dispositions diverses*

« *Art. L. 133-8-9.* – En vue de déterminer et de vérifier le montant des dépenses restant à la charge du particulier après application, le cas échéant, des aides mentionnées au 3° du II de l'article L. 133-5-12, dans le cadre des dispositifs prévus au même article L. 133-5-12 et à l'article L. 133-8-4, l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 conclut une convention, conforme à un modèle approuvé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, avec les collectivités territoriales qui versent ces aides. Cette convention précise notamment :

« 1° Les modalités d'échange des informations relatives aux particuliers qui bénéficient des aides, aux montants octroyés, à la nature des aides dont ils bénéficient et, le cas échéant, aux modalités spécifiques d'imputation de ces aides sur les dépenses du particulier ;

« 2° Les modalités de remboursement, par l'organisme ou la collectivité, des montants d'aide avancés pour son compte par l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10 ;

« 3° Les modalités d'échange des informations relatives aux personnes qui réalisent les prestations pour les particuliers bénéficiant des aides ainsi qu'aux montants, aux volumes et à la nature des services déclarés.

« *Art. L. 133-8-10.* – Pour la prise en compte, dans le cadre des dispositifs prévus aux articles L. 133-5-12 et L. 133-8-4, des aides mentionnées aux 5° et 6° du II de l'article L. 133-5-12, l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 et l'administration fiscale concluent une convention précisant les modalités du remboursement de ces aides par l'État.

« Ils échangent les informations nécessaires à l'identification des particuliers susceptibles de bénéficier de ces aides, au calcul de ces aides, à leur imputation dans le cadre des dispositifs mentionnés au premier alinéa du présent article ainsi qu'à leur prise en compte ultérieure pour l'établissement de l'impôt sur le revenu des bénéficiaires. Les données traitées, qui peuvent comporter le numéro d'identification fiscale des personnes physiques, sont conservées dans la limite de la prescription prévue à l'article L. 244-3.

« Le contenu et les modalités de réalisation de ces échanges sont fixés par décret en Conseil d'État. » ;

6° Le dernier alinéa de l'article L. 133-5-6 est supprimé ;

7° À l'article L. 531-8-1, après la première occurrence du mot : « alinéa », est insérée la référence : « du I ».

II. – Le 1 du II de la section I du chapitre I^{er} du livre II du code général des impôts est ainsi modifié :

1° L'article 1665 *bis* est ainsi modifié :

a) Après le deuxième alinéa, sont insérés cinq alinéas ainsi rédigés :

« Pour l'application du deuxième alinéa du présent article, l'acompte est calculé en fonction :

« 1° Du montant du crédit d'impôt prévu à l'article 199 *sexdecies*, après imputation de l'aide spécifique prévue au 5° du II de l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale servie au cours de l'avant-dernière année. Lorsque le montant de l'aide spécifique servie excède le montant du crédit d'impôt, ce dernier est retenu pour une valeur nulle ;

« 2° Du montant du crédit d'impôt prévu à l'article 200 *quater* B du présent code, après imputation de l'aide spécifique prévue au 6° du II de l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale servie au cours de l'avant-dernière année. Lorsque le montant de l'aide spécifique servie excède le montant du crédit d'impôt, ce dernier est retenu pour une valeur nulle.

« Le montant de l'acompte, calculé dans les conditions prévues aux deuxième à cinquième alinéas du présent article, est réduit du montant de l'aide spécifique mentionnée au 5° du II de l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale servie au cours des huit premiers mois de l'année précédant celle du versement de l'acompte, dans la limite de la fraction de l'acompte correspondant au crédit d'impôt prévu à l'article 199 *sexdecies* du présent code.

« Le montant de l'acompte, calculé dans les conditions prévues aux deuxième à cinquième alinéas du présent article, est réduit du montant de l'aide spécifique mentionnée au 6° du II de l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale perçue au cours des huit premiers mois de l'année précédant celle du versement de l'acompte, dans la limite de la fraction de l'acompte correspondant au crédit d'impôt prévu à l'article 200 *quater* B du présent code. » ;

b) À la fin du troisième alinéa, les mots : « calculé dans les conditions prévues au deuxième alinéa » sont remplacés par les mots : « déterminé dans les conditions prévues aux deuxième à septième alinéas du présent article » ;

2° L'article 1665 *ter* est ainsi rétabli :

« Art. 1665 *ter*. – I. – Le montant de l'aide spécifique mentionnée au 5° du II de l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale, constitutive d'un acompte du crédit d'impôt prévu à l'article 199 *sexdecies* du présent code, s'impute sur le montant du crédit d'impôt dont bénéficie l'intéressé au titre de l'année au cours de laquelle les dépenses sont réalisées. Le montant de cet acompte n'est pas déduit des dépenses effectivement supportées mentionnées au 3 du même article 199 *sexdecies*. Lorsque le montant de

l'acompte excède celui du crédit d'impôt, l'excédent est régularisé lors de la liquidation de l'impôt.

« II. – Le montant de l'aide spécifique mentionnée au 6° du II de l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale, constitutive d'un acompte du crédit d'impôt prévu à l'article 200 *quater* B du présent code, s'impute sur le montant du crédit d'impôt dont bénéficie l'intéressé au titre de l'année au cours de laquelle les dépenses sont réalisées. Le montant de cet acompte n'est pas déduit des dépenses effectivement supportées mentionnées au premier alinéa du même article 200 *quater* B. Lorsque le montant de l'acompte excède celui du crédit d'impôt, l'excédent est régularisé lors de la liquidation de l'impôt. »

III. – L'article 20 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 est ainsi modifié :

1° Le 1 du I est ainsi modifié :

a) Au début, sont ajoutés les mots : « Dans la perspective de l'entrée en vigueur de l'article 13 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022, » ;

b) L'année : « 2021 » est remplacée par l'année : « 2022 » ;

2° À la fin de la première phrase du IV, les mots : « deux ans » sont remplacés par les mots : « trois ans, sans préjudice de la mise en œuvre des dispositions du b du 3 du I et du 1° du III après la fin de cette période ».

IV. – Les 1° et 5° du I s'appliquent aux déclarations réalisées au titre des périodes d'emploi de salariés à domicile par des particuliers employeurs courant à compter du 1^{er} janvier 2022 pour les activités de service à la personne mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 7231-1 du code du travail et à compter du 1^{er} janvier 2024 pour les activités de garde d'enfant à domicile mentionnées au 1° du même article L. 7231-1 et pour les activités d'accueil des enfants réalisées par les assistants maternels agréés mentionnés à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles.

Les 4° et 5° du I du présent article s'appliquent aux prestations de service à la personne mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 7231-1 du code du travail réalisées par des personnes morales ou des entreprises individuelles à compter du 1^{er} avril 2022 et aux prestations de garde d'enfant à domicile mentionnées au 1° du même article L. 7231-1 ainsi qu'aux prestations d'accueil des enfants réalisées par les assistants maternels agréés

mentionnés à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles à compter du 1^{er} janvier 2024.

Le 3^o du I du présent article s'applique aux déclarations réalisées au titre des périodes d'emploi de salariés à domicile courant à compter du 1^{er} janvier 2023. Le 6^o du même I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

Article 14

I. – Au premier alinéa de l'article L. 152 du livre des procédures fiscales, après la dernière occurrence du mot : « sociale, », sont insérés les mots : « aux organismes mentionnés à l'article 1^{er} de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, » et la référence : « même code » est remplacée par la référence : « code de la sécurité sociale ».

II. – Le I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

Article 15

Au premier alinéa du IV de l'article 8 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, les mots : « de l'année 2021 » sont remplacés par les mots : « des années 2021 et 2022 ».

Article 16

I. – Le premier alinéa du 1^o *quater* de l'article 83 du code général des impôts est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il en va de même des cotisations ou primes versées par les employeurs publics et leurs agents aux contrats collectifs de protection sociale complémentaire pour lesquels la souscription des agents est rendue obligatoire en application d'un accord prévu au II de l'article 22 *bis* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ou en application de l'arrêté mentionné au II de l'article L. 4123-3 du code de la défense. »

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

1^o Après le 4^o du II de l'article L. 242-1, il est inséré un 4^o *bis* ainsi rédigé :

« 4° *bis* Dans des limites fixées par décret, la participation d'un employeur public au titre d'un contrat collectif de protection sociale complémentaire, versée obligatoirement en application d'un accord prévu au II de l'article 22 *bis* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ou en application de l'arrêté mentionné au II de l'article L. 4123-3 du code de la défense, destinée au financement des garanties de protection sociale complémentaire. Cette participation est exclue de l'assiette des cotisations lorsque les agents de l'employeur public qu'il assure souscrivent obligatoirement à ce contrat ; »

2° Le neuvième alinéa de l'article L. 137-15 est complété par les mots : « , ni les employeurs publics de moins de onze agents au titre de la participation mentionnée au 4° *bis* du II de l'article L. 242-1 du présent code » ;

3° Au deuxième alinéa de l'article L. 137-16, après le mot : « droit, », sont insérés les mots : « pour les contributions des employeurs publics mentionnées au 4° *bis* du II de l'article L. 242-1 du présent code ».

III. – Jusqu'à la date d'entrée en vigueur des contrats sélectionnés en application du III de l'article 22 *bis* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, le 4° *bis* du II de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, le neuvième alinéa de l'article L. 137-15 du même code et le deuxième alinéa de l'article L. 137-16 dudit code sont applicables au remboursement mentionné au II de l'article 4 de l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique versé aux agents publics de l'État et aux militaires.

IV. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

Article 17

I. – La seconde phrase du dernier alinéa de l'article 17 de la loi n° 90-1067 du 28 novembre 1990 relative à la fonction publique territoriale et portant modification de certains articles du code des communes est supprimée.

II. – Le I est applicable aux indemnités perçues à compter du 1^{er} janvier 2022.

Article 18

I. – À la première phrase du deuxième alinéa du II de l'article 9 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale

pour 2021, les mots : « et 2021 » sont remplacés par les mots : « , 2021 et 2022 ».

II. – À la première phrase du second alinéa du A du I de l'article 25 de la loi n° 2021-953 du 19 juillet 2021 de finances rectificative pour 2021, les mots : « de l'année 2021 » sont remplacés par les mots : « des années 2021 et 2022 ».

CHAPITRE II

Améliorer les droits sociaux des travailleurs indépendants

Article 19

I. – L'article L. 243-15 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase du deuxième alinéa, après le mot : « personne », sont insérés les mots : « déclare ses revenus d'activité, » et les mots : « qu'elle » sont supprimés ;

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

« Pour le travailleur indépendant débutant son activité et non encore tenu de déclarer ou de payer des cotisations et contributions sociales, une attestation provisoire est délivrée dès lors que l'activité a été régulièrement déclarée et que l'ensemble des formalités et procédures afférentes à la création d'activité ont été respectées. L'attestation provisoire n'est valide que pour la période courant jusqu'à la première échéance déclarative ou de paiement à laquelle le travailleur indépendant est soumis. »

II. – Les deux dernières phrases de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale sont supprimées.

III. – Le XVII de l'article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, l'année : « 2020 » est remplacée par l'année : « 2023 » et les mots : « les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du même code peuvent proposer à des travailleurs indépendants » sont remplacés par les mots : « les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 611-1 du même code, autres que ceux relevant des articles L. 613-7 et L. 642-4-2 dudit code, peuvent demander aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du même code » ;

2° Après le même premier alinéa, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :

« Pour les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 640-1 du code de la sécurité sociale, le présent XVII s'applique à compter du 1^{er} janvier 2023.

« La déclaration des revenus mensuels ou trimestriels et le paiement des cotisations et des contributions sociales provisionnelles qui en découlent sont effectués par les travailleurs indépendants mentionnés au premier alinéa du présent XVII au moyen d'un téléservice mis en place à cette intention par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale.

« Le présent XVII n'est pas applicable aux cotisations et contributions sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1, L. 644-2, L. 645-2, L. 645-2-1, L. 652-6, L. 652-7, L. 652-9 et L. 654-2 du code de la sécurité sociale dont sont redevables, auprès de la caisse compétente, les travailleurs indépendants mentionnés aux articles L. 640-1 et L. 651-1 du même code, à l'exception de ceux affiliés à la section professionnelle compétente pour les psychothérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, ostéopathes, chiropracteurs et diététiciens mentionnés au 1° de l'article L. 640-1 dudit code ainsi que pour les experts devant les tribunaux, les experts automobiles et les personnes bénéficiaires de l'agrément prévu à l'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles mentionnés au 2° de l'article L. 640-1 du code de la sécurité sociale et les professions mentionnées aux 3°, 4° et 6° à 8° du même article L. 640-1. » ;

3° À la fin de la dernière phrase de l'avant-dernier alinéa, l'année : « 2020 » est remplacée par l'année : « 2022 » ;

4° Le dernier alinéa est supprimé.

IV. – Le deuxième alinéa du VI de l'article 65 de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020 est ainsi modifié :

a) À la fin de la deuxième phrase, la date : « 30 septembre 2021 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2021 » ;

b) À la fin de la dernière phrase, la date : « 30 avril 2021 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2021 ».

V. – À la fin du deuxième alinéa de l'article L. 642-5 du code de la sécurité sociale, les mots : « dispositions prévues à l'article L. 613-7 » sont remplacés par les références : « articles L. 613-7 et L. 642-4-2 ».

VI. – Au B du I et au second alinéa du A du II de l'article 25 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, l'année : « 2022 » est remplacée par l'année : « 2023 » et, à la fin, l'année : « 2021 » est remplacée par l'année : « 2022 ».

Article 20

Le second alinéa de l'article L. 731-22 du code rural et de la pêche maritime est supprimé.

Article 21

Après l'article L. 382-3-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 382-3-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 382-3-2.* – Lorsque l'ensemble des revenus et rémunérations perçus par un assuré au cours de l'année considérée, dont une partie au moins est issue de ses activités d'auteur, est supérieur au plafond défini à l'article L. 241-3, l'organisme mentionné à l'article L. 213-1 procède, à sa demande et dans un délai de quatre mois, à la régularisation du montant des cotisations dues. »

Article 22

I. – Le deuxième alinéa de l'article L. 382-5 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , qui met à la disposition des personnes mentionnées à l'article L. 382-1 le certificat afférent ».

II. – Le I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2023.

Article 23

I. – Le chapitre III du titre II de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est complété par un article 28-9-1 ainsi rédigé :

« *Art. 28-9-1.* – Les articles L. 133-5-3 à L. 133-5-5 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte, sous réserve des adaptations suivantes à l'article L. 133-5-4 :

« 1° Au deuxième alinéa, après le mot : “vigueur”, sont insérés les mots : “à Mayotte” ;

« 2° Au dernier alinéa, les mots : “les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code ainsi que ceux mentionnés à l’article L. 721-1 du code rural et de la pêche maritime” sont remplacés par les mots : “la caisse de sécurité sociale de Mayotte”. »

II. – Le I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Par dérogation, l’article L. 133-5-5 du code de la sécurité sociale n’est applicable à Mayotte qu’à compter du 1^{er} janvier 2023.

Article 24

I. – La section 2 du chapitre I^{er} du titre II du livre I^{er} du code de commerce est ainsi modifiée :

1° L’intitulé est ainsi rédigé : « Du conjoint, du partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou du concubin du chef d’entreprise, travaillant dans l’entreprise familiale » ;

2° Après le IV de l’article L. 121-4, il est inséré un IV *bis* ainsi rédigé :

« IV *bis*. – Une personne ne peut conserver le statut de conjoint collaborateur pendant une durée supérieure à cinq ans, en tenant compte de l’ensemble des périodes et des entreprises au titre desquelles elle a opté pour ce statut.

« Au delà de cette durée, le conjoint continuant à exercer une activité professionnelle de manière régulière dans l’entreprise opte pour le statut de conjoint salarié ou de conjoint associé. À défaut, il est réputé avoir opté pour le statut de conjoint salarié. » ;

3° L’article L. 121-8 est complété par les mots : « ou qui vivent en concubinage avec le chef d’entreprise ».

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

1° Le chapitre I^{er} est complété par un article L. 661-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 661-2. – L’organisme de sécurité sociale dont relève le conjoint collaborateur mentionné au second alinéa de l’article L. 661-1 peut procéder à sa radiation en cas de dépassement de la durée de cinq ans au delà de laquelle il est réputé exercer son activité sous le statut de conjoint salarié en

application du IV *bis* de l'article L. 121-4 du code de commerce. La radiation est décidée à l'issue d'une procédure contradictoire, dont les modalités sont précisées par décret en Conseil d'État, et prend effet au terme de la dernière année civile au cours de laquelle la durée de cinq ans arrive à échéance.

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

2° L'article L. 662-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence : « au cinquième alinéa » est remplacée par les références : « aux cinquième et septième alinéas » ;

b) Le septième alinéa est ainsi rédigé :

« Pour les conjoints collaborateurs des assurés mentionnés à l'article L. 613-7, les cotisations sont calculées, à leur demande, soit sur la base d'un montant forfaitaire, soit sur la base du chiffre d'affaires ou des recettes du chef d'entreprise. Le taux global de cotisation mentionné au I du même article L. 613-7 est déterminé à raison des seuls risques mentionnés au second alinéa de l'article L. 661-1. » ;

c) La première phrase de l'avant-dernier alinéa est complétée par les mots : « ainsi que le montant forfaitaire mentionné au septième alinéa ».

III. – Les I et II entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

Pour les personnes exerçant au 1^{er} janvier 2022 une activité professionnelle sous le statut de conjoint collaborateur, la durée de cinq ans mentionnée au IV *bis* de l'article L. 121-4 du code de commerce s'apprécie au regard des seules périodes postérieures à cette date. Toutefois, les personnes atteignant au plus tard le 31 décembre 2031 l'âge prévu au 1^o de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale peuvent conserver le statut de conjoint collaborateur jusqu'à la liquidation de leurs droits à pension.

CHAPITRE III

Poursuivre les actions de lutte contre la fraude

Article 25

L'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 2°, la référence : « à l'article L. 324-12 » est remplacée par les références : « aux articles L. 8271-7 à L. 8271-12 » ;

2° Au septième alinéa, après le mot : « gratuit », sont insérés les mots : « , par voie dématérialisée sur demande de l'agent chargé du contrôle ou du recouvrement, ».

CHAPITRE IV

Harmoniser les règles relatives aux contributions pharmaceutiques

Article 26

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

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

a) Au I, la référence : « et L. 162-22-7-1 du présent code » est remplacée par les références : « , L. 162-18-1 et L. 162-22-7-1 du présent code et à l'article 62 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022 » ;

b) Le II est ainsi modifié :

– au 1°, les mots : « la liste mentionnée au premier alinéa » sont remplacés par les mots : « les listes mentionnées aux deux premiers alinéas » ;

– au 2°, les mots : « les listes prévues » sont remplacés par les mots : « la liste prévue » et, après la référence : « L. 162-22-7 », la fin est supprimée ;

– au 3°, la référence : « même code » est remplacée par la référence : « code de la santé publique » ;

– sont ajoutés des 4° et 5° ainsi rédigés :

« 4° Ceux bénéficiant d'une autorisation d'importation délivrée en application du premier alinéa de l'article L. 5124-13 dudit code et pris en charge par l'assurance maladie ;

« 5° Ceux bénéficiant du dispositif de prise en charge d'accès direct prévu à l'article 62 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022. » ;

2° À la fin du premier alinéa de l'article L. 138-11, la référence : « et L. 162-22-7-1 » est remplacée par les références : « , L. 162-18-1 et

L. 162-22-7-1 du présent code et à l'article 62 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022 » ;

3° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 138-13, après la seconde occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « ou du dispositif de prise en charge d'accès direct prévu à l'article 62 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022 » ;

4° L'article L. 138-19-8 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– après la référence : « L. 162-22-7 », sont insérés les mots : « ainsi qu'au titre des produits et prestations bénéficiant de la prise en charge transitoire mentionnée à l'article L. 165-1-5 » ;

– la référence : « et L. 165-4 » est remplacée par les mots : « , L. 165-1-5 et L. 165-4 et des majorations prévues à l'article L. 165-7 » ;

b) Au second alinéa, les mots : « est subordonnée » sont remplacés par les mots : « et la prise en charge transitoire mentionnée à l'article L. 165-1-5 sont subordonnées » ;

5° À la fin du premier alinéa de l'article L. 138-19-9, la référence : « et L. 165-4 » est remplacée par les mots : « , L. 165-1-5 et L. 165-4 et des majorations prévues à l'article L. 165-7 » ;

6° L'article L. 138-19-10 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, la référence : « et L. 165-4 » est remplacée par les mots : « , L. 165-1-5 et L. 165-4 et des majorations prévues à l'article L. 165-7 » ;

b) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Le montant de la contribution due par chaque exploitant redevable ne peut excéder 10 % de ce montant remboursé. » ;

7° Le second alinéa de l'article L. 138-19-12 est supprimé ;

8° Après le mot : « pharmaceutiques », la fin de l'article L. 245-1 est ainsi rédigée : « , de spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités ou de spécialités prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou au titre de l'article 62 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022. » ;

9° L'article L. 245-2 est ainsi modifié :

a) La seconde phrase du 1° du I est complétée par les mots : « ou prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou au titre de l'article 62 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022 » ;

b) La seconde phrase du 3° du même I est complétée par les mots : « et qui n'est pas prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou de l'article 62 de la loi n° du précitée » ;

c) À la première phrase du dernier alinéa du même I, après le mot : « publique », sont insérés les mots : « ou prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou de l'article 62 de la loi n° du précitée » ;

d) Au 3° du II, après le mot : « publique », sont insérés les mots : « ou pris en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou de l'article 62 de la loi n° du précitée, » ;

e) Le premier alinéa du III est complété par les mots : « ou pris en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou de l'article 62 de la loi n° du précitée » ;

10° Au premier alinéa de l'article L. 245-4, après le mot : « et », il est inséré le mot : « soit » et, après la seconde occurrence du mot : « publique », sont insérés les mots : « , soit prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou de l'article 62 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022 » ;

11° L'article L. 245-6 est ainsi modifié :

a) À la fin du VI, les mots : « ou d'une ou plusieurs spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités » sont remplacés par les mots : « inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités ou prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou de l'article 62 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022 » ;

b) Le VII est complété par les mots : « ou prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou de l'article 62 de la loi n° du précitée ».

II. – Les 1° à 7° et le 11° du I s'appliquent aux contributions prévues aux articles L. 138-10 et L. 138-19-9 et au VI de l'article L. 245-6 du code

de la sécurité sociale, dans leur rédaction résultant de la présente loi, dues au titre de l'année 2021 et des années suivantes.

III. – Les 8° à 10° du I s'appliquent à la contribution prévue à l'article L. 245-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, due au titre des exercices clos à compter du 31 décembre 2021.

IV. – Pour l'année 2022, le montant M mentionné à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale est fixé à 24,5 milliards d'euros.

V. – Pour l'année 2022, le montant Z mentionné à l'article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale est fixé à 2,15 milliards d'euros.

Article 27

L'article L. 5423-5 du code de la santé publique est complété par deux phrases ainsi rédigées : « En cas de récidive dans un délai de cinq ans, l'amende est portée à un maximum de 10 % du chiffre d'affaires annuel le plus élevé des trois derniers chiffres d'affaires annuels connus à la date des faits. Le produit de l'amende prévue au présent article est versé à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. »

Article 28

I. – À la fin du V de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale, le taux : « 0,18 % » est remplacé par le taux : « 0,20 % ».

II. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 1121-1 est ainsi modifié :

a) Au 3°, les mots : « non interventionnelles » sont supprimés ;

b) Au huitième alinéa, le mot : « lieux » est remplacé par les mots : « sites ou territoires » et sont ajoutés les mots : « par site ou territoire » ;

2° L'article L. 1121-3 est ainsi modifié :

a) Le huitième alinéa est ainsi rédigé :

« Les recherches mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 1121-1 et qui n'ont aucune influence sur la prise en charge médicale de la personne qui s'y prête peuvent être effectuées sous la direction et la surveillance d'une personne qualifiée. Le comité de protection des personnes ou, le cas échéant,

le comité d'éthique local de la recherche s'assure de l'adéquation entre la qualification des investigateurs et les caractéristiques de la recherche. » ;

b) Le début de la seconde phrase de l'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé : « Pour les recherches mentionnées aux 2° et 3° du même article L. 1121-1, des recommandations... (*le reste sans changement*). » ;

3° L'article L. 1121-4 est ainsi modifié :

a) Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Les recherches mentionnées au 2° de l'article L. 1121-1 ne peuvent être mises en œuvre que sur avis favorable du comité de protection des personnes mentionné à l'article L. 1123-1. Les recherches mentionnées au 3° de l'article L. 1121-1, hormis les recherches relevant du secret de la défense nationale, ne peuvent être mises en œuvre que sur avis favorable d'un comité d'éthique local de la recherche agréé mentionné à l'article L. 1123-1. Le promoteur adresse une copie de l'avis rendu par le comité compétent et un résumé de la recherche à l'autorité compétente. Sur demande de celle-ci, le comité concerné transmet sans délai à l'autorité compétente toutes les informations utiles concernant ces recherches. » ;

b) Au dernier alinéa, les mots : « de protection des personnes » sont supprimés ;

4° À la fin du premier alinéa de l'article L. 1121-8-1, à l'article L. 1121-16-2 et au premier alinéa du II de l'article L. 1123-7, les mots : « non interventionnelles » sont remplacés par les mots : « mentionnées au 3° de l'article L. 1121-1 » ;

5° À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 1121-13, après le mot : « hospitaliers », sont insérés les mots : « , dans les domiciles des participants à ces recherches » ;

6° Au 5° de l'article L. 1122-1, à la première phrase de l'article L. 1122-1-3 ainsi qu'à l'avant-dernier alinéa du II et à la deuxième phrase du deuxième alinéa, à la seconde phrase du troisième alinéa et à la dernière phrase du dernier alinéa du III de l'article L. 1122-2, les mots : « mentionné à l'article L. 1123-1 » sont remplacés par les mots : « compétent mentionné à l'article L. 1121-4 » ;

7° À la première phrase du treizième alinéa de l'article L. 1122-1, à l'article L. 1123-7-2 et à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 1126-1, les

mots : « non interventionnelle » sont remplacés par les mots : « mentionnée au 3° de l'article L. 1121-1 » ;

8° À l'intitulé du chapitre III du titre II du livre I^{er} de la première partie, après le mot : « personnes », sont insérés les mots : « , comités d'éthique locaux de la recherche » ;

9° Après le premier alinéa de l'article L. 1123-1, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Le ministre chargé de la santé agréé pour une durée déterminée plusieurs comités d'éthique locaux de la recherche. Leurs membres sont nommés par le directeur général de l'agence régionale de santé de la région dans laquelle le comité a son siège. Un de ces membres au moins est un représentant d'associations d'usagers du système de santé agréées au titre de l'article L. 1114-1. Les comités exercent leur mission en toute indépendance.

« Les comités d'éthique locaux de la recherche sont chargés de procéder à l'évaluation des projets de recherche mentionnés au 3° de l'article L. 1121-1. Les comités d'éthique locaux de la recherche respectent des règles de composition et de fonctionnement définies par arrêté du ministre chargé de la santé. » ;

10° Après l'article L. 1123-1-1, il est inséré un article L. 1123-1-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1123-1-2.* – I. – Il est institué auprès du ministre chargé de la santé une commission nationale de coordination et de recours des comités d'éthique locaux de la recherche agréés, qui coordonne, harmonise et évalue les pratiques de ces comités. La commission nationale élabore le règlement intérieur type des comités d'éthique locaux de la recherche agréés, qui prévoit notamment les règles de déport des membres de ces comités. Elle veille à la bonne mise en œuvre de ce règlement intérieur, notamment au respect des règles d'indépendance et de pluridisciplinarité.

« La commission comprend un comité d'éthique local de la recherche dit de recours, qui se prononce sur les demandes de second examen mentionnées aux articles L. 1123-6 et L. 1123-9.

« La commission remet chaque année au ministre chargé de la santé des recommandations concernant les modalités de fonctionnement des comités d'éthique locaux de la recherche agréés et les modalités d'évaluation des projets de recherche mentionnés au 3° de l'article L. 1121-1.

« Elle est consultée sur les projets de loi ou de décret concernant les recherches impliquant la personne humaine mentionnés au même 3°.

« La commission agit en concertation avec les comités d'éthique locaux de la recherche agréés.

« II. – Le fait pour un membre de la commission nationale de coordination et de recours des comités d'éthique locaux de la recherche agréés de prendre part aux travaux ou aux délibérations de la commission alors qu'il a un intérêt, direct ou indirect, au projet de recherche examiné est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.

« Les membres de la commission nationale de coordination et de recours des comités d'éthique locaux de la recherche agréés sont tenus d'établir et d'actualiser une déclaration d'intérêts, dans les conditions fixées à l'article L. 1451-1. Le fait pour eux soit d'omettre sciemment d'établir une telle déclaration ou de la modifier afin d'actualiser les données qui y figurent, soit de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de ladite déclaration est puni de 30 000 euros d'amende.

« Pour les infractions mentionnées au présent II, les personnes encourent également les peines complémentaires prévues à l'article L. 1454-4.

« III. – Les modalités d'application du présent article, notamment les règles de composition et de fonctionnement de la commission, sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. » ;

11° Au premier alinéa de l'article L. 1123-3, après le mot : « comités », sont insérés les mots : « de protection des personnes et des comités d'éthique locaux de la recherche » ;

12° À l'article L. 1123-5, après le mot : « comité », sont insérés les mots : « de protection des personnes ou d'un comité d'éthique local de la recherche » ;

13° L'article L. 1123-6 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa du I, les mots : « impliquant la personne humaine » sont remplacés par les mots : « mentionnée aux 1° ou 2° de l'article L. 1121-1 » ;

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

« Avant de réaliser une recherche mentionnée au 3° de l'article L. 1121-1, le promoteur est tenu d'en soumettre le projet à l'avis de l'un des comités d'éthique locaux de la recherche, selon des conditions fixées par arrêté. Il ne peut solliciter qu'un seul avis par projet de recherche. » ;

c) Au second alinéa du même I, après la première occurrence du mot : « comité », sont insérés les mots : « de protection des personnes » ;

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

« En cas d'avis défavorable du comité d'éthique local de la recherche, le promoteur peut soumettre le projet, pour un second examen, au comité de recours mentionné à l'article L. 1123-1-2, qui se prononce conformément aux dispositions applicables aux comités d'éthique locaux de la recherche, notamment à l'article L. 1123-7. » ;

e) Il est ajouté un III ainsi rédigé :

« III. – Par dérogation aux deux premiers alinéas du I, en cas de situation d'urgence ou de menace sanitaire grave nécessitant la mise en œuvre sans délai d'une recherche, le ministre chargé de la santé désigne le comité chargé d'en examiner le projet. » ;

14° L'article L. 1123-7 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi modifié :

– au premier alinéa, après le mot : « comité », sont insérés les mots : « compétent mentionné à l'article L. 1121-4 » ;

– au dernier alinéa, les mots : « de protection des personnes » sont remplacés par les mots : « compétent mentionné à l'article L. 1121-4 du présent code » ;

b) Au premier alinéa du II, les mots : « de protection des personnes » sont remplacés par les mots : « d'éthique local de la recherche » ;

c) Le III est ainsi modifié :

– au troisième alinéa, après le mot : « comités », sont insérés les mots : « de protection des personnes » ;

– au quatrième alinéa, après le mot : « comité », sont insérés les mots : « compétent mentionné à l'article L. 1121-4 » ;

– à l'avant-dernier alinéa, les mots : « du comité » sont remplacés par les mots : « de ce comité » ;

– au dernier alinéa, les mots : « de protection des personnes concerné » sont remplacés par les mots : « compétent mentionné à l'article L. 1121-4 » ;

15° L'article L. 1123-7-1 est ainsi modifié :

a) À la fin du premier alinéa, les mots : « un comité de protection des personnes » sont remplacés par les mots : « l'un des comités mentionnés à l'article L. 1121-4 » ;

b) Au second alinéa, les mots : « de protection des personnes rend » sont remplacés par les mots : « rend alors » ;

16° À l'article L. 1123-7-2, les mots : « de protection des personnes » sont remplacés par les mots : « d'éthique local de la recherche » ;

17° L'article L. 1123-9 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, après le mot : « comité », sont insérés les mots : « compétent mentionné à l'article L. 1121-4 » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « de protection des personnes » sont remplacés par les mots : « compétent mentionné à l'article L. 1121-4 » ;

c) Le dernier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Pour les recherches mentionnées aux 1° ou 2° de l'article L. 1121-1, en cas d'avis défavorable du comité, le promoteur peut demander au ministre chargé de la santé de soumettre la demande de modification substantielle, pour un second examen, à un autre comité de protection des personnes, selon les modalités prévues à l'article L. 1123-14.

« Pour les recherches mentionnées au 3° de l'article L. 1121-1, en cas d'avis défavorable du comité d'éthique local de la recherche, le promoteur peut demander au comité de recours mentionné à l'article L. 1123-1-2 un second examen de cette demande de modification substantielle. » ;

18° Au dernier alinéa de l'article L. 1123-11, les mots : « de protection des personnes compétent » sont remplacés par les mots : « compétent mentionné à l'article L. 1121-4 » ;

19° Au 1° de l'article L. 1126-5, les mots : « d'un comité de protection des personnes » sont remplacés par les mots : « du comité compétent mentionné à l'article L. 1121-4 » ;

20° Au premier alinéa de l'article L. 1451-1, la référence : « L. 1123-1 » est remplacée par les références : « L. 1121-4, L. 1123-3-2 » ;

21° L'avant-dernier alinéa de l'article L. 6111-1 est ainsi rédigé :

« Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à la recherche en santé ainsi qu'à l'accueil et à la prise en charge médicale. Ils peuvent à cette fin créer un comité d'éthique local de la recherche. »

III. – Au troisième alinéa de l'article 223-8 du code pénal, les mots : « non interventionnelle » sont remplacés par les mots : « mentionnée au 3° de l'article L. 1121-1 ».

IV. – Les II et III du présent article, à l'exception du *b* du 1° et du 5° du II, entrent en vigueur à une date fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, et au plus tard le 1^{er} juin 2022.

TITRE II

CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 29

I. – A. – À compter du 1^{er} janvier 2022, le 1° de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de l'article 8 de la présente loi, est ainsi modifié :

1° À la fin du troisième alinéa, le taux : « 18,49 % » est remplacé par le taux : « 10,74 % » ;

2° À la fin de l'avant-dernier alinéa, le taux : « 24,33 % » est remplacé par le taux : « 31,64 % » ;

3° À la fin du dernier alinéa, le taux : « 3,81 % » est remplacé par le taux : « 4,25 % ».

B. – À compter du 1^{er} janvier 2023, le 1^o de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du A du présent I, est ainsi modifié :

1^o À la fin du troisième alinéa, le taux : « 10,74 % » est remplacé par le taux : « 17,19 % » ;

2^o À la fin de l'avant-dernier alinéa, le taux : « 31,64 % » est remplacé par le taux : « 25,19 % ».

II. – À compter du 1^{er} janvier 2022, le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1^o Au 3^o de l'article L. 731-3, le taux : « 39,59 % » est remplacé par le taux : « 26,67 % » ;

2^o Au troisième alinéa de l'article L. 732-58, le taux : « 13,81 % » est remplacé par le taux : « 26,73 % ».

Article 30

Est approuvé le montant de 5,4 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 2022.

Article 31

Pour l'année 2022, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	211,0	230,1	-19,1
Accidents du travail et maladies professionnelles..	15,6	14,1	1,5
Vieillesse.....	253,6	256,6	-3,0
Famille	51,6	49,7	1,9
Autonomie	33,4	34,4	-1,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)....	550,5	570,2	-19,7
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	549,2	570,6	-21,4

Article 32

Pour l'année 2022, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général :

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	209,5	228,6	-19,1
Accidents du travail et maladies professionnelles..	14,1	12,7	1,4
Vieillesse.....	145,9	147,8	-1,9
Famille	51,6	49,7	1,9
Autonomie	33,4	34,4	-1,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)....	440,3	459,0	-18,7
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	440,2	460,6	-20,4

Article 33

I. – Pour l'année 2022, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

II. – Pour l'année 2022, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 18,3 milliards d'euros.

III. – Pour l'année 2022, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à 0.

IV. – Pour l'année 2022, les prévisions de recettes par catégorie mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à 0.

Article 34

Sont habilités en 2022 à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les organismes mentionnés dans le tableau ci-dessous, dans les limites indiquées :

(En millions d'euros)

	Encours limites
Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).....	65 000
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA).....	300
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) – période du 1 ^{er} au 31 janvier 2022.....	500
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) – période du 1 ^{er} février au 31 décembre 2022	200
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM).....	410
Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG)....	150
Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL).....	4 500

Article 35

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2022 à 2025), 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 DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2022

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

CHAPITRE I^{ER}

Poursuivre la transformation du système de santé

Article 36

I. – L'article L. 160-8 du code de la sécurité sociale est complété par un 8° ainsi rédigé :

« 8° La couverture des frais relatifs aux activités de télésurveillance médicale relevant de la section 11 du chapitre II du présent titre. »

II. – À la première phrase du premier alinéa du I de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale, la référence : « et 3° » est remplacée par les références : « , 3° et 8° ».

III. – Le chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par une section 11 ainsi rédigée :

« *Section 11*

« *Télésurveillance médicale*

« *Art. L. 162-48.* – I. – Pour l'application de la présente section, constituent des activités de télésurveillance médicale les interventions associant :

« 1° D'une part, une surveillance médicale ayant pour objet l'analyse des données et alertes transmises au moyen d'un des dispositifs médicaux numériques mentionnés au 2°, toutes les actions nécessaires à sa mise en place, au paramétrage du dispositif, à la formation du patient en vue de son utilisation, à la vérification et au filtrage des alertes ainsi que, le cas échéant, des activités complémentaires, notamment des activités d'accompagnement thérapeutiques ;

« 2° D'autre part, l'utilisation de dispositifs médicaux numériques ayant pour fonction de collecter, d'analyser et de transmettre des données physiologiques, cliniques ou psychologiques et d'émettre des alertes lorsque certaines de ces données dépassent des seuils prédéfinis et, le cas échéant, des accessoires de collecte associés, lorsqu'ils ne sont ni implantables ni invasifs et qu'ils sont sans visée thérapeutique. Ces dispositifs médicaux numériques permettent d'exporter les données traitées dans des formats et dans une nomenclature interopérables, appropriés et garantissant l'accès direct aux données et comportent, le cas échéant, des interfaces permettant l'échange de données avec des dispositifs ou accessoires de collecte des paramètres vitaux du patient.

« II. – Constitue un dispositif médical numérique tout logiciel répondant à la définition du dispositif médical énoncée à l'article 2 du règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux, modifiant la directive 2001/83/CE, le règlement (CE) n° 178/2002 et le règlement (CE) n° 1223/2009 et abrogeant les directives du Conseil 90/385/CEE et 93/42/CEE.

« Un dispositif médical numérique peut nécessiter l'usage d'un accessoire de collecte destiné par son fabricant à être utilisé avec ledit dispositif médical pour permettre une utilisation de ce dernier conforme à sa destination ou pour contribuer spécifiquement et directement à sa fonction médicale.

« Lorsque des dispositifs médicaux numériques présentent, d'une part, des fonctionnalités de télésurveillance médicale au sens du présent article et, d'autre part, d'autres fonctionnalités, notamment thérapeutiques, ils ne relèvent de la présente section que pour leurs fonctionnalités de télésurveillance médicale. Ils sont soumis, le cas échéant, à la section 1 du chapitre V du présent titre en ce qui concerne leurs fonctionnalités thérapeutiques.

« *Art. L. 162-49.* – Les activités de télésurveillance médicale mentionnées à l'article L. 162-48 ne peuvent être prises en charge ou remboursées par l'assurance maladie que si :

« 1° Elles sont inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-52 ;

« 2° La surveillance médicale est assurée par un opérateur de télésurveillance médicale disposant du récépissé prévu à l'article L. 162-51 ;

« 3° L'opérateur mentionné à l'article L. 162-50 a mis à la disposition de l'assuré, soit directement en tant qu'exploitant, soit par l'intermédiaire d'un exploitant ou d'un distributeur au détail avec lequel il a conclu une

convention dans des conditions précisées par voie réglementaire, le dispositif médical numérique au moyen duquel la surveillance médicale est exercée.

« L'article L. 165-1-1-1 est applicable à l'exploitant mentionné au 3° du présent article.

« *Art. L. 162-50.* – L'opérateur de télésurveillance médicale est un professionnel médical au sens du livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique ou une personne morale regroupant ou employant un ou plusieurs professionnels de santé, dont au moins un professionnel médical au sens du même livre I^{er}.

« Les professionnels mentionnés au premier alinéa du présent article peuvent exercer des activités de télésurveillance médicale dans un cadre libéral ou au sein d'un établissement de santé, d'un centre de santé, d'une maison de santé pluriprofessionnelle ou d'un établissement ou service médico-social.

« *Art. L. 162-51.* – Un opérateur de télésurveillance médicale souhaitant bénéficier de la prise en charge ou du remboursement par l'assurance maladie obligatoire de tout ou partie de ses activités de télésurveillance médicale doit préalablement déclarer ces activités à l'agence régionale de santé.

« La déclaration précise notamment les professionnels participant à l'organisation de télésurveillance et les dispositions prises pour assurer la continuité des soins. Un décret définit le contenu de cette déclaration, en tenant compte, pour les activités que l'opérateur entend assurer, des référentiels mentionnés à l'article L. 162-52.

« Le récépissé de cette déclaration, établi par le directeur général de l'agence régionale de santé, est remis ou transmis à l'opérateur et à l'organisme local d'assurance maladie. Il vaut éligibilité au remboursement des activités de télésurveillance médicale prévues à l'article L. 162-48 pour les indications mentionnées dans la déclaration de l'opérateur concerné.

« Lorsqu'il est constaté un manquement de l'opérateur réalisant des activités de télésurveillance médicale à l'obligation déclarative prévue au présent article ou au respect des dispositions législatives et réglementaires relatives à la réalisation de telles activités, et après que le directeur général de l'agence régionale de santé l'a invité à se mettre en conformité, ce dernier met fin à la validité du récépissé et en informe la caisse primaire d'assurance maladie, qui suspend les remboursements des activités réalisées après la notification de cette décision.

« *Art. L. 162-52.* – La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie des activités de télésurveillance médicale mentionnées à l'article L. 162-48 sont subordonnés à leur inscription sur une liste établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la commission spécialisée de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 165-1. La liste précise les indications de l'activité de télésurveillance ouvrant droit à cette prise en charge ou à ce remboursement.

« L'inscription, qui fait suite à une demande présentée par l'exploitant du dispositif médical numérique mentionné au 3° de l'article L. 162-49, est effectuée par l'arrêté mentionné au premier alinéa du présent article, sous la forme d'un référentiel proposé par la Haute Autorité de santé. Ce référentiel mentionne :

« 1° Les exigences minimales applicables à l'opérateur de télésurveillance médicale, notamment la qualification des professionnels de santé et les dispositions nécessaires pour assurer la qualité des soins ;

« 2° La description d'une ligne générique du dispositif médical numérique concerné et, le cas échéant, des accessoires de collecte associés ou le nom de marque ou le nom commercial de ces derniers.

« L'inscription peut être subordonnée par l'arrêté mentionné au premier alinéa au respect de spécifications techniques, d'indications de télésurveillance médicale et de conditions particulières de prescription, d'utilisation et de distribution.

« Cette inscription peut également être subordonnée par ce même arrêté au dépôt auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, par les exploitants des dispositifs, d'un certificat de conformité aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité prévus à l'article L. 1470-5 du code de la santé publique. Le certificat de conformité est établi par un organisme désigné par décret.

« *Art. L. 162-53.* – Lorsqu'elle examine les demandes d'inscription mentionnées à l'article L. 162-52, la commission spécialisée de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 165-1 indique si elle reconnaît l'existence d'une amélioration de la prestation médicale par l'activité de télésurveillance médicale au regard des référentiels inscrits dans l'indication concernée, lorsqu'ils existent, ou, à défaut, au regard de la même prise en charge sans télésurveillance.

« En cas de reconnaissance d'une telle amélioration au regard d'un référentiel existant, ce dernier est radié de la liste mentionnée à l'article L. 162-52 au terme d'une période de dégressivité de la rémunération des activités réalisées en application dudit référentiel, dans des conditions définies par décret.

« *Art. L. 162-54.* – Le montant forfaitaire de l'activité de télésurveillance médicale pris en charge ou remboursé par l'assurance maladie est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Il comprend une base forfaitaire, déterminée, dans des conditions fixées par voie réglementaire, en fonction des moyens humains nécessaires à la surveillance médicale et des caractéristiques des dispositifs médicaux numériques.

« Cette base forfaitaire est modulée en fonction, notamment :

« 1° De la fréquence du suivi réalisé par l'organisation de télésurveillance médicale pour une période donnée, au regard des exigences minimales définies par le référentiel mentionné à l'article L. 162-52 ;

« 2° De la complexité de la prise en charge ;

« 3° Du recours à des accessoires de collecte associés ;

« 4° Des volumes d'activité de télésurveillance médicale prévus ou constatés ;

« 5° Des montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés au titre de l'activité de télésurveillance médicale ;

« 6° Des conditions prévisibles ou réelles de recours à l'activité de télésurveillance médicale concernée.

« Le patient ne peut être redevable à un opérateur de télésurveillance médicale, au titre de la surveillance médicale, d'autres montants que le montant forfaitaire mentionné au présent article.

« *Art. L. 162-55.* – Les ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale peuvent fixer le prix maximal des dispositifs médicaux numériques de télésurveillance médicale et des accessoires de collecte associés, dans les conditions prévues à l'article L. 162-38.

« Ce prix comprend les marges prévues ainsi que les taxes en vigueur.

« *Art. L. 162-56.* – La prise en charge ou le remboursement des activités de télésurveillance médicale sont subordonnés à l'utilisation effective du dispositif médical numérique de télésurveillance par le patient et, lorsqu'ils existent, à l'obtention de résultats individualisés ou nationaux d'utilisation en vie réelle évalués sur le fondement d'indicateurs définis dans le référentiel mentionné à l'article L. 162-52.

« Les opérateurs de télésurveillance peuvent transmettre, avec l'accord du patient, les données nécessaires à la mise en œuvre du contrôle mentionné au premier alinéa du présent article au service du contrôle médical mentionné à l'article L. 315-1. En cas de refus opposé par le patient à la transmission de ces données, l'activité de télésurveillance médicale ne peut faire l'objet d'une prise en charge ou d'un remboursement. Lorsque ce refus est opposé après l'ouverture de la prise en charge ou du remboursement, ces derniers sont suspendus et le patient en est informé sans délai par l'organisme local d'assurance maladie.

« Le recueil et la transmission des données personnelles de santé relevant du présent article sont effectués dans le respect du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données).

« *Art. L. 162-57.* – Les modalités d'application de la présente section, notamment les conditions de fixation des forfaits et des prix, sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

IV. – Le dernier alinéa du I de l'article L. 165-2 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elle ne peut tenir compte des fonctions de télésurveillance, lorsqu'elles existent. »

V. – La première phrase du premier alinéa de l'article L. 165-3-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° Après la référence : « L. 165-1 », sont insérés les mots : « ou un dispositif médical de télésurveillance ou un accessoire de collecte associé inscrit sur la liste prévue à l'article L. 162-52 » ;

2° La référence : « à l'article L. 165-3 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-55 ou L. 165-3 ».

VI. – Le V de l'article 54 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « pour une durée maximale de quatre ans » sont remplacés par les mots : « jusqu’au 1^{er} août 2022 au plus tard » ;

2° Au onzième alinéa, les mots : « la liste mentionnée à l’article L. 165-1 » sont remplacés par les mots : « les listes mentionnées aux articles L. 162-52 et L. 165-1 » ;

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

« À l’échéance de l’expérimentation, les expérimentateurs engagés continuent à bénéficier de la prise en charge financière prévue au titre de l’expérimentation, sous réserve du dépôt auprès des ministres compétents et de la Haute Autorité de santé d’une demande d’inscription de ces produits ou prestations en application de l’article L. 162-52 du code de la sécurité sociale, au plus tard un mois après l’entrée en vigueur de l’article 36 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022. Cette prise en charge transitoire prend fin au plus tard le 31 décembre 2022. » ;

4° À la fin du douzième alinéa, la référence : « au même article L. 165-1 » est remplacée par la référence : « à l’article L. 165-1 du code de la sécurité sociale » ;

5° Le treizième alinéa est supprimé.

VII. – Le présent article entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} juillet 2022.

L’expérimentation prévue à l’article 54 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 prend fin un mois après cette date d’entrée en vigueur.

Les dispositifs médicaux de télésurveillance médicale inscrits sur la liste prévue à l’article L. 165-1 du code de la sécurité sociale sont radiés de cette liste au plus tard le 1^{er} janvier 2023.

Article 37

I. – A. – L’article L. 162-20-1 du code de la sécurité sociale est complété par un V ainsi rédigé :

« V. – Les tarifs issus de la tarification nationale journalière des prestations prennent effet à compter du 1^{er} mars de l’année en cours. »

B. – Le V de l'article 35 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 est ainsi modifié :

1° Au second alinéa, les références : « aux 2° et 4° » sont remplacées par la référence : « au 2° » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, les I et II du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2023. »

C. – Le VI de l'article 35 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 précitée est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« VI. – Sont affectés d'un coefficient de transition les tarifs servant de base au calcul de la participation du patient :

« 1° À compter du 1^{er} janvier 2022 et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2025, pour les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant des activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 du même code et pour les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 dudit code exerçant des activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 du même code ;

« 2° À compter du 1^{er} janvier 2023 et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2025, pour les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du même code exerçant des activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code. » ;

2° Au deuxième alinéa, le mot : « dudit » est remplacé par les mots : « du même » ;

3° À la fin du quatrième alinéa, les mots : « et prennent effet au 1^{er} janvier de l'année en cours » sont supprimés ;

4° Après le même quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les valeurs mentionnées au quatrième alinéa du présent VI prennent effet, pour l'année 2022, à compter du 1^{er} janvier 2022 et jusqu'au 28 février 2023 et, pour les années 2023, 2024 et 2025, à compter du 1^{er} mars de l'année en cours. » ;

5° Les deux derniers alinéas sont supprimés.

D. – 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 ainsi modifié :

1° À la première phrase, les références : « aux 2° et 4° » sont remplacées par la référence : « au 2° » ;

2° Après la première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Jusqu'au 31 décembre 2022, par dérogation à l'article L. 162-20-1 dudit code, les tarifs applicables en 2020 et en 2021 dans chaque établissement de santé restent en vigueur et servent de base au calcul de la participation du patient, en ce qui concerne les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code. »

II. – L'article L. 161-36 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :

« *Art. L. 161-36.* – Les établissements mentionnés à l'article L. 162-21-1 sont tenus d'assurer, pour les bénéficiaires de l'assurance maladie et les personnes mentionnées à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, la dématérialisation et la transmission électronique des documents servant à la prise en charge des soins, produits et prestations et à la mise en œuvre du mécanisme du tiers payant par les organismes d'assurance maladie.

« Les obligations prévues au premier alinéa du présent article sont applicables, dans des conditions fixées par voie réglementaire, à l'envoi des documents destinés aux organismes d'assurance maladie complémentaires aux fins de leur permettre d'informer les établissements sur la part prise en charge et d'en assurer le paiement aux établissements. »

III. – L'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2019, est complété par un IV ainsi rédigé :

« IV. – Un décret en Conseil d'État détermine les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. »

IV.– A. – Au 2° du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, la référence : « 2° » est remplacée par la référence : « 1° ».

B. – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 6145-1 et au premier alinéa du I de l'article L. 6145-4 du code de la santé publique, la référence : « 2° » est remplacée par la référence : « 1° ».

C. – Le III de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est ainsi modifié :

1° Le B est abrogé ;

2° Le C est ainsi modifié :

a) À la première phrase du troisième alinéa, les mots : « dans les conditions prévues au B du présent III » sont supprimés ;

b) Au dernier alinéa, l'année : « 2022 » est remplacée par l'année : « 2027 » ;

3° Le E est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du 2° et au 6°, l'année : « 2021 » est remplacée par l'année : « 2022 » ;

b) À la fin des *a* et *b* du 3°, l'année : « 2022 » est remplacée par l'année : « 2023 » ;

4° Au premier alinéa du F, l'année : « 2021 » est remplacée par l'année : « 2022 » et l'année : « 2022 » est remplacée par l'année : « 2023 » ;

5° Au H, l'année : « 2022 » est remplacée par l'année : « 2023 ».

D. – Aux V et VI de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 précitée, l'année : « 2021 » est remplacée par l'année : « 2022 ».

V. – A. – À la deuxième phrase du I de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale, après les mots : « cette activité », sont insérés les mots : « , selon la catégorie d'établissements mentionnée à l'article L. 162-22-6 à laquelle il appartient ».

B. – Le VII de l'article 51 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 est ainsi modifié :

1° Les mots : « de l'année 2021 » sont remplacés par les mots : « des années 2021 et 2022 » ;

2° Les mots : « pour l'année 2021 » sont remplacés par les mots : « pour les années 2021 et 2022 ».

VI. – Le III de l'article 65 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est ainsi rédigé :

« III. – Pour les établissements mentionnés au I du présent article, la facturation est établie selon les règles prévues à l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale de la façon suivante :

« 1° À compter du 1^{er} mars 2022 pour les établissements se déclarant volontaires ;

« 2° À compter du 1^{er} mars 2024 pour les autres établissements, lorsqu'ils remplissent des critères fixés par voie réglementaire relatifs à leurs activités, à leur organisation et à leur capacité.

« La dérogation prévue au I du présent article prend fin au plus tard le 1^{er} mars 2027.

« Les modalités d'application du présent III sont fixées par décret. »

VII. – L'article 57 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 précitée est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa du I, l'année : « 2021 » est remplacée par l'année : « 2022 » ;

2° À la fin du troisième alinéa du même I, les mots : « l'année précédente au sein de l'établissement concerné » sont remplacés par les mots et une phrase ainsi rédigée : « au cours d'une année de référence arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les modalités de modification de cette année de référence sont fixées par arrêté des mêmes ministres. » ;

3° À la fin du premier alinéa du II, la date : « 31 décembre 2021 » est remplacée par la date : « 31 mars 2022 ».

Article 38

I. – Le dernier alinéa du I de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le mot : « réduit », la fin de la troisième phrase est ainsi rédigée : « pour les assurés mentionnés aux 3° et 4° de l'article L. 160-14 et pour les bénéficiaires des prestations mentionnées à l'article L. 431-1, quel que soit le motif du passage. » ;

2° À la fin de la dernière phrase, les mots : « dans les cas prévus à l'article L. 160-9, aux 11°, 15° et 18° de l'article L. 160-14 ainsi qu'aux articles

L. 169-1 et L. 16-10-1 du présent code » sont remplacés par les mots : « pour les bénéficiaires des prestations mentionnées à l'article L. 160-9 et les assurés mentionnés aux 11° et 13° de l'article L. 160-14 et à l'article L. 371-6, quel que soit le motif du passage, ainsi que pour les passages liés aux soins mentionnés aux 15° et 18° de l'article L. 160-14 et à l'article L. 169-2 et ceux en lien avec le risque sanitaire mentionné à l'article L. 16-10-1 ».

II. – Au 5° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, après le mot : « publique, », sont insérés les mots : « des forfaits et suppléments versés au titre des soins de médecine d'urgence, en application du 2° de l'article L. 162-22-8-2 du présent code, ».

III. – Le 2° de l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les établissements de santé mentionnés aux *d* et *e* du même article L. 162-22-6, pour les passages dans une structure des urgences non programmés et non suivis d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement, ces recettes comprennent des forfaits et suppléments par patient, fixés dans les mêmes conditions et exclusifs de toute autre rémunération, destinés à rémunérer les consultations et les actes des médecins mentionnés à l'article L. 162-5 intervenant dans le cadre de leur activité libérale et les actes des laboratoires de biologie médicale mentionnés à l'article L. 162-14 ; ».

IV. – Le VIII de l'article 51 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 est complété par les mots : « et qui sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2022 ».

V. – Pour l'année 2022, par dérogation au I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, les tarifs nationaux des prestations correspondant aux forfaits et suppléments applicables aux passages dans une structure des urgences non programmés et non suivis d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie de l'établissement prennent effet le 1^{er} janvier.

VI. – Le I du présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

VII. – L'article 66 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 est ainsi modifié :

1° Au I, le mot : « dix » est remplacé par le mot : « onze » ;

2° Au IV, après le mot : « financier », sont insérés les mots : « , l'impact sur le reste à charge des patients ».

Article 39

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'avant-dernier alinéa de l'article L. 1151-1 est ainsi modifié :

a) La première phrase est complétée par les mots : « ou hôpitaux des armées » ;

b) La seconde phrase est ainsi modifiée :

– après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « , conjointement avec le ministre de la défense en ce qui concerne les hôpitaux des armées, » ;

– après le mot : « établissements », sont insérés les mots : « ou hôpitaux » ;

– à la fin, les mots : « cette liste » sont remplacés par les mots : « la liste de ces établissements » ;

2° Le I de l'article L. 6147-7 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'article L. 6111-1-6 est applicable aux hôpitaux des armées. »

II. – Le I de l'article L. 162-30-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Un hôpital des armées peut, par un arrêté du ministre de la défense et des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pris sur avis conforme du même comité, être autorisé à pratiquer ces mêmes activités. » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « cette autorisation » sont remplacés par les mots : « ces autorisations » ;

3° Au troisième alinéa, après le mot : « manquement », sont insérés les mots : « d'un établissement de santé ».

Article 40

Les indicateurs relatifs au développement de l'autodialyse et de la dialyse à domicile mentionnés au III de l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale sont publiés avant le 30 juin 2022.

Article 41

I. – Le deuxième alinéa du I de l'article L. 3211-12 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° La référence : « du troisième alinéa du II » est supprimée ;

2° Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Dans ce cas, il statue dans les délais prévus au II de l'article L. 3222-5-1 ou, à défaut, dans un délai de vingt-quatre heures à compter de sa saisine. » ;

II. – Le III de l'article L. 3211-12-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) La référence : « du II » est supprimée ;

b) Les mots : « ou qui s'en saisit d'office » sont remplacés par les mots : « , qui s'en saisit d'office ou qui en a été saisi aux fins de prolongation de la mesure » ;

2° L'avant-dernier alinéa est supprimé ;

3° À la deuxième phrase du cinquième alinéa, après le mot : « hypothèse, », sont insérés les mots : « la procédure est orale et » ;

4° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le juge des libertés et de la détention statue dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État. »

III. – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 3211-12-4 du code de la santé publique, la référence : « ou L 3211-12-1 » est remplacée les références : « , L. 3211-12-1 ou L. 3222-5-1 ».

IV. – L'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le I est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« La mesure d'isolement est prise pour une durée maximale de douze heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée, dans les conditions et selon les modalités prévues au premier alinéa du présent I, dans la limite d'une durée totale de quarante-huit heures, et fait l'objet de deux évaluations par vingt-quatre heures.

« La mesure de contention est prise dans le cadre d'une mesure d'isolement pour une durée maximale de six heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée, dans les conditions et selon les modalités prévues au même premier alinéa, dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre heures, et fait l'objet de deux évaluations par douze heures. » ;

2° Le II est ainsi rédigé :

« II. – À titre exceptionnel, le médecin peut renouveler, au delà des durées totales prévues au I, les mesures d'isolement et de contention, dans le respect des conditions prévues au même I. Le directeur de l'établissement informe sans délai le juge des libertés et de la détention du renouvellement de ces mesures. Le juge des libertés et de la détention peut se saisir d'office pour y mettre fin. Le médecin informe du renouvellement de ces mesures au moins un membre de la famille ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient, dès lors qu'une telle personne est identifiée, dans le respect de la volonté du patient et du secret médical.

« Le directeur de l'établissement saisit le juge des libertés et de la détention avant l'expiration de la soixante-douzième heure d'isolement ou de la quarante-huitième heure de contention, si l'état de santé du patient rend nécessaire le renouvellement de la mesure au delà de ces durées.

« Le juge des libertés et de la détention statue dans un délai de vingt-quatre heures à compter du terme des durées prévues au deuxième alinéa du présent II.

« Si les conditions prévues au I ne sont plus réunies, il ordonne la mainlevée de la mesure. Dans ce cas, aucune nouvelle mesure ne peut être prise avant l'expiration d'un délai de quarante-huit heures à compter de la mainlevée de la mesure, sauf survenance d'éléments nouveaux dans la situation du patient qui rendent impossibles d'autres modalités de prise en charge permettant d'assurer sa sécurité ou celle d'autrui. Le directeur de l'établissement informe sans délai le juge des libertés et de la détention, qui peut se saisir d'office pour mettre fin à la nouvelle mesure.

« Si les conditions prévues au I sont toujours réunies, le juge des libertés et de la détention autorise le maintien de la mesure d'isolement ou de contention. Dans ce cas, le médecin peut la renouveler dans les conditions prévues au même I et aux deux premiers alinéas du présent II. Toutefois, si le renouvellement d'une mesure d'isolement est encore nécessaire après deux décisions de maintien prises par le juge des libertés et de la détention, celui-ci est saisi au moins vingt-quatre heures avant l'expiration d'un délai de sept jours à compter de sa précédente décision et le médecin informe du renouvellement de ces mesures au moins un membre de la famille ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient, dès lors qu'une telle personne est identifiée, dans le respect de la volonté du patient et du secret médical. Le juge des libertés et de la détention statue avant l'expiration de ce délai de sept jours. Le cas échéant, il est à nouveau saisi au moins vingt-quatre heures avant l'expiration de chaque nouveau délai de sept jours et statue dans les mêmes conditions. Le médecin réitère l'information susmentionnée lors de chaque saisine du juge des libertés et de la détention.

« Pour l'application des deux premiers alinéas du présent II, lorsqu'une mesure d'isolement ou de contention est prise moins de quarante-huit heures après qu'une précédente mesure d'isolement ou de contention a pris fin, sa durée s'ajoute à celle des mesures d'isolement ou de contention qui la précèdent.

« Les mêmes deux premiers alinéas s'appliquent lorsque le médecin prend plusieurs mesures dont la durée cumulée sur une période de quinze jours atteint les durées prévues auxdits alinéas.

« Les mesures d'isolement et de contention peuvent également faire l'objet d'un contrôle par le juge des libertés et de la détention en application du IV de l'article L. 3211-12-1.

« Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent II. »

V. – Le I de l'article L. 3844-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au second alinéa, la référence : « L. 3211-12-2, » est supprimée ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les articles L. 3211-12, L. 3211-12-2 et L. 3211-12-4 sont applicables en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française, dans leur rédaction

résultant de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022, sous réserve des adaptations prévues au II du présent article. »

VI. – Au second alinéa du I de l'article L. 3844-2 du code de la santé publique, les mots : « version résultant de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 » sont remplacés par les mots : « rédaction résultant de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022 ».

VII. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

CHAPITRE II

Renforcer la politique de soutien à l'autonomie

Article 42

L'article 48 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après la mention : « I. – », est insérée la mention : « A. – » et les mots : « , à compter du 1^{er} septembre 2020, » sont supprimés ;

b) À la fin du 1°, les mots : « , à l'exception des structures créées en application de l'article L. 6111-3 du même code » sont supprimés ;

c) Au 2°, le mot : « dudit » est remplacé par les mots : « du même » ;

d) Au 3°, les mots : « , y compris rattachés aux établissements publics de santé, » sont supprimés et sont ajoutés les mots : « , y compris les professionnels exerçant au titre de l'accueil de jour sans hébergement dans les conditions prévues au dernier alinéa du même I » ;

e) Après le 5°, sont insérés dix-neuf alinéas ainsi rédigés :

« 6° Des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles rattachés à un établissement public de santé mentionné à l'article L. 6111-3 du code de la santé publique ;

« 7° Des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles relevant d'un

établissement public gérant un ou plusieurs établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionnés au 3° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

« 8° Des groupements d'intérêt public mentionnés à l'article L. 6134-1 du code de la santé publique satisfaisant aux critères suivants :

« a) Le groupement exerce, à titre principal, une activité en lien direct avec la prise en charge des patients ou des résidents ;

« b) L'un au moins des établissements membres du groupement d'intérêt public est soit un établissement public de santé mentionné à l'article L. 6111-3 du même code, soit un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionné au 3° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée ;

« c) L'activité principale du groupement bénéficie majoritairement à un établissement public de santé ou à un établissement public d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;

« 9° Des groupements de coopération sociale ou médico-sociale mentionnés au 3° de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles comprenant un ou plusieurs établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionnés au 3° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée ;

« 10° Des établissements et services à caractère expérimental mentionnés au 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles qui accueillent des personnes âgées et qui relèvent de l'objectif de dépenses mentionné au I de l'article L. 314-3 du même code.

« B. – Le complément de traitement indiciaire est également versé, dans des conditions fixées par décret, aux fonctionnaires et militaires exerçant les fonctions d'aide-soignant, d'infirmier, de cadre de santé de la filière infirmière et de la filière de rééducation, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue, d'orthophoniste, d'orthoptiste, d'ergothérapeute, d'audioprothésiste, de psychomotricien, de sage-femme, d'auxiliaire de puériculture, de diététicien, d'aide médico-psychologique, d'auxiliaire de vie sociale ou d'accompagnant éducatif et social au sein :

« 1° Des services de soins infirmiers à domicile mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

« 2° Des établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5° et 7° du même I et des établissements et services accueillant des personnes en situation de handicap mentionnés au 12° dudit I, qui relèvent de l'objectif de dépenses mentionné au I de l'article L. 314-3 du même code ;

« 3° Des établissements et services mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 dudit code ;

« 4° Des établissements organisant un accueil de jour sans hébergement dans les conditions prévues au dernier alinéa du même I ;

« 5° Des établissements mentionnés au III de l'article L. 313-12 du même code percevant un forfait de soins mentionné au IV du même article L. 313-12.

« C. – Une indemnité équivalente au complément de traitement indiciaire est versée, dans des conditions fixées par décret, aux agents contractuels de droit public et aux ouvriers des établissements industriels de l'État :

« 1° Exerçant leurs fonctions au sein des structures mentionnées au A du présent I ;

« 2° Exerçant au sein des structures mentionnées au B du présent I et occupant des fonctions analogues à celles mentionnées au même B.

« D. – Par dérogation aux A et B du présent I, un complément de traitement indiciaire est versé aux agents de la fonction publique hospitalière lorsqu'ils suivent des études favorisant la promotion professionnelle et préparant aux diplômes ou certificats du secteur sanitaire et social.

« Le complément de traitement indiciaire ou l'indemnité équivalente versé au titre des mêmes A et B aux militaires, aux fonctionnaires de l'État, aux agents contractuels de droit public et aux ouvriers des établissements industriels de l'État est maintenu lorsqu'ils suivent des études favorisant la promotion professionnelle et préparant aux diplômes ou certificats du secteur sanitaire et social. » ;

f) L'avant-dernier alinéa est supprimé ;

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

2° Au premier alinéa du II, les mots : « à compter du 1^{er} septembre 2020 » sont supprimés ;

3° Après le III, il est inséré un III *bis* ainsi rédigé :

« III *bis*. – Les I à III s’appliquent aux rémunérations versées à compter du 1^{er} septembre 2020, sauf pour :

« 1° Les personnels exerçant dans les structures mentionnées aux 6° à 10° du A du I, pour lesquels les I à III s’appliquent aux rémunérations versées à compter du 1^{er} juin 2021 ;

« 2° Les personnels exerçant dans les structures mentionnées au B du I, pour lesquels les I à III s’appliquent aux rémunérations versées à compter du 1^{er} octobre 2021 ;

« 3° Les personnels mentionnés au D du I, pour lesquels les I à III s’appliquent aux rémunérations versées à compter du 1^{er} septembre 2021.

« Les dispositions du C du I s’appliquent à compter des dates d’entrée en vigueur des dispositions auxquelles elles font chacune référence. »

Article 43

I. – Bénéficiaire du complément du traitement indiciaire, dans les conditions équivalentes à celles prévues au B du I de l’article 48 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, les agents publics exerçant au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux suivants qui ne relèvent pas de l’objectif de dépenses mentionné au I de l’article L. 314-3 du code de l’action sociale et des familles :

1° Les établissements et services à caractère expérimental accueillant des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap relevant du 12° du I de l’article L. 312-1 du même code ;

2° Les établissements et services accueillant des personnes en situation de handicap mentionnés au 7° du même I ;

3° Les établissements et services accueillant des personnes âgées mentionnés au III de l’article L. 313-12 du même code.

II. – Le coût des revalorisations prévues au I du présent article, ainsi que le coût de celles résultant de mesures salariales équivalentes au complément de traitement indiciaire par accords ou conventions collectives entrant en vigueur dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux du secteur privé accueillant les mêmes publics et relevant des mêmes catégories que ceux énumérés au même I, font l’objet d’un financement par la Caisse

nationale de solidarité pour l'autonomie aux départements. Les modalités de détermination de ce financement sont précisées par décret.

III. – Le présent article est applicable à compter du 1^{er} novembre 2021.

Article 44

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

1° L'article L. 313-1-3 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-1-3.* – Les prestations d'aide, d'accompagnement et de soins à domicile relevant des 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 sont dispensées par des services dénommés services autonomie à domicile.

« Les services autonomie à domicile concourent à préserver l'autonomie des personnes qu'ils accompagnent et à favoriser leur maintien à domicile.

« À cette fin, ils assurent une activité d'aide et d'accompagnement à domicile et proposent une réponse aux éventuels besoins de soins des personnes accompagnées :

« 1° Soit en assurant eux-mêmes une activité de soins à domicile. Ils perçoivent, à ce titre, les dotations définies au II de l'article L. 314-2-1 ;

« 2° Soit en organisant une réponse aux besoins de soins avec d'autres services ou professionnels assurant une activité de soins à domicile, le cas échéant par le biais de conventions.

« Un décret fixe le cahier des charges national que respectent ces services. » ;

2° La section 1 du chapitre IV est complétée par des articles L. 314-2-1 et L. 314-2-2 ainsi rédigés :

« *Art. L. 314-2-1.* – Les services autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 313-1-3 sont financés selon les modalités suivantes.

« I. – Au titre de l'activité d'aide et d'accompagnement à domicile :

« 1° Pour les services habilités sur le fondement de l'article L. 313-6 à recevoir des personnes bénéficiant de l'aide sociale, les tarifs horaires arrêtés par le président du conseil départemental en application du II de

l'article L. 314-1 ne peuvent être inférieurs à un montant fixé annuellement par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées, des collectivités territoriales et de la sécurité sociale ;

« 2° Pour les services mentionnés à l'article L. 347-1, le montant de l'allocation mentionnée à l'article L. 232-1 ou de la prestation mentionnée à l'article L. 245-1, destinées à couvrir tout ou partie du prix facturé par le service, ne peut être inférieur au montant résultant de l'application du montant minimal mentionné au 1° du présent I ;

« 3° Pour les services mentionnés aux 1° et 2° du présent I, sous réserve d'avoir conclu avec le président du conseil départemental le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 313-11-1 comportant les mentions prévues au 13° du même article L. 313-11-1, une dotation finance des actions améliorant la qualité du service rendu à l'utilisateur.

« II. – Au titre de l'activité de soins mentionnée au 1° de l'article L. 313-1-3, le directeur général de l'agence régionale de santé verse chaque année :

« 1° Une dotation globale relative aux soins, dont le montant tient compte notamment du niveau de perte d'autonomie et des besoins de soins des personnes accompagnées ;

« 2° Une dotation destinée au financement des actions garantissant le fonctionnement intégré de la structure et la cohérence de ses interventions auprès de la personne accompagnée.

« Art. L. 314-2-2. – La dotation mentionnée au 3° du I de l'article L. 314-2-1 finance des actions permettant :

« 1° D'accompagner des personnes dont le profil de prise en charge présente des spécificités ;

« 2° D'intervenir sur une amplitude horaire incluant les soirs, les week-ends et les jours fériés ;

« 3° De contribuer à la couverture des besoins de l'ensemble du territoire ;

« 4° D'apporter un soutien aux aidants des personnes accompagnées ;

« 5° D'améliorer la qualité de vie au travail des intervenants ;

« 6° De lutter contre l'isolement des personnes accompagnées.

« Pour l'attribution de la dotation, le président du conseil départemental organise un appel à candidatures. La dotation est versée aux services retenus au terme de cet appel à candidatures, dans le cadre du contrat mentionné à l'article L. 313-11-1.

« L'appel à candidatures ne peut prévoir de critères d'éligibilité sans rapport avec les objectifs mentionnés au huitième alinéa du présent article, qui seraient notamment liés au statut juridique du service, à un volume minimal d'activité ou à une part minimale d'heures effectuées auprès de bénéficiaires des prestations mentionnées aux articles L. 232-1 ou L. 245-1. Le service dont la candidature n'est pas retenue peut demander au président du conseil départemental de motiver sa décision. Ce dernier dispose d'un mois pour répondre.

« Chaque département transmet à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie les données, précisées par décret, permettant de suivre l'utilisation des montants versés au titre du concours prévu au *f* du 3° de l'article L. 14-10-5.

« Un décret précise les conditions dans lesquelles s'effectue la transmission normalisée de ces données ainsi que les modalités de contrôle et de recouvrement des indus du concours mentionné à l'avant-dernier alinéa du présent article, lorsque le contrôle fait apparaître que tout ou partie des montants versés au titre de ce concours n'a pas été utilisé ou l'a été à d'autres finalités que celles énoncées au premier alinéa. »

B. – Le 3° de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est complété par des *e* et *f* ainsi rédigés :

« *e*) Du surcroît des coûts mentionnés aux *a* et *b* du présent 3° résultant pour chaque département, le cas échéant, de l'application du tarif horaire minimal prévu au I de l'article L. 314-2-1. Les modalités de détermination de ce montant sont précisées par décret en Conseil d'État, en tenant compte des dernières données disponibles portant sur le volume total d'activité des services réalisant une activité d'aide et d'accompagnement à domicile à la date d'effet de la première application du tarif minimal et de chacune de ses revalorisations ;

« *f*) Du surcroît des coûts mentionnés aux *a* et *b* du présent 3° résultant, pour les départements qui la versent, de la dotation prévue au 3° du I de l'article L. 314-2-1. Les modalités de détermination de ce montant sont précisées par décret en Conseil d'État ; ».

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

1° Au *d* du 3° de l'article L. 14-10-5, les références : « aux 1°, 2°, 4°, 5° et 6° de » sont remplacées par le mot : « à » ;

2° L'article L. 233-1 est ainsi modifié :

a) Au 3°, les mots : « d'aide et d'accompagnement » sont remplacés par le mot : « autonomie » ;

b) Le 4° est abrogé ;

c) Les 5° et 6° deviennent, respectivement, les 4° et 5° ;

3° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 313-1-2, le mot : « intervenir » est remplacé par les mots : « exercer l'activité d'aide et d'accompagnement » et les mots : « d'aide et d'accompagnement » sont remplacés par le mot : « autonomie » ;

4° Au dernier alinéa de l'article L. 313-8-1, les mots : « les services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1 » sont remplacés par les mots : « l'activité d'aide et d'accompagnement assurée par les services autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 313-1-3 » ;

5° L'article L. 313-11-1 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « d'aide et d'accompagnement à domicile autorisés relevant des 1°, 6° et 7° » sont remplacés par les mots : « autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 313-1-3 et les services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant du 1° » ;

b) Au 6°, les mots : « aux deux derniers alinéas de » sont remplacés par le mot : « à » ;

c) Après le 11°, sont insérés des 12° et 13° ainsi rédigés :

« 12° Lorsqu'ils bénéficient du financement mentionné au 2° du II de l'article L. 314-2-1, les modalités d'organisation de nature à assurer la coordination et la continuité des interventions d'aide, d'accompagnement et de soins sur le territoire d'intervention du service auprès de la personne accompagnée ;

« 13° Lorsqu'ils bénéficient de la dotation mentionnée au 3° du I du même article L. 314-2-1, les actions conduites afin d'améliorer la qualité de prise en charge ainsi que, lorsqu'ils ne sont pas habilités à recevoir des personnes bénéficiant de l'aide sociale, les modalités de limitation du reste à charge des personnes accompagnées par le service. » ;

6° Le quatrième alinéa du III de l'article L. 313-12 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « d'aide et de soins » sont remplacés par le mot : « autonomie » ;

b) À la seconde phrase, les mots : « de soins infirmiers à domicile, un service polyvalent d'aide et de soins » sont remplacés par le mot : « autonomie » ;

7° À l'intitulé du chapitre VII du titre IV du livre III, les mots : « d'aide et d'accompagnement » sont remplacés par les mots : « autonomie à domicile » ;

8° L'article L. 347-1 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1 » sont remplacés par les mots : « autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 313-1-3 » et, après les mots : « prestations de service », sont insérés les mots : « d'aide et d'accompagnement » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les services peuvent appliquer un pourcentage d'évolution annuelle des prix supérieur à celui mentionné au deuxième alinéa du présent article lorsque le prix résultant de l'application de ce dernier taux demeure inférieur au tarif horaire arrêté par le département en application des articles L. 232-3 et L. 245-6. »

D. – L'article 49 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement est abrogé.

II. – A. – Le I entre en vigueur à la date de publication du décret définissant le cahier des charges des services autonomie à domicile pris en application de l'article L. 313-1-3 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction résultant du I du présent article, et au plus tard le 30 juin 2023, dans les conditions et sous les réserves prévues aux B à E du présent II.

B. – Les services mentionnés au présent B qui, à la date mentionnée au A du présent II, disposent d’une autorisation délivrée dans les conditions prévues à l’article L. 313-3 du code de l’action sociale et des familles sont réputés autorisés en qualité de service autonomie à domicile, au sens de l’article L. 313-1-3 du même code, pour la durée de l’autorisation restant à courir. À compter de la date mentionnée au A du présent II, ils disposent d’un délai de deux ans pour se mettre en conformité avec les dispositions du cahier des charges mentionné au même A. Pendant cette période, ils restent régis par les dispositions qui leur étaient applicables à la date mentionnée audit A.

Le présent B est applicable :

1° Aux services d’aide et d’accompagnement à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l’article L. 312-1 du code de l’action sociale et des familles ;

2° Aux services polyvalents d’aide et de soins à domicile relevant des mêmes 6° et 7° ;

3° Aux services polyvalents d’aide et de soins à domicile constitués, à la date de publication de la présente loi, en application du *b* de l’article 49 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l’adaptation de la société au vieillissement, sous la forme d’un groupement de coopération sociale ou médico-sociale ou par une convention de coopération, prévus à l’article L. 312-7 du même code.

Les autorisations arrivant à échéance dans un délai de six mois à compter de la date mentionnée au A du présent II sont prorogées pour une durée de trois mois.

C. – Les services de soins infirmiers à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l’article L. 312-1 du code de l’action sociale et des familles qui, à la date mentionnée au A du présent II, disposent d’une autorisation délivrée dans les conditions prévues à l’article L. 313-3 du code de l’action sociale et des familles déposent, dans un délai de deux ans à compter de cette même date, une demande en vue de leur autorisation en qualité de service autonomie à domicile au titre du 1° de l’article L. 313-1-3 du même code, dans sa rédaction résultant du I du présent article. Dans l’attente de leur constitution en services autonomie à domicile, ils restent régis par les dispositions qui leur étaient applicables à la date mentionnée au A du présent II, sous réserve du E du présent II.

Les autorisations délivrées en application du présent C sont dispensées de la procédure d'appel à projets prévue au I de l'article L. 313-1-1 du même code.

D. – Pour bénéficier de la dotation mentionnée au 3° du I de l'article L. 314-2-1 du code de l'action sociale et des familles, les services ayant déjà conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens dans les conditions prévues à l'article L. 313-11-1 du même code concluent un avenant comportant les éléments prévus au 13° du même article L. 313-11-1.

Le cas échéant, les services bénéficient de la dotation mentionnée au 3° du I de l'article L. 314-2-1 du code de l'action sociale et des familles à compter de la date à laquelle les crédits mentionnés au IX de l'article 26 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 cessent d'être versés en application du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévoyant le versement de ces crédits.

E. – Dans l'attente de leur constitution en services autonomie à domicile, sont applicables, jusqu'à la date mentionnée au A du présent II :

1° Aux services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles :

a) À compter du 1^{er} janvier 2022 : les règles relatives au tarif minimal prévues aux 1° et 2° du I de l'article L. 314-2-1 du même code ainsi que la compensation financière correspondante définie au *e* de l'article L. 14-10-5 dudit code ;

b) À compter du 1^{er} septembre 2022 : les règles relatives à la dotation mentionnée au 3° du I de l'article L. 314-2-1 du même code ainsi que la compensation financière correspondante prévue au *f* de l'article L. 14-10-5 du même code ;

2° Aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile mentionnés aux 2° et 3° du B du présent II :

a) À compter du 1^{er} janvier 2022 :

– les règles relatives au tarif minimal définies aux 1° et 2° du I de l'article L. 314-2-1 du code de l'action sociale et des familles ainsi que la compensation financière correspondante prévue au *e* du 3° de l'article L. 14-10-5 du même code ;

– la dotation mentionnée au 2° du II de l'article L. 314-2-1 dudit code ;

b) À compter du 1^{er} septembre 2022 : les règles relatives à la dotation mentionnée au 3^o du I du même article L. 314-2-1 ainsi que la compensation financière correspondante prévue au f de l'article L. 14-10-5 du même code ;

c) À compter du 1^{er} janvier 2023 : la dotation globale mentionnée au 1^o du II de l'article L. 314-2-1 du même code ;

3^o Aux services de soins infirmiers à domicile relevant des 6^o ou 7^o du I de l'article L. 312-1 du même code, à compter du 1^{er} janvier 2023 : la dotation globale mentionnée au 1^o du II de l'article L. 314-2-1 du même code.

III. – Avant le 1^{er} janvier 2024, le Gouvernement remet au Parlement un rapport dressant un bilan de la mise en place du tarif plancher national visant à consolider le financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile. Ce rapport évalue notamment les effets de la mise en place du tarif socle, d'une part, sur le financement des services et, d'autre part, sur les procédures de tarification des différents opérateurs. Il évalue également ses conséquences sur les modes d'intervention de l'aide à domicile liés au secteur des particuliers employeurs, en vue de se prononcer sur l'opportunité d'appliquer ce tarif socle, dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie, à l'emploi d'un salarié à domicile, en emploi direct ou par l'intermédiaire d'une structure mandataire.

Article 45

Le troisième alinéa du I de l'article 47 de la loi n^o 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 est supprimé.

Article 46

I. – À titre expérimental et pour une durée de trois ans, l'État peut autoriser la mise en place et le financement, par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, d'une carte professionnelle pour les intervenants et intervenantes de l'aide à domicile.

II. – Les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation prévue au I sont définies par voie réglementaire au plus tard le 1^{er} juin 2022. Le ministre chargé de la santé arrête la liste des territoires participant à l'expérimentation, dans la limite de cinq départements.

III. – Dans un délai de six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport d'évaluation, qui se prononce notamment sur la pertinence d'une généralisation.

Article 47

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

1° La section 3 du chapitre III du titre I^{er} du livre III est complétée par un article L. 313-12-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-12-3.* – Les établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 peuvent assurer, dans des conditions fixées par voie réglementaire et en garantissant l'équité territoriale entre les départements, une mission de centre de ressources territorial. Ils proposent dans ce cadre, en lien avec d'autres professionnels des secteurs sanitaire et médico-social du territoire chargés du parcours gériatrique des personnes âgées, des actions visant à :

« 1° Aider les professionnels du territoire intervenant auprès des personnes âgées, notamment afin de les soutenir dans l'exercice de leurs missions, d'organiser des formations, de mettre les ressources humaines et les plateaux techniques de l'établissement à leur disposition ou de mettre en œuvre des dispositifs de télésanté leur permettant de répondre aux besoins ou d'améliorer le suivi des patients résidant dans l'établissement dès lors que la présence physique d'un professionnel médical n'est pas possible ;

« 2° Accompagner, en articulation avec les services à domicile, les personnes âgées ne résidant pas dans l'établissement ou les aidants, afin d'améliorer la cohérence de leur parcours de santé et de leur parcours vaccinal, de prévenir leur perte d'autonomie physique, cognitive ou sociale et de favoriser leur vie à domicile. À ce titre, ils peuvent proposer une offre d'accompagnement renforcé au domicile, incluant des dispositifs de télésanté.

« Lorsqu'ils ont une mission de centre de ressources territorial, les établissements reçoivent les financements complémentaires mentionnés à l'article L. 314-2. » ;

2° À la deuxième phrase du 1° du I de l'article L. 314-2, après le mot : « particulières », sont insérés les mots : « ou à la mission de centre de ressources territorial mentionnée à l'article L. 313-12-3 ».

Article 48

I. – À titre expérimental et pour une durée de trois ans, dans trois régions volontaires, le directeur général de l'agence régionale de santé peut mettre en place, au sein de chaque département, une plateforme d'appui gériatrique aux établissements et services sanitaires et médico-sociaux ainsi qu'aux professionnels de santé libéraux apportant des soins ou un accompagnement aux personnes âgées. Elle assure la coordination de ces acteurs afin d'organiser un parcours de santé pour les personnes âgées. Chaque plateforme est rattachée à la délégation départementale de l'agence régionale de santé. Une convention pluriannuelle entre le directeur général de l'agence régionale de santé et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie précise l'objet de ses missions, son organisation et les moyens mis à sa disposition.

II. – Les modalités d'application de l'expérimentation sont définies par décret en Conseil d'État.

III. – Au plus tard six mois avant la fin de l'expérimentation, le Gouvernement remet au Parlement un bilan de cette expérimentation, qui porte notamment sur l'opportunité de la généralisation du dispositif.

Article 49

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

1° La troisième phrase du 2° de l'article L. 14-10-1 est complétée par les mots : « , dont le système d'information unique pour la gestion par les départements de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile mentionné à l'article L. 232-21-5 » ;

2° La section 3 du chapitre II du titre III du livre II est complétée par un article L. 232-21-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 232-21-5.* – Les départements et, le cas échéant, les institutions et organismes avec lesquels des conventions sont conclues en application de l'article L. 232-13 ont recours, pour la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile, à un système d'information unique mis à leur disposition par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

« Ce système d'information unique a pour finalités :

« 1° De mettre en œuvre l'ensemble des procédures nécessaires au recueil des demandes et à leur instruction ainsi qu'à l'attribution, à la gestion et au contrôle de l'effectivité de cette prestation ;

« 2° D'assurer le suivi et l'analyse de ces procédures, des dépenses afférentes à cette prestation ainsi que des caractéristiques de ses bénéficiaires.

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent article, notamment les catégories de données traitées et les règles d'utilisation de ce système d'information unique. »

II. – Le 2° du I entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2025. À cette fin, ce décret précise les modalités selon lesquelles le système d'information unique mentionné au même 2° est progressivement déployé dans l'ensemble des départements à partir du 1^{er} janvier 2024.

Article 50

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

1° La dernière phrase du 2° de l'article L. 14-10-1 est ainsi rédigée :
« Elle assure, au bénéfice des départements, des maisons départementales des personnes handicapées mentionnées à l'article L. 146-3 et des maisons départementales de l'autonomie mentionnées à l'article L. 149-4, un rôle d'accompagnement, de conseil, d'audit et d'évaluation, en vue notamment de garantir la qualité du service et de veiller à l'égalité de traitement des demandes de droits et de prestations de soutien à l'autonomie ; »

2° L'article L. 14-10-8 est ainsi rétabli :

« *Art. L. 14-10-8.* – Pour l'exercice des missions définies à l'article L. 14-10-1, les départements et les maisons départementales des personnes handicapées communiquent à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie tous les documents et les renseignements utiles à la conduite de leurs travaux et autorisent la tenue de missions sur place.

« Un décret fixe les modalités d'application du présent article. »

Article 51

Après l'article L. 14-10-5-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 14-10-5-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 14-10-5-2.* – La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie reverse aux départements, dans des conditions et selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État, le produit versé par la Caisse nationale de l'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 par les départements, au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap mentionnée à l'article L. 245-1, aux titulaires de prestations de sécurité sociale, les faisant relever de la compétence de ces États au sens des règlements européens. »

Article 52

I. – L'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) La troisième phrase est supprimée ;

b) À la dernière phrase, après le mot : « publication », sont insérés les mots : « , dans un format clair et accessible aux usagers et à leurs familles, » ;

2° Après le même premier alinéa, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :

« Les organismes pouvant procéder à cette évaluation sont accrédités par l'instance nationale d'accréditation mentionnée à l'article 137 de la loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie ou par tout organisme européen équivalent signataire de l'accord multilatéral pris dans le cadre de la coordination européenne des organismes d'accréditation, dans des conditions prévues par décret.

« La Haute Autorité de santé définit le cahier des charges relatif aux exigences spécifiques, complémentaires à la norme d'accréditation, auxquelles sont soumis les organismes chargés des évaluations. L'instance nationale d'accréditation vérifie le respect de la norme d'accréditation et du cahier des charges.

« La Haute Autorité de santé peut informer l'instance nationale d'accréditation ou tout organisme européen mentionné au deuxième alinéa du présent article des manquements au cahier des charges mentionné au troisième alinéa dont elle a connaissance. L'instance nationale d'accréditation lui indique les mesures mises en œuvre à la suite de cette information. » ;

3° Le deuxième alinéa est supprimé ;

4° À la fin de l'avant-dernier alinéa, les mots : « du cahier des charges mentionné au même premier alinéa et de leur habilitation par la Haute Autorité de santé » sont remplacés par les mots : « de l'accréditation mentionnée au deuxième alinéa » ;

5° À la fin du dernier alinéa, les mots : « , les référentiels et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles au regard desquelles la qualité des prestations délivrées par les établissements et services est évaluée » sont remplacés par les mots : « et le référentiel au regard desquels la qualité des prestations délivrées par les établissements et services est évaluée, ainsi que d'élaborer ou de valider les recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour l'accompagnement des publics énumérés au I de l'article L. 312-1 du présent code ».

II. – Le VI de l'article L. 543-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« VI. – Le cinquième alinéa de l'article L. 312-8 est supprimé. »

III. – Le I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

IV. – Les autorisations des établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles qui n'ont pas communiqué les résultats des évaluations prévues à l'article L. 312-8 du même code entre le 12 mars 2020 et le 31 décembre 2022 en vue du renouvellement de leur autorisation sont prorogées jusqu'au 1^{er} janvier 2025.

V. – La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie contribue à la compensation des surcoûts supportés par les établissements et services médico-sociaux, induits par l'obligation d'accréditation des organismes prévue au deuxième alinéa de l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles.

Article 53

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

1° Le 2° de l'article L. 160-14 est ainsi rédigé :

« 2° Lorsque l'état du bénéficiaire justifie la fourniture d'un appareil ou d'une aide technique à usage individuel favorisant l'autonomie de la personne et appartenant à une catégorie déterminée par ledit décret, pour les frais d'acquisition ou de mise à disposition de l'appareil ou de l'aide technique ; »

2° Le 1° de l'article L. 161-37 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, après les deux occurrences du mot : « produits », sont insérés les mots : « , dont les aides techniques à usage individuel favorisant l'autonomie de la personne » ;

b) À la deuxième phrase, après le mot : « produits », sont insérés les mots : « , dont les aides techniques à usage individuel favorisant l'autonomie de la personne, » ;

c) À la troisième phrase, après le mot : « produits », sont insérés les mots : « , dont les aides techniques à usage individuel favorisant l'autonomie de la personne, » ;

3° Après le troisième alinéa de l'article L. 161-41, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La composition, les règles de fonctionnement et les critères d'évaluation de la commission mentionnée à l'article L. 165-1 peuvent faire l'objet d'aménagements spécifiques, par décret en Conseil d'État, dans le cas de l'évaluation des aides techniques à usage individuel favorisant l'autonomie de la personne prévue au 1° de l'article L. 161-37. » ;

4° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 165-1, après la référence : « L. 162-17 », sont insérés les mots : « , incluant certaines catégories d'aides techniques à usage individuel favorisant l'autonomie de la personne et dont la fonction n'est pas l'aménagement du logement de l'utilisateur, ».

II. – Le I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

Article 54

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

1° Le premier alinéa des articles L. 168-9 et L. 544-6 est ainsi modifié :

a) La première phrase est complétée par les mots : « et revalorisé au 1^{er} janvier de chaque année en référence au salaire minimum de croissance mentionné à l'article L. 3231-2 du code du travail, rapporté à une valeur journalière et net des prélèvements sociaux obligatoires » ;

b) La seconde phrase est remplacée par trois phrases ainsi rédigées : « Le montant de l'allocation journalière versée aux personnes mentionnées au 1° et au dernier alinéa de l'article L. 611-1 du présent code et à l'article L. 722-9 du code rural et de la pêche maritime qui cessent leur activité ne peut excéder les revenus journaliers tirés de leur activité professionnelle. La deuxième phrase du présent alinéa est également applicable aux personnes mentionnées à l'article L. 5421-1 du code du travail, au titre des revenus de remplacement perçus en application du même article L. 5421-1. Un décret définit la période de référence à prendre en compte pour l'appréciation de ces revenus. » ;

2° Au début du deuxième alinéa des mêmes articles L. 168-9 et L. 544-6, les mots : « Ces montants peuvent être modulés » sont remplacés par les mots : « Ce montant peut être modulé » ;

3° Le premier alinéa de l'article L. 544-8 est ainsi modifié :

a) Après la référence : « L. 611-1 », est insérée la référence : « et à l'article L. 661-1 » ;

b) La référence : « à l'article L. 722-9 » est remplacée par les références : « aux articles L. 321-5, L. 722-9 et L. 732-34 ».

II. – La sous-section 3 de la section 1 du chapitre II du titre IV du livre I^{er} de la troisième partie du code du travail est ainsi modifiée :

1° À la fin du premier alinéa de l'article L. 3142-16, les mots : « d'une particulière gravité » sont supprimés ;

2° À l'article L. 3142-24, les mots : « de la particulière gravité » sont supprimés ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 3142-25-1, les mots : « d'une particulière gravité » sont supprimés.

III. – La section 1 du chapitre VIII du titre III du livre I^{er} de la quatrième partie du code de la défense est ainsi modifiée :

1° À la fin de la première phrase de l'article L. 4138-6-1, les mots : « d'une particulière gravité » sont remplacés par les mots : « définis par le décret pris en application de l'article L. 3142-24 du même code » ;

2° Après la deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 4138-7, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Toutefois, lorsque le nombre maximal de jours de congés est atteint avant le terme de la période en cours, le congé peut être renouvelé une fois au titre de la même maladie ou du même handicap ou du fait de l'accident dont l'enfant a été victime, pour au maximum trois cent dix jours ouvrés au cours d'une nouvelle période de trente-six mois. »

IV. – À la fin de la première phrase du 9° *bis* de l'article 34 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État, du 10° *bis* de l'article 57 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et du 9° *bis* de l'article 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, les mots : « d'une particulière gravité » sont remplacés par les mots : « définis par le décret pris en application de l'article L. 3142-24 du même code ».

V. – Après la deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article 40 *bis* de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 précitée, de l'article 60 *sexies* de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 précitée et du 11° de l'article 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Toutefois, lorsque le nombre maximal de jours de congés est atteint avant le terme de la période en cours, le congé peut être renouvelé une fois au titre de la même maladie ou du même handicap ou du fait de l'accident dont l'enfant a été victime, pour au maximum trois cent dix jours ouvrés au cours d'une nouvelle période de trente-six mois. »

VI. – Le présent article entre en vigueur à des dates fixées par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2023, à l'exception du *b* du 1° du I qui entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2024.

Article 55

I. – Au premier alinéa du I de l'article 53 de la loi n° 2018-727 du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance, les mots : « pendant une durée de trois ans à compter de la publication du décret

mentionné au VI du présent article » sont remplacés par les mots : « jusqu’au 31 décembre 2023 ».

II. – Les frais d’ingénierie et d’évaluation de l’expérimentation mentionnée à l’article 53 de la loi n° 2018-727 du 10 août 2018 pour un État au service d’une société de confiance sont financés par la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie.

Article 56

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 31 mars 2022, un rapport dressant un bilan de la mise en œuvre de la cinquième branche de la sécurité sociale, notamment de l’article 32 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021. Ce rapport propose en outre des solutions en vue de la mise en place d’un service territorial de l’autonomie dans les départements, articulant l’action de tous les acteurs, afin de faciliter les démarches des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs proches aidants. Ce service territorial de l’autonomie vise à garantir la continuité de leur parcours dans le respect de la volonté des personnes.

Article 57

Dans un délai d’un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport détaillant le financement par la sécurité sociale des dépenses de santé des détenus en perte d’autonomie, depuis l’application du transfert de l’État vers la sécurité sociale du financement des dépenses de santé des personnes écrouées, prévu à l’article 28 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

CHAPITRE III

Rénover la régulation des dépenses de produits de santé

Article 58

I. – La cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1° L’article L. 5121-12-1 est ainsi modifié :

a) Le II est ainsi modifié :

– au deuxième alinéa, les mots : « l'entreprise qui assure l'exploitation » sont remplacés par les mots : « le titulaire des droits d'exploitation » ;

– la seconde phrase du dernier alinéa est supprimée ;

b) Au IV, les mots : « l'entreprise qui assure l'exploitation » sont remplacés par les mots : « le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché » ;

c) À la deuxième phrase du premier alinéa du V, les mots : « de l'autorisation de mise sur le marché » sont remplacés par les mots : « des droits d'exploitation du médicament » ;

d) Il est ajouté un VIII ainsi rédigé :

« VIII. – Toutefois et, le cas échéant, par dérogation aux I et II :

« 1° L'absence de dépôt de demande d'autorisation d'accès précoce au titre de l'article L. 5121-12 dans le délai mentionné au deuxième alinéa du II du présent article ou le refus opposé à cette demande ne fait obstacle ni au maintien d'une autorisation d'accès compassionnel en cours de validité ni à son renouvellement pour tenir compte de la situation particulière d'un patient donné, pour une durée maximale prévue par décret ;

« 2° La mise en place d'une recherche impliquant la personne humaine à des fins commerciales dans une indication donnée ne fait obstacle ni au maintien d'un cadre de prescription compassionnelle établi au préalable dans cette même indication en cours de validité ni à son renouvellement pour des motifs de santé publique. » ;

2° L'article L. 5123-2 est ainsi modifié :

a) Le début du deuxième alinéa est ainsi rédigé : « Les médicaments faisant l'objet, dans une indication considérée, des autorisations d'accès précoce mentionnées à l'article L. 5121-12 ou du dispositif relatif aux continuités des traitements initiés à ce titre en application de l'article L. 162-16-5-4 du code de la sécurité sociale, des autorisations ou cadres de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L. 5121-12-1 du présent code ou du dispositif relatif aux continuités des traitements initiés à ce titre en application du VI de l'article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale, les médicaments faisant l'objet d'une autorisation comme médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement mentionnés au 17° de l'article L. 5121-1 du présent code ainsi que ceux faisant l'objet, en association, dans une indication considérée, d'une autorisation en application de l'article L. 162-18-1 du code de la sécurité sociale et ceux bénéficiant d'une

autorisation d'importation délivrée en application de l'article L. 5124-13 du présent code dans le cadre...*(le reste sans changement)*. » ;

b) La seconde phrase du troisième alinéa est complétée par les mots : « ni aux médicaments inscrits, au titre de leur autorisation de mise sur le marché, sur la liste mentionnée au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique » ;

3° La première phrase du deuxième alinéa du 1° de l'article L. 5126-6 est ainsi rédigée : « Sont réputés inscrits sur cette liste les médicaments qui ne sont pas classés dans la catégorie des médicaments réservés à l'usage hospitalier et qui font l'objet d'une autorisation d'accès précoce mentionnée à l'article L. 5121-12 ou qui bénéficient du dispositif relatif aux continuités des traitements initiés à ce titre en application de l'article L. 162-16-5-4 du code de la sécurité sociale, ainsi que les médicaments qui font l'objet d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L. 5121-12-1 du présent code ou qui bénéficient du dispositif relatif aux continuités des traitements initiés à ce titre en application du VI de l'article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale. » ;

4° Après le mot : « médicament », la fin de l'article L. 5422-3 est ainsi rédigée : « mentionné au 1° du II de l'article L. 5121-12 bénéficiant d'une autorisation d'accès précoce au titre du même article L. 5121-12 ou pour un médicament bénéficiant d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L. 5121-12-1, pour la ou les indications autorisées ou encadrées, est punie d'un an d'emprisonnement et de 150 000 € d'amende. » ;

5° Au 7° de l'article L. 5422-18, les mots : « bénéficiant d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » sont remplacés par les mots : « mentionné au 1° du II de l'article L. 5121-12 bénéficiant d'une autorisation d'accès précoce au titre du même article L. 5121-12 ou pour un médicament bénéficiant d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L. 5121-12-1, pour la ou les indications autorisées ou encadrées ».

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

1° Après l'article L. 162-1-22, il est inséré un article L. 162-1-23 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-1-23.* – I. – Dans les conditions prévues au présent article, l'assurance maladie peut prendre en charge de manière anticipée, concernant

une indication particulière, en vue de leur inscription sur l'une des listes mentionnées aux articles L. 165-1 et L. 162-52, pour une durée limitée à un an, non renouvelable :

« 1° Un dispositif médical numérique répondant à la définition mentionnée au premier alinéa du II de l'article L. 162-48 et présentant une visée thérapeutique ;

« 2° Des activités de télésurveillance médicale définies au même article L. 162-48.

« L'article L. 162-51 est applicable aux activités de télésurveillance médicale relevant du présent article.

« II. – La prise en charge anticipée prévue au I du présent article est demandée par l'exploitant du dispositif médical numérique mentionné au 1° du même I ou du dispositif médical numérique utilisé dans le cadre des activités de télésurveillance médicale mentionnées au 2° dudit I. Elle est décidée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la commission mentionnée à l'article L. 165-1, lorsque les conditions suivantes sont remplies :

« 1° Le dispositif médical numérique mentionné au 1° du I du présent article ou les activités de télésurveillance médicale mentionnées au 2° du même I sont présumés innovants, notamment en termes de bénéfice clinique ou de progrès dans l'organisation des soins, d'après les premières données disponibles et compte tenu d'éventuels comparateurs pertinents ;

« 2° Le dispositif médical numérique mentionné au 1° dudit I ou utilisé dans le cadre des activités de télésurveillance médicale mentionnées au 2° du même I bénéficie du marquage "CE" dans l'indication considérée ;

« 3° L'exploitant du dispositif médical numérique mentionné au 1° du même I ou utilisé dans le cadre des activités de télésurveillance médicale mentionnées au 2° du même I garantit sa conformité aux règles relatives à la protection des données personnelles ainsi qu'aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité applicables sur le fondement de l'article L. 1470-5 du code de la santé publique ;

« 4° Le dispositif médical numérique mentionné au 1° du I du présent article ou utilisé dans le cadre des activités de télésurveillance médicale mentionnées au 2° du même I permet d'exporter les données traitées, dans des formats et dans une nomenclature interopérables, appropriés et garantissant l'accès direct aux données, et comporte, le cas échéant, des

interfaces permettant l'échange de données avec des dispositifs ou accessoires de collecte des paramètres vitaux du patient.

« III. – L'arrêté pris en application du II fixe, sur une base forfaitaire, le montant de la compensation financière versée à l'exploitant du dispositif médical numérique mentionné au 1° du I du présent article ou utilisé dans le cadre des activités de télésurveillance médicale mentionnées au 2° du même I ou, le cas échéant, au distributeur au détail ou à l'opérateur de télésurveillance médicale, dans des conditions précisées par voie réglementaire.

« Cette prise en charge anticipée pour l'indication considérée ne peut être cumulée avec un autre mode de prise en charge prévu aux articles L. 162-22-7, L. 162-52, L. 165-1, L. 165-1-1, L. 165-1-5 ou L. 165-11, ni avec une prise en charge financière au titre des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6.

« IV. – La prise en charge anticipée prévue au I du présent article est subordonnée à l'utilisation effective du dispositif médical numérique par le patient et, lorsqu'ils existent, à l'obtention de résultats individualisés ou nationaux d'utilisation en vie réelle évalués sur le fondement d'indicateurs définis par la commission mentionnée à l'article L. 165-1.

« Les données nécessaires à la mise en œuvre du contrôle mentionné au premier alinéa du présent IV peuvent, avec l'accord du patient, être télétransmises au médecin prescripteur, au prestataire et au service du contrôle médical mentionné à l'article L. 315-1. En cas de refus opposé par le patient à la transmission de ces données, le dispositif médical numérique mentionné au 1° du I du présent article et l'activité de télésurveillance médicale mentionnée au 2° du même I ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge anticipée. Lorsque ce refus est opposé après l'ouverture de la prise en charge anticipée, celle-ci est suspendue et le patient en est informé sans délai par l'organisme local d'assurance maladie.

« Le recueil et la transmission des données personnelles de santé relevant du présent article sont effectués dans le respect du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données).

« V. – La prise en charge anticipée prévue au I peut, au vu des exigences de qualité et de sécurité des soins mettant en œuvre le dispositif médical numérique, énoncées le cas échéant par la commission prévue à l'article

L. 165-1, être assortie de conditions concernant la qualification ou la compétence des prescripteurs, l'environnement technique ou l'organisation de ces soins et d'un dispositif de suivi des patients traités. La prise en charge peut également être assortie de spécifications techniques, d'indications thérapeutiques ou diagnostiques et de conditions particulières de prescription d'utilisation et de distribution.

« VI. – La prise en charge anticipée prévue au I du présent article implique l'engagement du bénéficiaire de :

« 1° Déposer une demande d'inscription pour l'indication considérée sur l'une des listes mentionnées aux articles L. 165-1 et L. 162-52, dans des délais respectifs de six mois et neuf mois à compter de la décision de prise en charge anticipée ;

« 2° Permettre d'assurer la continuité des traitements ou de la surveillance médicale initiés :

« a) Pendant la durée de la prise en charge anticipée ;

« b) Pendant une durée d'au moins six mois à compter de l'arrêt de cette prise en charge. Ce délai est ramené à quarante-cinq jours lorsque l'indication concernée fait l'objet d'un refus de prise en charge au titre de l'une des listes mentionnées au 1° du présent VI.

« Durant cette période de continuité des traitements ou de la surveillance médicale postérieure à la prise en charge, le dispositif médical numérique mentionné au 1° du I ou les activités de télésurveillance médicale mentionnées au 2° du même I sont pris en charge dans les conditions prévues au titre des listes mentionnées aux articles L. 165-1 ou L. 162-52 en cas d'inscription sur l'une de celles-ci et, dans le cas contraire, dans les conditions prévues au III du présent article. Dans ce dernier cas, les dernières conditions de prescription, d'utilisation et de distribution au titre de la prise en charge anticipée sont maintenues.

« Les engagements mentionnés au présent VI cessent de s'appliquer si le dispositif médical numérique mentionné au 1° du I ou utilisé dans le cadre des activités de télésurveillance médicale mentionnées au 2° du même I ou son accessoire de collecte font l'objet d'un arrêt de commercialisation pour des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients.

« VII. – Pour chaque indication, la prise en charge anticipée mentionnée au I cesse :

« 1° Lorsqu'aucune demande d'inscription n'est déposée dans les délais mentionnés au 1° du VI ;

« 2° Lorsqu'une décision relative à l'inscription ou au refus d'inscription de cette indication sur l'une de ces listes est prise et que, dans les cas où un tel avis est prévu, l'avis de fixation du tarif de responsabilité est publié ;

« 3° Lorsque les conditions mentionnées aux 2° à 4° du II cessent d'être remplies ainsi que dans le cas mentionné au dernier alinéa du VI.

« VIII. – En cas de manquement aux obligations de continuité des traitements définies au 2° du VI, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer une pénalité à la charge de l'exploitant du dispositif médical numérique mentionné au 1° du I ou utilisé dans le cadre des activités de télésurveillance médicale mentionnées au 2° du même I, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations.

« Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre du dispositif médical numérique concerné durant les dix-huit mois précédant la constatation du manquement. 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. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

« IX. – Les modalités d'application du présent article, notamment les modalités d'appréciation des conditions de prise en charge mentionnées au II, les règles de fixation du montant de la compensation financière mentionnée au III et les modalités de versement de celle-ci, sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;

2° Le premier alinéa du I de l'article L. 162-16-5 est ainsi rédigé :

« Le prix de cession au public des spécialités inscrites sur la liste prévue au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique faisant l'objet de la prise en charge mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 162-17 du présent code, majoré le cas échéant du montant de la taxe sur la valeur ajoutée et d'une marge dont la valeur est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en prenant en compte

les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités, est fixé par convention entre l'entreprise exploitant la spécialité, l'entreprise titulaire de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 du code de la santé publique, l'entreprise assurant l'importation ou la distribution parallèle de la spécialité et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 du présent code ou, à défaut, par décision du comité, sauf opposition conjointe des mêmes ministres, qui arrêtent conjointement dans ce cas le prix. Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article, notamment les procédures et les délais de fixation du prix. » ;

3° L'article L. 162-16-5-2 est ainsi modifié :

a) À la seconde phrase du 1° du B du II, les mots : « le laboratoire titulaire des droits d'exploitation » sont remplacés par les mots : « l'entreprise titulaire des droits d'exploitation ou l'exploitant » ;

b) Au premier alinéa du A du III, le mot : « exploitant » est remplacé par les mots : « titulaire des droits d'exploitation ou l'exploitant de » ;

c) Au premier alinéa du IV, les mots : « le laboratoire titulaire des droits d'exploitation » sont remplacés par les mots : « l'entreprise titulaire des droits d'exploitation ou l'exploitant » ;

d) Au premier alinéa du V, la référence : « au I » est remplacée par les références : « aux I ou VI » ;

e) Le premier alinéa du VI est complété par les mots : « , sous réserve du V » ;

4° L'article L. 162-16-5-4 est ainsi modifié :

a) Au 2° du I, les mots : « durée minimale, fixée par décret, ne pouvant excéder un an » sont remplacés par les mots : « période supplémentaire, qui ne peut être inférieure à une durée minimale, fixée par décret dans la limite d'une année » ;

b) À la première phrase du premier alinéa du 2° du I *bis*, les mots : « de dispensation et » sont supprimés ;

c) Après le I *bis*, il est inséré un I *ter* ainsi rédigé :

« I *ter*. – Lorsque la spécialité qui a bénéficié de la prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 n'est inscrite sur aucune des listes mentionnées

à l'article L. 162-17 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique dans l'indication considérée, les dernières conditions de prescription et de dispensation prévues dans le cadre de l'accès précoce sont maintenues pendant la période de continuité du traitement mentionnée au 2° du I du présent article. Pendant cette période et dès lors que les conditions de prise en charge au titre de l'accès précoce ne sont plus maintenues, l'exploitant permet l'achat de la spécialité à un tarif qui n'excède pas le prix de référence mentionné à l'article L. 162-16-5-1-1, le cas échéant au moyen de remises. » ;

d) Le II est ainsi modifié :

– après la référence : « I, », la fin de la première phrase du premier alinéa est ainsi rédigée : « les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après que le laboratoire exploitant a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à sa charge. » ;

– à la seconde phrase du même premier alinéa, la référence : « I du présent article » est remplacée par la référence : « même I » ;

– sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« 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. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

« Les modalités d'application du présent II sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;

5° Après le même article L. 162-16-5-4, il est inséré un article L. 162-16-5-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-16-5-5.* – Les médicaments disposant d'une autorisation comme médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement, mentionnés au 17° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, font l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie. Cette prise en charge s'effectue sur une base forfaitaire annuelle par patient, définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État. » ;

6° À l'article L. 162-22-7-3, la référence : « et L. 162-16-5-2 » est remplacée par les références : « , L. 162-16-5-2, L. 162-16-5-5 et L. 162-18-1 » et, à la fin, les mots : « , dans les conditions fixées aux articles L. 162-16-5-1 ou L. 162-16-5-2 » sont supprimés ;

7° Le 5° du I de l'article L. 162-23-4 est abrogé ;

8° Le II de l'article L. 162-23-6 est ainsi modifié :

a) La seconde phrase du premier alinéa est supprimée ;

b) Le second alinéa est supprimé ;

9° L'article L. 165-1-1 est ainsi modifié :

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

b) Au second alinéa, le mot : « article » est remplacé par la référence : « I » ;

c) Sont ajoutés neuf alinéas ainsi rédigés :

« Le niveau de prise en charge d'un produit de santé et de la prestation associée ou de l'acte pris en charge au titre du présent I est fixé au regard notamment d'un ou de plusieurs des critères suivants :

« 1° Des tarifs des produits et prestations à visée thérapeutique comparable, compte tenu des remises applicables recouvrées dans les conditions prévues à l'article L. 165-4 au bénéfice de la Caisse nationale de l'assurance maladie ;

« 2° Des tarifs, des prix ou des coûts de traitement, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, constatés dans d'autres pays européens ;

« 3° Des volumes de vente prévus des produits ou prestations ainsi que les montants des produits ou prestations remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ;

« 4° Des actes existants déjà pris en charge, compte tenu du temps médical engagé sur l'acte.

« II. - L'exploitant d'un produit de santé sollicitant la prise en charge au titre du présent article s'engage à :

« 1° Mener à leur terme les études prévues au I du présent article, sauf lorsqu'apparaît en cours d'étude un risque avéré pour la sécurité des patients

ou que des résultats intermédiaires démontrent manifestement l'existence ou l'absence de bénéfice clinique ou médico-économique et justifient pour ce motif l'interruption anticipée de l'étude ;

« 2° Déposer une demande d'inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1 dans un délai d'un an à compter de la fin de l'étude, sauf lorsque les résultats de celle-ci ne permettent raisonnablement pas d'envisager une issue favorable à une demande d'inscription.

« En cas de manquement à ces obligations, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent conjointement prononcer à l'encontre de l'entreprise concernée, après que cette dernière a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière, à laquelle s'applique le troisième alinéa du V de l'article L. 165-3-3. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 30 % du montant hors taxes perçu en France par l'entreprise au titre du forfait mentionné au I du présent article pour sa part relative au dispositif médical concerné. » ;

10° Après le II de l'article L. 165-1-5, il est inséré un II *bis* ainsi rédigé :

« II *bis*. – La prise en charge transitoire d'un produit ou d'une prestation au titre du présent article peut, au vu des exigences de qualité et de sécurité des soins mettant en œuvre ce produit et cette prestation, énoncées le cas échéant par la commission prévue à l'article L. 165-1, être assortie de conditions concernant la qualification ou la compétence des prescripteurs, l'environnement technique ou l'organisation de ces soins et d'un dispositif de suivi des patients traités. La prise en charge peut également être assortie de spécifications techniques, d'indications thérapeutiques ou diagnostiques et de conditions particulières de prescription, d'utilisation et de distribution. » ;

11° Le dernier alinéa du I de l'article L. 165-1-6 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les dernières conditions de prescription, d'utilisation et de distribution au titre de la prise en charge transitoire mentionnée à l'article L. 165-1-5 sont maintenues. » ;

12° Le II du même article L. 165-1-6 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « le Comité économique des produits de santé peut » sont remplacés par les mots : « les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent conjointement » et, à la fin, les mots : « à laquelle s'appliquent les dispositions du troisième alinéa du V de l'article L. 165-3-3 » sont supprimés ;

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

« 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. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. »

Article 59

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 1° de l'article L. 133-4 et à la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17-1-2, après la référence : « L. 162-17-2-1 », est insérée la référence : « , L. 162-18-1 » ;

2° À la première phrase de l'avant-dernier alinéa du II de l'article L. 162-18, les mots : « , aux articles L. 162-22-7 ou L. 162-23-6, ou prises en charge au titre de l'article L. 162-17-2-1, » sont remplacés par les références : « ou aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;

3° Après le même article L. 162-18, il est inséré un article L. 162-18-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-18-1.* – I. – L'entreprise assurant l'exploitation, l'importation ou la distribution parallèles de toute spécialité pharmaceutique :

« 1° Inscrite, au moins pour l'une de ses indications, sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 ;

« 2° Susceptible d'être utilisée en association, concomitamment ou séquentiellement, avec d'autres spécialités pharmaceutiques qui bénéficient, pour cette ou ces indications, en association avec la spécialité considérée, soit d'une autorisation de mise sur le marché et d'une inscription sur l'une des listes prévues aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, soit d'une autorisation d'accès précoce en application de l'article L. 5121-12 du même code ;

« 3° Et ne disposant, pour cette indication ou ces indications en association, ni d'une autorisation de mise sur le marché, ni d'une autorisation d'accès précoce, ni d'une autorisation au titre de l'accès compassionnel ou d'un cadre de prescription compassionnelle en application de l'article L. 5121-12-1 du même code,

« Informe, au plus tard le 15 février de chaque année, le Comité économique des produits de santé du chiffre d'affaires réalisé l'année civile précédente en France pour cette spécialité.

« II. – A. – Sur demande des entreprises mentionnées au I du présent article ou à leur initiative, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent directement autoriser l'utilisation et la prise en charge par les régimes d'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques répondant aux critères mentionnés au même I et dispensées en association aux patients dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 ou les hôpitaux des armées dans une indication pour lesquelles sont remplies les conditions mentionnées aux 2° et 3° du I du présent article.

« La prise en charge mentionnée au premier alinéa du présent A est subordonnée à la transmission, lors de la facturation, de l'information qu'il s'agit d'une utilisation effectuée dans le cadre ainsi défini.

« Le non-respect de cette obligation peut donner lieu à une procédure de recouvrement de l'indu, selon les modalités prévues à l'article L. 133-4.

« B. – L'utilisation et la prise en charge mentionnées au A du présent II sont subordonnées, tant que les entreprises mentionnées au I n'ont pas obtenu, au titre des indications en association mentionnées au A du présent II, une autorisation de mise sur le marché et une inscription sur la liste prévue à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou une autorisation d'accès précoce en application de l'article L. 5121-12 du même code, au versement de remises par ces entreprises. Ces remises sont reversées chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Elles sont calculées sur la base du chiffre d'affaires hors taxes facturé aux établissements de santé et aux hôpitaux des armées au titre des indications en association mentionnées au A du présent II pour les spécialités et la période considérées.

« Les taux de ces remises sont définis selon un barème progressif, par tranche de chiffre d'affaires, fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Les remises conventionnelles dues, le cas échéant, en application de l'article L. 162-18, sur la même partie de chiffre d'affaires sont déductibles du résultat du calcul découlant de l'application du barème mentionné au deuxième alinéa du présent B.

« Pour l'application des deux premiers alinéas du présent B, le chiffre d'affaires facturé au titre des indications en association mentionnées au A du présent II est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour la spécialité considérée par la part de son utilisation dans les indications mentionnées au même A. » ;

4° À la seconde phrase du premier alinéa du I de l'article L. 162-22-7, après le mot : « médicaments », sont insérés les mots : « et des produits et prestations » ;

5° Le III de l'article L. 165-11 est complété par les mots : « , sauf lorsque ces produits ont été évalués par cette même commission au titre d'une demande d'inscription ou de renouvellement d'inscription sur la liste des produits et prestations prévue au même article L. 165-1 et que le dernier avis rendu à ce titre, dont l'ancienneté ne dépasse pas la durée d'inscription qu'il préconise pour le produit concerné, conclut à un service attendu ou rendu suffisant » ;

6° La première phrase du dernier alinéa du A du II de l'article L. 315-2 est complétée par les mots : « , ou à la suite d'une autorisation d'utilisation et de prise en charge en association dans les conditions mentionnées à l'article L. 162-18-1 du présent code ».

Article 60

La cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1° L'article L. 5211-5-1 est ainsi rétabli :

« *Art. L. 5211-5-1. – I. – Un dispositif médical est qualifié d'indispensable selon des critères définis par voie réglementaire. Peuvent procéder à cette qualification les fabricants du dispositif médical ou leurs mandataires ainsi que toute personne qui se livre à son importation ou à sa distribution, à l'exclusion de la vente au détail, ou, à défaut, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.*

« *II. – Lorsqu'ils identifient un risque de rupture dans la disponibilité d'un dispositif médical indispensable, les fabricants ou leurs mandataires ainsi que la personne qui se livre à l'importation ou à la distribution de ce dispositif, à l'exclusion de la vente au détail, mettent en œuvre toute mesure utile et nécessaire pour éviter la rupture et assurer la continuité des soins dans l'intérêt des patients.*

« Les informations relatives aux dispositifs médicaux qualifiés d'indispensables, aux risques identifiés de rupture dans leur disponibilité et aux mesures d'anticipation prises sont tenues à la disposition de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et lui sont transmises à tout moment à sa demande.

« III. – Lorsque les mesures mentionnées au II n'ont pas permis d'éviter le risque de rupture ou la rupture dans la disponibilité du dispositif médical indispensable, les fabricants ou leurs mandataires ainsi que la personne qui se livre à l'importation ou à la distribution, à l'exclusion de la vente au détail, effectuent une déclaration à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de ce risque de rupture ou de toute rupture relatifs à ce dispositif médical, dans des conditions définies par voie réglementaire.

« IV. – Lorsqu'elle constate un risque de rupture ou une rupture dans la disponibilité d'un dispositif qualifié d'indispensable pour lequel le fabricant ou son mandataire ainsi que la personne qui se livre à l'importation ou à la distribution, à l'exclusion de la vente au détail, n'ont pas mis en œuvre les mesures mentionnées au II ou n'ont pas effectué la déclaration mentionnée au III, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé prend toute mesure utile et nécessaire pour éviter la rupture et assurer la continuité des soins dans l'intérêt des patients. » ;

2° Après l'article L. 5221-6, il est inséré un article L. 5221-6-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 5221-6-1. – I. – Un dispositif médical de diagnostic *in vitro* est qualifié d'indispensable selon des critères définis par voie réglementaire. Peuvent procéder à cette qualification les fabricants du dispositif médical de diagnostic *in vitro* ou leurs mandataires ainsi que toute personne qui se livre à son importation ou à sa distribution, à l'exclusion de la vente au détail ou, à défaut, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

« II. – Lorsqu'ils identifient un risque de rupture dans la disponibilité d'un dispositif médical de diagnostic *in vitro* indispensable, les fabricants ou leurs mandataires ainsi que la personne qui se livre à l'importation ou à la distribution de ce dispositif, à l'exclusion de la vente au détail, mettent en œuvre toute mesure utile et nécessaire pour éviter la rupture et assurer la continuité des soins dans l'intérêt des patients.

« Les informations relatives aux dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* qualifiés d'indispensables, aux risques identifiés de rupture dans leur disponibilité et aux mesures d'anticipation prises sont tenues à la disposition

de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et lui sont transmises à tout moment à sa demande.

« III. – Lorsque les mesures mentionnées au II n'ont pas permis d'éviter le risque de rupture ou la rupture dans la disponibilité du dispositif médical de diagnostic *in vitro* indispensable, les fabricants ou leurs mandataires ainsi que la personne qui se livre à l'importation ou à la distribution, à l'exclusion de la vente au détail, effectuent une déclaration auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de ce risque de rupture ou de toute rupture relatifs à ce dispositif médical de diagnostic *in vitro*, dans des conditions définies par voie réglementaire.

« IV. – Lorsqu'elle constate un risque de rupture ou une rupture dans la disponibilité d'un dispositif qualifié d'indispensable pour lequel le fabricant ou son mandataire ainsi que la personne qui se livre à l'importation ou à la distribution, à l'exclusion de la vente au détail, n'ont pas mis en œuvre les mesures mentionnées au II ou n'ont pas effectué la déclaration mentionnée au III, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé prend toute mesure utile et nécessaire pour éviter la rupture et assurer la continuité des soins dans l'intérêt des patients. » ;

3° L'article L. 5461-9 est complété par un 10° ainsi rédigé :

« 10° Le fait, pour les fabricants de dispositifs médicaux indispensables ou leurs mandataires ainsi que pour les personnes qui se livrent à l'importation ou à la distribution de dispositifs médicaux indispensables, à l'exclusion de la vente au détail, de ne pas informer l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé d'un risque de rupture ou de toute rupture dans la disponibilité de ces dispositifs médicaux, en méconnaissance de l'article L. 5211-5-1. » ;

4° L'article L. 5462-8 est complété par un 8° ainsi rédigé :

« 8° Le fait, pour les fabricants de dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* indispensables ou leurs mandataires ainsi que pour les personnes qui se livrent à l'importation ou à la distribution de tels dispositifs médicaux, à l'exclusion de la vente au détail, de ne pas informer l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé d'un risque de rupture ou de toute rupture dans la disponibilité de ces dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro*, en méconnaissance de l'article L. 5221-6-1. » ;

5° Le deuxième alinéa du III de l'article L. 5471-1 est ainsi modifié :

a) Après la référence : « 7° », est insérée la référence : « et au 10° » ;

b) Après la référence : « 6° », est insérée la référence : « et au 8° ».

Article 61

I. – L'article L. 5121-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au 1°, les mots : « en raison de l'absence de spécialité pharmaceutique disponible » sont remplacés par les mots : « lorsqu'il n'existe pas de spécialité pharmaceutique adaptée ou disponible, y compris du fait de l'absence de commercialisation effective, » ;

2° Le 2° est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « en raison de l'absence de spécialité pharmaceutique disponible ou adaptée » sont remplacés par les mots : « lorsqu'il n'existe pas de spécialité pharmaceutique adaptée ou disponible, y compris du fait de l'absence de commercialisation effective, » ;

b) Sont ajoutés trois alinéas ainsi rédigés :

« Un décret en Conseil d'État définit les préparations hospitalières spéciales qui, en raison des difficultés techniques de leur fabrication ou de la faible disponibilité des substances actives nécessaires, sont réalisées dans des pharmacies à usage intérieur ou dans des établissements pharmaceutiques des établissements de santé ou de l'Agence nationale de santé publique habilités, dans des conditions qu'il détermine, par le ministre chargé de la santé ou sous leur responsabilité dans les conditions prévues au 4° de l'article L. 5126-6. Ces préparations font l'objet d'une autorisation précisant leurs modalités de réalisation, délivrée à titre exceptionnel et temporaire par :

« a) Le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, en cas de rupture de stock d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur ;

« b) Le ministre chargé de la santé, pour faire face à une menace ou à une crise sanitaire grave ; ».

II. – L'article L. 5121-21 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au début, il est ajouté un I ainsi rédigé :

« I. – Pour l'application de l'article L. 5121-1 :

« 1° Les hôpitaux des armées sont regardés comme des établissements de santé ;

« 2° La pharmacie centrale des armées peut être habilitée à réaliser les préparations hospitalières mentionnées aux trois derniers alinéas du 2° du même article L. 5121-1. » ;

2° Au début, est ajoutée la mention : « II. – ».

III. – Après la troisième phrase du premier alinéa de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Cette dotation participe, en outre, au financement des activités concourant à la réalisation, par les pharmacies à usage intérieur et les établissements pharmaceutiques des établissements de santé habilités, des préparations hospitalières spéciales faisant l'objet d'une autorisation en application de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique. »

Article 62

I. – À titre expérimental, il est instauré un dispositif dit « d'accès direct », dans lequel les entreprises exploitant des spécialités pharmaceutiques ne faisant pas l'objet, dans une indication particulière, d'une autorisation d'accès précoce mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique mais disposant d'une autorisation de mise sur le marché dans cette indication, sans être déjà inscrites, dans d'autres indications, sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ou prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du même code et dispensées en pharmacie d'officine à ce titre, peuvent bénéficier d'une prise en charge par l'assurance maladie, d'une durée maximale d'un an, dans certains établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 dudit code, dans certains établissements de santé disposant d'une pharmacie à usage intérieur ou dans certains hôpitaux des armées, dans les conditions et selon les modalités mentionnées au présent article.

II. – Les spécialités pharmaceutiques mentionnées au I bénéficiant, dans des indications thérapeutiques particulières, de l'accès direct défini au présent article font l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie lorsque les conditions suivantes sont réunies :

1° La demande de prise en charge est déposée par l'exploitant auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale au plus tard un mois après la publication de l'avis rendu par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique sur la demande d'inscription sur l'une

des listes mentionnées à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique dans la ou les indications considérées, et au plus tard deux ans après la date, fixée par décret au plus tard le 1^{er} juillet 2022, du début de l'expérimentation prévue au présent article ;

2° Lorsque la spécialité a fait l'objet d'un classement dans la catégorie des médicaments réservés à l'usage hospitalier, elle remplit les critères pour être inscrite sur la liste des médicaments mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale dans la ou les indications considérées et une demande d'inscription sur cette liste est adressée aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale concomitamment à la demande mentionnée au 1° du présent II ;

3° Le service médical rendu par la spécialité dans la ou les indications considérées, apprécié par la commission mentionnée au même 1° dans son avis, est au moins d'un niveau fixé par décret ;

4° L'amélioration du service médical rendu par la spécialité dans la ou les indications considérées, appréciée par la même commission dans son avis, est au moins d'un niveau fixé par décret ;

5° L'exploitant s'engage à permettre d'assurer la continuité des traitements initiés pendant la durée du dispositif d'accès direct et pendant une durée minimale d'un an à compter de l'arrêt, dans l'indication concernée, de la prise en charge au titre de ce dispositif, sauf si la spécialité, dans cette indication, fait l'objet d'un arrêt de commercialisation pour des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients.

La prise en charge est décidée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

III. – La prise en charge directe d'une spécialité pharmaceutique prévue au I peut, au vu des exigences de qualité et de sécurité des soins mettant en œuvre cette spécialité, énoncées le cas échéant par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, être assortie de conditions concernant la qualification ou la compétence des prescripteurs, l'environnement technique ou l'organisation de ces soins et d'un dispositif de suivi des patients traités. La prise en charge peut également être assortie de conditions particulières de prescription, de dispensation ou d'utilisation, notamment de durées de prise en charge, ou de délivrance lorsque cette spécialité est prescrite sur une ordonnance de dispensation conditionnelle mentionnée à l'article L. 5121-12-1-1 du même code.

IV. – Lorsque la spécialité bénéficie du dispositif d'accès direct dans une indication donnée :

1° L'exploitant déclare au Comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame, le cas échéant, aux établissements de santé pour la spécialité, dès lors que celle-ci ne fait l'objet ni d'un prix maximal de vente aux établissements de santé en application de l'article L. 162-16-4-3 du code de la sécurité sociale, ni d'une prise en charge au titre du deuxième alinéa de l'article L. 162-17 ou de l'article L. 162-22-7 du même code dans au moins l'une de ses indications. Le comité rend publiques ces déclarations ;

2° Avant le 15 février de chaque année, l'exploitant de la spécialité informe le comité du chiffre d'affaires correspondant à cette spécialité ainsi que du nombre d'unités fournies, dans le cadre du dispositif d'accès direct et dans chacune des indications concernées, au titre de l'année civile précédente ;

3° L'entreprise exploitant la spécialité reverse chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 dudit code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des remises calculées sur la base du chiffre d'affaires hors taxes facturé aux établissements de santé, au titre de l'indication et de la période considérées. Les taux de ces remises sont définis selon un barème progressif par tranche de chiffre d'affaires, fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Le chiffre d'affaires facturé au titre de l'indication est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour cette spécialité par la part d'utilisation de la spécialité dans l'indication considérée ;

4° Aucune inscription de la spécialité sur les listes mentionnées au 1° du II du présent article ne peut avoir lieu pendant la période d'accès direct dans une indication autre que l'indication considérée ;

5° Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, la spécialité peut être achetée, fournie, prise en charge et utilisée par les collectivités publiques sans figurer sur la liste mentionnée au même premier alinéa ;

6° Lorsque la spécialité n'est pas classée dans la catégorie des médicaments réservés à l'usage hospitalier, elle est réputée inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 5126-6 du même code ;

7° Le prescripteur porte sur l'ordonnance la mention : « Prescription au titre de l'accès direct » et informe le patient des conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, de la spécialité prescrite ;

8° La spécialité est prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

9° En cas de non-respect des règles de tarification, de distribution ou de facturation, l'article L. 133-4 du même code est applicable ;

10° Les articles L. 162-16-5-3 et L. 315-2 dudit code sont applicables.

V. – Dans chaque indication considérée, la prise en charge au titre de l'accès direct mentionné au I du présent article prend fin au plus tard un an après la date de la décision de prise en charge. Elle prend fin avant l'expiration de ce délai dans les cas suivants :

1° Lorsque cette indication est inscrite, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, que l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié ;

2° En cas de demande de l'exploitant ;

3° Par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale :

a) En cas de refus d'inscription de la spécialité, dans l'indication considérée, sur l'une des listes mentionnées au 1° du présent V ;

b) En cas de retrait de la demande d'inscription au même titre sur l'une des listes mentionnées au même 1°.

VI. – Pour l'application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale, pour une spécialité bénéficiant du dispositif d'accès direct dans une indication donnée, lorsqu'aucun accord conventionnel fixant ou modifiant un prix de vente au public, un prix de cession ou un tarif de responsabilité et prix limite de vente aux établissements n'est signé dans un délai de dix mois à compter de la décision de prise en charge au titre de l'accès direct, le Comité économique des produits de santé fixe par décision, avant la fin du douzième mois, le prix de vente au public, le prix de cession ou le tarif de responsabilité et prix limite de vente aux établissements.

VII. – A. – Lorsqu'une spécialité pharmaceutique ayant fait l'objet d'une prise en charge pour une indication donnée au titre du dispositif d'accès direct est inscrite au remboursement pour cette indication, la convention ou la décision qui fixe le prix net de référence en application du C du présent VII détermine également le montant de la restitution ou de la remise supplémentaire définie selon les modalités prévues au présent A.

Le Comité économique des produits de santé calcule, après que l'entreprise exploitant cette spécialité a été mise à même de présenter ses observations :

1° Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au titre de l'indication considérée, prises en charge au titre du dispositif d'accès direct, au prix net de référence sur l'ensemble de la période considérée de prise en charge ;

2° Le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé après déduction des remises prévues au 3° du IV au titre de l'indication considérée et de l'année civile pour laquelle les remises avaient été versées sur l'ensemble de la période considérée de prise en charge.

Si le montant mentionné au 1° du présent A est inférieur à celui mentionné au 2° du présent A, l'exploitant verse une remise supplémentaire aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, égale à la différence entre ces deux montants. Dans le cas contraire, est restituée au laboratoire la différence entre ces deux montants, dans la limite de la remise versée au titre du 3° du IV du présent article pour l'indication considérée sur l'ensemble de la période de prise en charge au titre du présent article.

B. – Pour chaque indication considérée, l'intégralité des remises dues au titre du A du présent VII est versée en une seule fois. Ces remises sont versées au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement pour l'indication considérée a eu lieu.

C. – Les conventions conclues au titre des spécialités ayant bénéficié, pour l'une de leurs indications, de l'accès direct incluent les remises portant uniquement sur les unités vendues à compter de la signature de la convention et des prévisions relatives aux volumes de vente, le cas échéant indication par indication, pour les trois prochaines années.

Sur la base de ces éléments et après que l'exploitant a été mis en mesure de présenter ses observations, le Comité économique des produits de santé fixe un prix net de référence pour chaque spécialité. Ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées aux I et II de l'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale, qui pourraient être dues au titre de la prochaine année, du prix ou du tarif de remboursement mentionnés aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6 du même code.

Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application du deuxième alinéa du présent C.

À défaut de convention ou de décision prévoyant des remises, le prix ou tarif de remboursement tient lieu de prix net de référence.

VIII. – Les A et B du VII sont applicables lorsque, pour une indication thérapeutique, la prise en charge au titre de l'accès direct prend fin ou lorsqu'il y est mis fin sans que soit mis en place un remboursement pour cette indication.

Dans ce cas, pour l'application des mêmes A et B, le Comité économique des produits de santé peut retenir un prix de référence en fonction des critères de fixation et de modification des prix et tarifs prévus aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 et L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale.

IX. – Les deux derniers alinéas du II de l'article L. 162-18 du même code sont applicables aux spécialités bénéficiant de l'accès direct.

X. – A. – Durant la période de continuité de traitement postérieure à la prise en charge au titre de l'accès direct :

1° Lorsque la spécialité pharmaceutique qui a bénéficié de la prise en charge est inscrite sur l'une des listes mentionnées à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique dans l'indication considérée, les conditions de dispensation et de prise en charge au titre de l'inscription sur ces listes s'appliquent ;

2° Lorsque la spécialité qui a bénéficié de la prise en charge n'est inscrite sur aucune des listes mentionnées au 1° du présent X dans l'indication considérée, les dernières conditions de dispensation sont maintenues. L'exploitant permet alors l'achat de la spécialité pour les continuités de traitement à un tarif qui n'excède pas le prix de référence mentionné au second alinéa du VIII, le cas échéant au moyen de remises.

Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, la spécialité peut être achetée, fournie et utilisée par les collectivités publiques sans figurer sur la liste mentionnée au même premier alinéa.

Lorsque la spécialité n'est pas classée dans la catégorie des médicaments réservés à l'usage hospitalier, elle est réputée inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 5126-6 du même code.

B. – En cas de manquement de l'exploitant à l'engagement prévu au 5° du II du présent article, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après que l'exploitant a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à sa charge. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre de la spécialité mentionnée au I au cours des deux ans précédant la constatation du manquement.

La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 du même code sont applicables au recouvrement de la pénalité. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

XI. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État.

XII. – Dans un délai de vingt et un mois à compter de la date de début de l'expérimentation mentionnée au 1° du II, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport portant sur l'évaluation du dispositif d'accès direct prévu au présent article. Le contenu de cette évaluation est précisé par décret.

Article 63

Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport présentant l'avancement de la révision des actes hors nomenclature et de leur financement. Ce rapport s'attache notamment à examiner les possibilités de création d'une enveloppe dédiée à la prise en charge des actes de médecine génomique, conditionnée à la réalisation d'un recueil prospectif de données d'usage.

Article 64

I. – L'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique est ainsi rétabli :

« *Art. L. 5125-23-2.* – Par dérogation au I de l'article L. 5125-23, le pharmacien peut délivrer, par substitution au médicament biologique prescrit, un médicament biologique similaire lorsque les conditions suivantes sont remplies :

« 1° Le médicament biologique similaire délivré appartient au même groupe biologique similaire, au sens du *b* du 15° de l'article L. 5121-1, que le médicament biologique prescrit ;

« 2° Ce groupe biologique similaire figure sur une liste, accompagnée le cas échéant de conditions de substitution et d'information du prescripteur et du patient à l'occasion de cette substitution de nature à assurer la continuité du traitement avec le même médicament, fixée par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pris après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;

« 3° Lorsqu'elles existent, les conditions mentionnées au 2° du présent article peuvent être respectées ;

« 4° Le prescripteur n'a pas exclu la possibilité de cette substitution par une mention expresse et justifiée portée sur l'ordonnance, tenant à la situation médicale du patient ;

« 5° Si le médicament prescrit figure sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, cette substitution s'effectue dans les conditions prévues à l'article L. 162-16 du même code.

« Lorsque le pharmacien délivre par substitution au médicament biologique prescrit un médicament biologique similaire du même groupe, il inscrit le nom du médicament qu'il a délivré sur l'ordonnance et informe le prescripteur et le patient de cette substitution.

« Lorsqu'un grand conditionnement est disponible pour la forme biologique similaire du médicament et que le traitement en est prescrit pour une durée d'au moins trois mois, y compris par renouvellement multiple d'un traitement mensuel, le pharmacien délivre un grand conditionnement. »

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

1° Le V de l'article L. 162-16 est ainsi rétabli :

« V. – Lorsque le pharmacien d’officine délivre, en application de l’article L. 5125-23-2 du code de la santé publique, une spécialité figurant sur la liste mentionnée au premier alinéa de l’article L. 162-17 du présent code autre que celle qui a été prescrite, cette substitution ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l’assurance maladie supérieure à la dépense qu’aurait entraînée la délivrance du médicament biologique similaire le plus onéreux du même groupe. » ;

2° Le 5° de l’article L. 162-16-1 est complété par les mots : « et biologiques similaires » ;

3° Le premier alinéa de l’article L. 162-16-7 est ainsi modifié :

a) Après la seconde occurrence du mot : « pharmaciens », sont insérés les mots : « , d’une part, » ;

b) Sont ajoutés les mots : « et, d’autre part, de médicaments biologiques similaires figurant dans un groupe biologique similaire, au sens du b du 15° de l’article L. 5121-1 du code de la santé publique, pour lequel la substitution est autorisée en application de l’article L. 5125-23-2 du même code » ;

4° La première phrase du dernier alinéa du même article L. 162-16-7 est ainsi modifiée :

a) Après la référence : « L. 162-16-1 » et la référence : « L. 162-16 », sont insérés les mots : « du présent code » ;

b) Les mots : « du présent code » sont supprimés.

III. – Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport identifiant la liste des dispositifs médicaux en nom de marque ayant des caractéristiques techniques et cliniques similaires et qui peuvent faire l’objet d’une substitution.

Article 65

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

1° Le premier alinéa du I de l’article L. 162-16-4 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elle peut également tenir compte de la sécurité d’approvisionnement du marché français que garantit l’implantation des sites de production. » ;

2° Le dernier alinéa du I de l'article L. 165-2 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Pour les produits ou prestations inscrits sous forme de nom de marque ou de nom commercial, la fixation de ce tarif peut également tenir compte de la sécurité d'approvisionnement du marché français que garantit l'implantation des sites de production. »

Article 66

I. – L'État peut autoriser, pour une durée de deux ans et à titre expérimental, dans trois régions, la prise en charge par l'assurance maladie des traitements du sevrage tabagique par des substituts nicotiniques qui sont dispensés sans ordonnance par les pharmaciens d'officine.

II. – Les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation ainsi que les territoires concernés sont déterminés par décret. Celui-ci précise notamment les traitements concernés, les honoraires de dispensation, définis par la convention nationale prévue à l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, que le pharmacien perçoit ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation. En particulier, des territoires différents de ceux mentionnés au I du présent article peuvent être sélectionnés en tant que contrôles, aux fins d'évaluation.

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

Article 67

I. – Après l'article L. 162-16-3-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-16-3-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-16-3-2.* – Pour les médicaments remboursables par les régimes obligatoires d'assurance maladie, le directeur de l'organisme d'assurance maladie compétent peut, sur la base des éléments transmis par l'entité légale gérant le répertoire national de vérification des médicaments, prononcer à l'encontre des pharmaciens titulaires d'officine, après les avoir mis en mesure de présenter leurs observations, une pénalité financière en cas de manquement à l'obligation de désactivation de l'identifiant unique prévue à l'article 25 du règlement délégué (UE) 2016/161 de la Commission du 2 octobre 2015 complétant la directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil en fixant les modalités des dispositifs de sécurité figurant sur l'emballage des médicaments à usage humain.

« Le montant de cette pénalité ne peut être fixé à une valeur inférieure à 350 euros ni excéder, en cumulé, 10 000 euros par année civile.

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

« La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables au recouvrement de cette pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours formé contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

« Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. »

II. – Jusqu'au 31 janvier 2022, la pénalité prévue à l'article L. 162-16-3-2 du code de la sécurité sociale ne peut être prononcée qu'en cas d'absence totale de connexion au répertoire national de vérification des médicaments et son montant cumulé ne peut excéder 350 euros.

CHAPITRE IV

Renforcer l'accès aux soins et les actions de prévention en santé

Article 68

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 4342-1 est ainsi modifié :

a) Après le deuxième alinéa, sont insérés quatre alinéas ainsi rédigés :

« Par dérogation au deuxième alinéa, l'orthoptiste peut, sans prescription médicale et sans être placé sous la responsabilité d'un médecin :

« 1° Réaliser un bilan visuel et prescrire des verres correcteurs et des lentilles de contact oculaire, selon des modalités, des conditions de réalisation et des critères d'âge des patients fixés par un décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine et du Conseil national professionnel d'ophtalmologie.

« L'orthoptiste ne peut renouveler, le cas échéant en l'adaptant, une prescription de verres correcteurs ou de lentilles de contact oculaire réalisée par un médecin ophtalmologiste ou par un orthoptiste qu'à la condition qu'un bilan visuel ait été réalisé préalablement par un médecin ophtalmologiste, dans des conditions fixées par décret pris après avis du Conseil national professionnel d'ophtalmologie ;

« 2° Réaliser chez l'enfant le dépistage de l'amblyopie et celui des troubles de la réfraction, selon des conditions et des critères d'âge fixés par un décret pris après avis du Conseil national professionnel d'ophtalmologie. » ;

b) Au dernier alinéa, le mot : « septième » est remplacé par le mot : « onzième » ;

2° L'article L. 4362-10 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « médicale » est remplacé par les mots : « , par un médecin ou un orthoptiste, » ;

b) Les deuxième et troisième alinéas sont ainsi modifiés :

– le mot : « médicales » est supprimé ;

– sont ajoutés les mots : « ou de l'orthoptiste » ;

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

« Les opticiens-lunetiers ne peuvent adapter et renouveler les prescriptions initiales de verres correcteurs et de lentilles de contact oculaire délivrées en application du 1° de l'article L. 4342-1 qu'à la condition qu'un bilan visuel ait été réalisé préalablement par un médecin ophtalmologiste, dans des conditions fixées par décret. »

Article 69

Après le 8° de l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 9° ainsi rédigé :

« 9° Pour les masseurs-kinésithérapeutes, les conditions de prise en charge des actes qui résultent des renouvellements qu'ils établissent sur le fondement de l'article L. 4321-1 du code de la santé publique. »

Article 70

Le chapitre III du titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 6323-1-5 est complété par des II et III ainsi rédigés :

« II. – Un chirurgien-dentiste responsable de la qualité et de la sécurité des soins dentaires et des actes professionnels est nommé par le gestionnaire dès lors que le centre ou l'une de ses antennes assure une activité dentaire. Il bénéficie des garanties d'indépendance professionnelle reconnues aux chirurgiens-dentistes dans leur code de déontologie.

« Lorsque des décisions prises par le gestionnaire du centre de santé apparaissent au chirurgien-dentiste responsable comme étant de nature à porter atteinte à la santé des patients et la santé publique, le chirurgien-dentiste responsable en informe sans délai le directeur général de l'agence régionale de santé, qui prend alors les mesures appropriées.

« III. – Un médecin ophtalmologiste responsable de la qualité et de la sécurité des soins ophtalmologiques et des actes professionnels est nommé par le gestionnaire dès lors que le centre ou l'une de ses antennes assure une activité ophtalmologique. Il bénéficie des garanties d'indépendance professionnelle reconnues aux médecins dans leur code de déontologie.

« Lorsque des décisions prises par le gestionnaire du centre de santé apparaissent au médecin ophtalmologiste responsable comme étant de nature à porter atteinte à la santé des patients et à la santé publique, le médecin ophtalmologiste responsable en informe sans délai le directeur général de l'agence régionale de santé, qui prend alors les mesures appropriées. » ;

2° Le premier alinéa de l'article L. 6323-1-10 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le projet de santé comporte notamment la copie des diplômes et, le cas échéant, des contrats de travail des chirurgiens-dentistes exerçant au sein du centre de santé assurant une activité dentaire et des contrats de travail des médecins ophtalmologistes exerçant au sein du centre assurant une activité ophtalmologique. » ;

3° L'article L. 6323-1-11 est ainsi modifié :

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

« Le directeur général de l'agence régionale de santé transmet, pour les centres de santé ou leurs antennes ayant une activité dentaire, la copie des

diplômes et des contrats de travail des chirurgiens-dentistes exerçant au sein du centre au conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes, qui rend un avis motivé dans un délai de deux mois.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé transmet, pour les centres de santé ou leurs antennes ayant une activité ophtalmologique, la copie des diplômes et des contrats de travail des médecins ophtalmologistes exerçant au sein du centre au conseil départemental de l'ordre des médecins, qui rend un avis motivé dans un délai de deux mois. » ;

b) À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « cet engagement » sont remplacés par les mots : « l'engagement de conformité mentionné au premier alinéa » ;

c) Après le même deuxième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les centres de santé ou leurs antennes ayant une activité dentaire sont soumis, pour leurs seules activités dentaires, à un agrément du directeur général de l'agence régionale de santé, qui vaut autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux dans le centre ou l'antenne concerné.

« Les centres de santé ou leurs antennes ayant une activité ophtalmologique sont soumis, pour leurs seules activités ophtalmologiques, à l'agrément du directeur général de l'agence régionale de santé, qui vaut autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux dans le centre ou l'antenne concerné. » ;

4° L'article L. 6323-1-12 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« À la suite de la suspension, totale ou partielle, de l'activité ou de la fermeture du centre ou, lorsqu'elles existent, de ses antennes, le directeur général de l'agence régionale de santé peut refuser de délivrer le récépissé de l'engagement de conformité relatif à l'ouverture d'un nouveau centre de santé ou d'une antenne, lorsque ce récépissé est demandé par le même organisme gestionnaire ou par le même représentant légal, jusqu'à la levée de cette suspension ou pour une durée maximale de cinq ans dans le cas d'une fermeture définitive. »

Article 71

I. – Le I de l'article L. 6323-1-12 du code de la santé publique est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Lorsqu'un manquement à l'engagement de conformité est constaté et en l'absence de réponse dans le délai fixé par l'injonction ou si cette réponse est insuffisante, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prononcer une amende administrative à l'encontre de l'organisme gestionnaire ou du représentant légal de celui-ci. Le montant de l'amende administrative ne peut être supérieur à 150 000 euros. Le directeur général de l'agence régionale de santé peut assortir cette amende d'une astreinte journalière lorsque le gestionnaire du centre de santé ne s'est pas conformé, à l'issue du délai fixé par une mise en demeure, aux prescriptions qui lui ont été adressées. Le montant de l'astreinte ne peut excéder 1 000 euros par jour.

« Le produit de la sanction financière prévue au présent I est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé peut décider de publier les décisions de sanction financière prononcées au titre du présent I sur le site internet de l'agence régionale de santé. Il peut également procéder à la publication des décisions de sanction financière sur le site internet des autorités sanitaires appropriées et mettre en demeure l'organisme gestionnaire ou le représentant légal de celui-ci de publier ces décisions sur le site internet, lorsqu'il existe, du centre de santé pour lequel les manquements ont été constatés ainsi que, le cas échéant, de les faire figurer dans les informations concernant ce centre mises à la disposition du public par une plateforme de mise en relation par voie électronique. »

II. – La section 7 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° Au premier alinéa de l'article L. 162-32, après le mot : « santé », sont insérés les mots : « conventionnés dans les conditions prévues à l'article L. 162-32-2 » ;

2° À la seconde phrase du 2° de l'article L. 162-32-1, après le mot : « accord », sont insérés les mots : « ou d'une transposition automatique dans certains cas » ;

3° Le troisième alinéa de l'article L. 162-32-2 est supprimé ;

4° L'article L. 162-32-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les deux derniers alinéas de l'article L. 162-15-1 sont applicables aux centres de santé adhérant à l'accord national prévu à l'article L. 162-32-1. » ;

5° Il est ajouté un article L. 162-32-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-32-4.* – Les honoraires, rémunérations et frais accessoires des centres de santé qui n’adhèrent pas à l’accord national donnent lieu à un remboursement par les organismes d’assurance maladie, sur la base des tarifs d’autorité fixés par arrêté interministériel pour chacune des professions mentionnées aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre. »

III. – À la date d’entrée en vigueur du présent article, les centres de santé qui n’adhèrent pas à l’accord national disposent d’un délai de six mois pour se faire connaître à l’organisme local d’assurance maladie dans le ressort duquel ils sont situés et y adhérer.

Article 72

Le II de l’article 80 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 est ainsi modifié :

1° À la fin du A, l’année : « 2021 » est remplacée par l’année : « 2022 » ;

2° À la fin du B, l’année : « 2023 » est remplacée par l’année : « 2024 ».

Article 73

I. – À titre expérimental, dans le cadre des structures d’exercice coordonné mentionnées aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3 du code de la santé publique, l’État peut autoriser les masseurs-kinésithérapeutes à exercer leur art sans prescription médicale pour une durée de trois ans, dans six départements. Un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés par le masseur-kinésithérapeute sont adressés au médecin traitant et reportés dans le dossier médical partagé.

II. – Un décret, pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l’Académie nationale de médecine, précise les modalités de mise en œuvre de l’expérimentation mentionnée au I du présent article, les départements concernés par cette expérimentation ainsi que les conditions d’évaluation de l’expérimentation en vue d’une éventuelle généralisation. Si les avis prévus à la première phrase du présent II n’ont pas été transmis au Gouvernement dans un délai de trois mois à compter de la notification du projet de décret à la Haute Autorité de santé et à l’Académie nationale de médecine, ces avis sont réputés avoir été rendus. Un rapport d’évaluation est réalisé au terme de l’expérimentation et fait l’objet d’une transmission au Parlement par le Gouvernement.

Article 74

I. – À titre expérimental, dans le cadre des structures d'exercice coordonné mentionnées aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3 du code de la santé publique, l'État peut autoriser les orthophonistes à exercer leur art sans prescription médicale pour une durée de trois ans, dans six départements. Un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés par l'orthophoniste sont adressés au médecin traitant et reportés dans le dossier médical partagé.

II. – Un décret, pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Académie nationale de médecine, précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation mentionnée au I du présent article, les départements concernés par cette expérimentation ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation. Si les avis prévus à la première phrase du présent II n'ont pas été transmis au Gouvernement dans un délai de trois mois à compter de la notification du projet de décret à la Haute Autorité de santé et à l'Académie nationale de médecine, ces avis sont réputés avoir été rendus. Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

Article 75

I. – À titre expérimental, pour une durée de trois ans à compter de la promulgation de la présente loi, dans six départements, l'État peut autoriser le financement, par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, des frais occasionnés par la promotion et la mise à disposition de l'accès gratuit au guide du bon usage des examens d'imagerie médicale au sein de l'espace numérique des médecins généralistes défini aux articles L. 1111-13 à L. 1111-24 du même code.

II. – Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation mentionnée au I du présent article, notamment les conditions d'évaluation médico-économique de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation.

Article 76

I. – À titre expérimental et pour une durée de trois ans à compter de la promulgation de la présente loi, par dérogation à l'article L. 4301-1 du code de la santé publique, les infirmiers en pratique avancée peuvent réaliser, dans

trois régions, certaines prescriptions soumises à prescription médicale dont la liste est fixée par décret.

II. – Un décret précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation mentionnée au I du présent article, notamment les régions concernées, les conditions de financement de l'expérimentation ainsi que ses conditions d'évaluation en vue d'une éventuelle généralisation.

Article 77

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 2112-2, il est inséré un article L. 2112-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 2112-2-1.* – Les médecins des services de protection maternelle et infantile collaborent avec les centres de santé et les maisons de santé pour la mise en œuvre du parcours mentionné au 7° de l'article L. 6323-1-1 et au dernier alinéa de l'article L. 6323-3. À ce titre, ils peuvent orienter les parents ou le représentant légal de l'enfant vers les centres de santé ou les maisons de santé proposant un tel parcours. » ;

2° Au second alinéa de l'article L. 2325-6, les mots : « du septième » sont remplacés par les mots : « de l'avant-dernier » ;

3° L'article L. 6323-1-1 est complété par un 7° ainsi rédigé :

« 7° Mettre en œuvre, dans des conditions déterminées par décret, un parcours soumis à prescription médicale visant à accompagner les enfants de trois à douze ans inclus qui, selon les critères fixés par la Haute Autorité de santé, sont en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée ou présentent des facteurs de risque d'obésité. Ce parcours comprend un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des séances de suivi diététique et psychologique. » ;

4° L'article L. 6323-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les maisons de santé peuvent mettre en œuvre un parcours soumis à prescription médicale visant à accompagner les enfants de trois à douze ans inclus qui, selon les critères fixés par la Haute Autorité de santé, sont en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée ou présentent des facteurs de risque d'obésité. Ce parcours comprend un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des séances de suivi diététique et psychologique.

En accord avec les parents ou le représentant légal de l'enfant, le parcours est mis en œuvre en collaboration avec le médecin de l'éducation nationale de l'établissement au sein duquel est scolarisé l'enfant ainsi que, le cas échéant, avec le médecin traitant ou le médecin du service de protection maternelle et infantile. »

II. – Après le sixième alinéa de l'article L. 541-1 du code de l'éducation, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les médecins de l'éducation nationale collaborent avec les centres de santé et les maisons de santé pour la mise en œuvre du parcours mentionné au 7° de l'article L. 6323-1-1 dudit code et au dernier alinéa de l'article L. 6323-3 du même code. À ce titre, ils peuvent orienter les parents ou le représentant légal de l'enfant vers les centres de santé ou les maisons de santé proposant un tel parcours. »

III. – À l'article L. 542-2 du code de l'éducation, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2020-1525 du 7 décembre 2020 d'accélération et de simplification de l'action publique, les mots : « du septième » sont remplacés par les mots : « de l'avant-dernier ».

IV. – L'article L. 162-13-2 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au premier alinéa, les examens de biologie médicale relatifs au dépistage sérologique de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine réalisés à la demande du patient en laboratoire de biologie médicale sont remboursés dans les conditions prévues à l'article L. 160-13. »

Article 78

Le premier alinéa de l'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° La première phrase est ainsi modifiée :

a) Les mots : « et dans la limite d'une seule boîte par ligne d'ordonnance » sont supprimés ;

b) Après le mot : « médicaments », sont insérés les mots : « et dispositifs médicaux » ;

c) Sont ajoutés les mots : « dans la limite d'un mois » ;

2° À la seconde phrase, après le mot : « médicaments », sont insérés les mots : « et de dispositifs médicaux ».

Article 79

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

1° Au 1° de l'article L. 160-8, après le mot : « professionnelle, », sont insérés les mots : « des frais des séances d'accompagnement psychologique mentionnées à l'article L. 162-58, » ;

2° Le chapitre II est complété par une section 12 ainsi rédigée :

« Section 12

« Prise en charge de séances d'accompagnement réalisées par un psychologue

« Art. L. 162-58. – I. – Les séances d'accompagnement psychologique réalisées par un psychologue dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice en centre de santé ou en maison de santé font l'objet d'une prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie dès lors qu'elles s'inscrivent dans le dispositif suivant :

« 1° Le psychologue réalisant la séance a fait l'objet d'une sélection par l'autorité compétente désignée par décret, permettant d'attester de sa qualification pour la réalisation de cette prestation, et est signataire d'une convention avec l'organisme local d'assurance maladie de son lieu d'exercice ;

« 2° L'assuré social bénéficiaire de la séance a fait l'objet d'un adressage par le médecin traitant ou, à défaut, par un médecin impliqué dans la prise en charge du patient justifiant cette prestation d'accompagnement psychologique.

« Le nombre de psychologues pouvant proposer des séances d'accompagnement psychologique ainsi prises en charge est fixé annuellement. Leur répartition est déterminée au regard des besoins de chaque territoire. Ces paramètres sont fixés annuellement par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Les professionnels, médecins et psychologues, intervenant dans le cadre du dispositif sont réputés appartenir à des équipes de soins, au sens de l'article L. 1110-12 du même code.

« II. – Sont précisés par décret en Conseil d'État :

« 1° Les caractéristiques des séances, notamment le nombre pouvant être pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie par patient et par année civile, ainsi que les patients éligibles à ces séances et les modalités d'inscription de ces séances dans le parcours de soins du patient, notamment les modalités d'adressage ;

« 2° Les critères d'éligibilité des psychologues volontaires pour participer au dispositif, fixés notamment au regard des diplômes et de l'expérience professionnelle, ainsi que les modalités de sélection des psychologues participant au dispositif au regard de ces critères et des dispositions du I du présent article ;

« 3° Les modalités de conventionnement entre les organismes locaux d'assurance maladie et les psychologues participant au dispositif ainsi que leurs obligations respectives dans ce cadre ;

« 4° Les modalités de fixation des tarifs de ces séances, notamment au regard des 1° et 2° du présent II ;

« 5° La possibilité pour le directeur de l'organisme local d'assurance maladie de mettre à la charge du psychologue participant au dispositif une partie de la dépense des régimes obligatoires d'assurance maladie correspondant aux honoraires perçus au titre des soins dispensés dans des conditions ne respectant pas ses engagements conventionnels et les dispositions législatives et réglementaires applicables à la mise en œuvre des séances et, le cas échéant, la possibilité de l'exclure du dispositif.

« Des dépassements d'honoraires ne peuvent être pratiqués sur des séances prises en charge. »

II. – Le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation du dispositif prévu au présent article au plus tard le 1^{er} septembre 2024.

Les personnes chargées de l'évaluation du dispositif ont accès aux données individuelles non nominatives contenues dans le système d'information prévu à l'article L. 161-28-1 du code de la sécurité sociale lorsque ces données sont nécessaires à la mise en œuvre et à l'évaluation du dispositif, dans le respect des conditions prévues au chapitre I^{er} 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.

Article 80

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

1° Le 2° du II est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est complété par les mots : « ou de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé » ;

b) Sont ajoutés des *o* et *p* ainsi rédigés :

« *o*) Le 10° de l'article L. 5121-20, afin de permettre à des médecins habilités de prescrire certains médicaments soumis à prescription initiale hospitalière alors qu'ils n'exercent pas au sein d'un établissement de santé, sous réserve que les structures au sein desquelles exercent ces prescripteurs disposent des moyens adaptés pour effectuer le diagnostic des maladies pour lesquelles ces traitements sont habituellement utilisés, ou de permettre l'utilisation de certains médicaments réservés à l'usage hospitalier en dehors d'un environnement hospitalier, sous réserve que les conditions de sécurité d'utilisation du médicament soient assurées par l'organisation dans laquelle il est utilisé ;

« *p*) Les articles L. 5126-1, L. 5126-2, L. 5126-4 et L. 5126-5, afin de permettre des organisations innovantes pour les activités de pharmacie à usage intérieur. » ;

2° Aux première et seconde phrases du premier alinéa du III, après la première occurrence du mot : « santé », sont insérés les mots : « ou de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé » ;

3° Après le premier alinéa du VI, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les expérimentations dont la généralisation fait l'objet d'un avis favorable du conseil stratégique et du comité technique de l'innovation en santé peuvent être financées par ce même fonds, selon les modalités précisées au III du présent article, au delà de leur échéance et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois. »

Article 81

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

bariatriques de personnes en situation d'obésité sévère ou morbide ainsi que d'aides à l'acquisition de matériels et de véhicules de transport sanitaire adaptés.

Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe les conditions d'application du présent article, notamment en désignant les agences régionales de santé concernées. Un rapport d'évaluation du dispositif est transmis par le Gouvernement au Parlement avant la fin de l'expérimentation.

Article 82

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} septembre 2022, un rapport évaluant la mise en œuvre du parcours de soins global après le traitement d'un cancer, prévu à l'article 59 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, et étudiant notamment l'ouverture au remboursement par la sécurité sociale des traitements favorisant le retour à une vie sexuelle normale des femmes à la suite d'un cancer.

Le rapport, en lien avec la Haute Autorité de santé, présente les différentes solutions thérapeutiques non hormonales et précise l'effet sur les comptes de l'assurance maladie de l'ouverture au remboursement de ces solutions aux femmes atteintes de cancers hormono-dépendants ou atteintes de cancers de la zone pelvienne.

Article 83

L'article 43 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi rédigé :

« I. – À titre expérimental et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2025, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogue mentionnés à l'article L. 3411-9 du code de la santé publique et les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie mentionnés à l'article L. 3411-6 du même code, désignés par arrêté du ministre chargé de la santé après avis du directeur général de l'agence régionale de santé et en concertation avec le maire de la commune concernée et, à Paris, Lyon et Marseille, en concertation avec le maire d'arrondissement ou de secteur concerné, ouvrent une halte "soins addictions", qui est un espace de réduction des risques par usage supervisé

et d'accès aux soins, dans le respect d'un cahier des charges national arrêté par le ministre chargé de la santé.

« L'expérimentation porte sur des espaces situés dans les locaux du centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogue et du centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ou dans des locaux distincts. Ils peuvent également être situés dans des structures mobiles. » ;

2° Aux deux derniers alinéas du II et au V, les mots : « salle de consommation à moindre risque » sont remplacés par les mots : « halte "soins addictions" » ;

3° Au III, après le mot : « drogue », sont insérés les mots : « et les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ».

Article 84

L'article L. 221-1-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la fin du I, les mots : « liées aux substances psychoactives » sont supprimés ;

2° À la première phrase du III, après le mot : « année, », sont insérés les mots : « le montant de la dotation de la branche Maladie finançant le fonds et détermine ».

Article 85

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

1° Le 21° de l'article L. 160-14 est ainsi modifié :

a) Le mot : « mineure » est remplacé par les mots : « âgée de moins de 26 ans » ;

b) Sont ajoutés les mots : « , ainsi que pour les assurés âgés de moins de 26 ans pour les frais liés aux consultations de prévention en matière de santé sexuelle » ;

2° À la première phrase des articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1, le mot : « mineure » est remplacé par les mots : « âgée de moins de 26 ans ».

II. – Le I du présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

III. – Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les moyens à mettre en œuvre pour développer, promouvoir et prendre en charge la contraception masculine.

Article 86

I. – L'article L. 2122-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À la dernière phrase du troisième alinéa, les mots : « au dernier » sont remplacés par les mots : « à l'avant-dernier » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Un entretien postnatal précoce obligatoire est réalisé par un médecin ou une sage-femme entre les quatrième et huitième semaines qui suivent l'accouchement. Cet entretien a pour objet, dans une approche globale de prévention en postpartum, de repérer les premiers signes de la dépression du postpartum ou les facteurs de risques qui y exposent et d'évaluer les éventuels besoins de la femme ou du conjoint en termes d'accompagnement. Un deuxième entretien peut être proposé, entre les dixième et quatorzième semaines qui suivent l'accouchement, par le professionnel de santé qui a réalisé le premier entretien aux femmes primipares ou pour lesquelles ont été constatés des signes de la dépression du postpartum ou l'existence de facteurs de risques qui y exposent. »

II. – Le I entre en vigueur le 1^{er} juillet 2022.

Article 87

La Caisse nationale de l'assurance maladie met en œuvre des campagnes d'information afin de promouvoir, de communiquer et d'informer sur les compétences des sages-femmes listées aux articles L. 2212-2 et L. 4151-1 à L. 4151-4 du code de la santé publique.

Article 88

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

1° À la fin de l'article L. 142-3, la référence : « de l'article L. 861-5 » est remplacée par la référence : « du chapitre I^{er} du titre VI du livre VIII » ;

2° Le premier alinéa de l'article L. 381-30 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Pendant toute la durée du séjour auprès de leur mère écrouée, les enfants nés au cours de la détention bénéficient de la prise en charge des frais de santé dans les mêmes conditions. » ;

3° L'article L. 381-30-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « écrouées » est supprimé ;

b) Le dernier alinéa est supprimé ;

4° L'article L. 861-2 est ainsi modifié :

a) Le second alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le droit à la protection complémentaire en matière de santé leur est attribué automatiquement, sauf opposition expresse de leur part. » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Sont réputés satisfaire aux conditions mentionnées au 2° du même article L. 861-1 les bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 815-1 n'ayant pas exercé d'activité salariée ou indépendante pendant une période de référence, dans des conditions déterminées par décret. » ;

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

a) L'avant-dernier alinéa est complété par les mots : « , à l'exception de situations déterminées par décret visant à garantir la continuité de ces droits en cas d'évolution de la composition du foyer en cours de droit » ;

b) Le même avant-dernier alinéa est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Une nouvelle admission ou un renouvellement du droit à la protection complémentaire en matière de santé n'est possible que si l'assuré s'est acquitté de ses participations dues au titre de droits ouverts précédemment, sauf si une remise ou une réduction de dette a été accordée à l'assuré en application de l'article L. 861-10 ou s'il a bénéficié d'une aide pour le paiement de ses participations par un organisme mentionné à l'article L. 861-4 en raison de sa situation de précarité. En cas d'octroi par l'organisme gestionnaire de délais de paiement sur les participations dues par l'intéressé, celles-ci sont considérées comme acquittées en cas de respect des échéances fixées. » ;

c) Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le bénéficiaire peut renoncer à ce droit à tout moment, sans frais. La demande de renoncement est adressée à l'organisme gestionnaire par tout moyen conférant date certaine à la réception de celle-ci. L'organisme gestionnaire met fin au droit à la protection complémentaire en matière de santé au dernier jour du mois de la réception de la demande de renoncement. Les modalités d'ouverture d'un nouveau droit à la protection complémentaire en matière de santé faisant suite à un renoncement sont déterminées par décret. » ;

6° À la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 861-11, les mots : « à l'avant-dernier » sont remplacés par les mots : « au sixième » ;

7° Le premier alinéa de l'article L. 862-2 est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Les dépenses du fonds sont constituées :

« 1° Du remboursement aux organismes gestionnaires mentionnés au *a* de l'article L. 861-4 des sommes correspondant à la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 ou des mêmes dépenses réalisées par le biais du tiers payant mentionné au septième alinéa du même article L. 861-3 pour les assurés relevant des organismes gestionnaires mentionnés au *b* de l'article L. 861-4 et des organismes d'assurance maladie assurant la prise en charge de leurs frais de santé mais ne relevant pas du régime général ;

« 2° Du remboursement aux organismes gestionnaires mentionnés au même *b* des mêmes sommes lorsqu'elles ne sont pas réalisées par le biais du tiers payant mentionné au septième alinéa de l'article L. 861-3 ;

« 3° Des sommes résultant de la prise en charge des dépenses mentionnées au même article L. 861-3 réalisées par le biais du tiers payant pour les assurés relevant des organismes gestionnaires mentionnés au *b* de l'article L. 861-4 et du régime général pour la prise en charge de leurs frais de santé. » ;

8° Le *d* de l'article L. 862-7 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les organismes assurant la prise en charge des frais de santé informent les organismes gestionnaires mentionnés au *b* de l'article L. 861-4 des dépenses qu'ils prennent en charge directement par le biais du tiers payant mentionné au septième alinéa de l'article L. 861-3 pour les assurés relevant de ces organismes gestionnaires ; ».

II. – L'article L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« En cas de précarité de la situation des bénéficiaires, les organismes de la mutualité sociale agricole peuvent réduire les créances résultant de sommes indûment versées, dans les conditions prévues à l'article L. 256-4 du code de la sécurité sociale. »

III. – Au 2° de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire, les mots : « mentionnées aux articles L. 861-5 et L. 863-3 » sont remplacés par les mots : « prises en application du chapitre I^{er} du titre VI du livre VIII ».

IV. – Le 1° du I et le III s'appliquent aux recours introduits à compter du 1^{er} janvier 2022.

Les 2° et 3° et le *a* du 4° du I et le II entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

Le *b* du 4° du I entre en vigueur le 1^{er} avril 2022.

Les 5°, 7° et 8° du même I entrent en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2023.

Article 89

Le II de l'article L. 325-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le mot : « aux », la fin du dernier alinéa est ainsi rédigée : « membres de la famille à la charge effective, totale et permanente des assurés sociaux énumérés ci-dessus : » ;

2° Sont ajoutés des *a* à *c* ainsi rédigés :

« *a*) Le conjoint de l'assuré social, son concubin ou la personne à laquelle il est lié par un pacte civil de solidarité ;

« *b*) Les enfants qui n'exercent pas d'activité professionnelle, jusqu'à un âge fixé par décret ;

« *c*) L'ascendant, le descendant, le collatéral jusqu'au troisième degré ou l'allié au même degré de l'assuré social, qui vit au domicile de celui-ci et qui se consacre exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'enfants à la charge de l'assuré social dans les conditions prévues à l'article L. 161-1. »

Article 90

I. – Le titre VII du livre VIII du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 871-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 871-2.* – Aux fins de garantir l’application du mécanisme du tiers payant aux personnes relevant des garanties mentionnées à l’article L. 871-1, les organismes d’assurance maladie complémentaire mettent à la disposition des professionnels de santé, des établissements de santé et des centres de santé, pour les produits et prestations relevant des classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l’article L. 165-1 et pour les soins dentaires mentionnés au dernier alinéa de l’article L. 871-1, des services numériques répondant à des caractéristiques définies par décret. Ces caractéristiques portent notamment sur les conditions de mise à disposition des informations relatives aux droits et garanties des personnes couvertes par les contrats, sur les modalités et délais de délivrance de l’accord des organismes, lorsque la prestation est soumise à accord préalable, et sur les délais et garanties de règlement des sommes dues. »

II. – Le I du présent article entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} juillet 2022.

Article 91

Au dernier alinéa de l’article L. 321-3 du code de la sécurité sociale, les mots : « et les titulaires d’un contrat de professionnalisation mentionnés au 1^o de l’article L. 6325-1 du code du travail » sont remplacés par les mots : « , les titulaires d’un contrat de professionnalisation mentionnés au 1^o de l’article L. 6325-1 du code du travail et les bénéficiaires du revenu de solidarité active mentionnés à l’article L. 262-2 du code de l’action sociale et des familles » et sont ajoutés les mots : « du présent article ».

Article 92

Par dérogation au *b* de l’article L. 160-3 du code de la sécurité sociale, les personnes mentionnées aux 1^o à 3^o du même article L. 160-3 qui bénéficiaient, lors de leurs séjours temporaires en France, de la prise en charge de leurs frais de santé avant le 1^{er} juillet 2019 continuent à bénéficier de cette prise en charge dès lors que leur pension rémunère une durée d’assurance supérieure ou égale à dix années au titre d’un régime français de sécurité sociale.

CHAPITRE V

Simplifier et moderniser le service public de la sécurité sociale

Article 93

I. – Le 9° de l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le mot : « santé », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « dont bénéficient, d'une part, les assurés relevant d'un régime mentionné à l'article L. 711-1 et, d'autre part, les assurés du régime général ne bénéficiant pas de l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1 du code du travail, s'agissant : » ;

2° Le *a* est ainsi modifié :

a) Après la référence : « L. 361-1 », sont insérés les mots : « du présent code » ;

b) À la fin, les mots : « des autres régimes obligatoires » sont supprimés.

II. – Afin de tenir compte de la crise sanitaire liée à l'épidémie de covid-19 et de ses conséquences et d'adapter les règles de prise en charge des frais de santé et les conditions pour bénéficier des prestations en espèce :

1° L'article 11 de la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire et les dispositions prises par décret entre le 1^{er} janvier 2021 et le 31 décembre 2021 en application de l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale demeurent applicables jusqu'à une date fixée par décret, et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2022 ;

2° Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution et jusqu'au 31 décembre 2022, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi visant à rétablir, adapter ou compléter les dispositions mentionnées à l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 1226-1-1 du code du travail et les dispositions prises en application des mêmes articles L. 16-10-1 et L. 1226-1-1.

Les mesures mentionnées au 2° du présent II sont applicables au plus tard jusqu'au 31 décembre 2022.

Chaque ordonnance peut prévoir l'application rétroactive des dispositions qu'elle contient, dans la limite d'un mois avant sa publication.

Les ordonnances et les décrets pris sur le fondement du présent article sont dispensés des consultations obligatoires prévues par les dispositions législatives ou réglementaires.

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

III. – Le I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

Article 94

I. – L'article L. 3212-2 du code général de la propriété des personnes publiques est complété par un 12° ainsi rédigé :

« 12° Les cessions de biens meubles acquis par l'établissement public mentionné à l'article L. 1413-1 du code de la santé publique à la demande du ministre chargé de la santé, dans le cadre des missions prévues à l'article L. 1413-4 du même code et dans le but d'en assurer le renouvellement ou d'en éviter la destruction, à des établissements publics de l'État, à des collectivités territoriales, à leurs groupements et à leurs établissements publics, à des établissements publics de santé ou à des catégories d'organismes ou de structures chargés d'une mission de service public et figurant sur une liste fixée par décret. Le cessionnaire ne peut procéder à la cession à titre onéreux des biens ainsi alloués, à peine d'être exclu du bénéfice des présentes mesures. »

II. – Le I du présent article est applicable aux collectivités régies par l'article 74 de la Constitution.

Article 95

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa de l'article L. 162-1-11 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ces organismes peuvent à ce titre leur adresser des informations à caractère général ou des informations personnalisées sur la base des données issues de leurs systèmes d'information, dont celui mentionné à l'article L. 161-28-1, afin de faciliter leur accès et leur participation à toutes actions de prévention ou aux soins pris en charge par l'assurance maladie. » ;

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

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Dans le cadre de ses missions de prévention et de participation à la gestion des alertes sanitaires prévues à l'article L. 221-1 ainsi que de ses missions d'information et d'accompagnement des patients prévues à l'article L. 162-1-11, l'assurance maladie peut transmettre certaines données à caractère personnel des patients dont elle dispose dans ses systèmes d'information, dont celui mentionné à l'article L. 161-28-1, aux professionnels appelés à traiter ces patients. La liste des professions concernées est fixée par décret. » ;

b) Après le mot : « maladie », la fin de la dernière phrase du second alinéa est ainsi rédigée : « ou directement par ses agents dûment habilités. » ;

c) Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« La transmission de données prévue au premier alinéa est mise en œuvre après avis d'une commission placée auprès du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie. Cette commission comprend notamment des représentants des assurés, des institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie et des professionnels de santé. Son rôle et ses modalités de fonctionnement sont fixés par décret.

« Les patients, dûment informés de cette transmission par les professionnels ou par l'assurance maladie, dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, peuvent s'opposer à la transmission de leurs données à caractère personnel, excepté lorsque celle-ci est effectuée au titre de la participation à la gestion de l'alerte sanitaire prévue à l'article L. 221-1 du présent code. » ;

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

a) Au 3°, les mots : « dans le cadre des programmes de santé publique mentionnés à l'article L. 1413-1, déclinés par la convention prévue à l'article L. 227-1 du présent code, » sont supprimés ;

b) Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Sur demande du ministre chargé de la santé, la caisse nationale peut, dans le respect des missions de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et de l'Agence nationale de santé publique, contribuer à la gestion des situations d'alerte sanitaire par des mesures ou actions concourant à prévenir la réalisation ou à atténuer l'impact de la menace pour la santé de la population. Les actions menées dans ce cadre peuvent

concerner l'ensemble des assurés sociaux. Les organismes nationaux des autres régimes d'assurance maladie sont tenus informés et apportent, en tant que de besoin, leur concours à leur mise en œuvre. » ;

4° À l'avant-dernier alinéa de l'article L. 713-21, les mots : « de l'avant-dernier » sont remplacés par les mots : « du quinzisième ».

Article 96

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

1° L'article L. 161-8 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Bénéficiaire également de ce maintien du droit à prestations les assurés qui justifient à nouveau des conditions d'ouverture de droits aux indemnités journalières de maladie au titre de leur nouvelle activité mais dont les indemnités journalières sont nulles.

« Peuvent bénéficier également de ce maintien du droit à prestations les assurés qui justifient à nouveau des conditions d'ouverture de droits aux indemnités journalières de maternité au titre de leur nouvelle activité mais dont les indemnités journalières forfaitaires servies en application de l'article L. 623-1 sont égales à un niveau fixé par décret. » ;

2° L'article L. 311-5 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Bénéficiaire également de ce maintien du droit à prestations les assurés qui justifient à nouveau des conditions d'ouverture de droits aux indemnités journalières de maladie au titre de leur nouvelle activité mais dont les indemnités journalières sont nulles.

« Peuvent bénéficier également de ce maintien du droit à prestations les assurés qui justifient à nouveau des conditions d'ouverture de droits aux indemnités journalières de maternité au titre de leur nouvelle activité mais dont les indemnités journalières forfaitaires servies en application de l'article L. 623-1 sont égales à un niveau fixé par décret. » ;

3° À l'article L. 622-1, après la référence : « L. 323-1-1 », est insérée la référence : « , L. 323-2 » ;

4° À la fin du premier alinéa de l'article L. 646-4, les références : « des articles L. 623-1, L. 623-5 et L. 646-5 » sont remplacées par la référence : « de l'article L. 623-1 » ;

5° L'article L. 646-5 est abrogé ;

6° Le dernier alinéa de l'article L. 663-1 est supprimé.

II. – Le III *bis* de l'article 18 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises est ainsi modifié :

1° Après le mot : « conjoint », la fin de la première phrase du deuxième alinéa est ainsi rédigée : « ou concubin collaborateur libéral de la mère ou la personne collaboratrice libérale liée à elle par un pacte civil de solidarité ont le droit de suspendre leur collaboration pendant une durée égale à celle mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 1225-35 du code du travail. » ;

2° À la première phrase du dernier alinéa, les mots : « de dix semaines à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer » sont remplacés par les mots : « égale à celles mentionnées à l'article L. 1225-37 du code du travail ».

III. – Par dérogation à l'article L. 622-3 du code de la sécurité sociale, pour le calcul des prestations en espèces dues aux personnes mentionnées à l'article L. 611-1 du même code au titre de l'assurance maladie et maternité, le revenu d'activité retenu pour le calcul de ces prestations peut ne pas tenir compte des revenus d'activité de l'année 2020, dans des conditions fixées par décret.

Le présent III s'applique aux arrêts de travail débutant entre le 1^{er} janvier 2022 et le 31 décembre 2022.

IV. – Par dérogation au second alinéa de l'article L. 622-3 du code de la sécurité sociale, sont pris en compte pour le calcul des prestations en espèces prévues aux articles L. 622-1, L. 632-1, L. 634-2, L. 635-1, L. 643-1, L. 644-1 et L. 644-2 du même code le chiffre d'affaires ou les recettes brutes des années 2020 et 2021 des travailleurs indépendants relevant de l'article L. 613-7 dudit code.

Afin de calculer les prestations mentionnées au premier alinéa du présent IV, des échanges d'informations sont organisés entre les organismes de sécurité sociale mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale et l'administration fiscale, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État.

V. – Les 5° et 6° du I entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

Les 1° et 2° du même I s'appliquent aux arrêts de travail ayant débuté à compter du 1^{er} janvier 2020 et, pour les travailleuses indépendantes ayant

commencé leur activité à compter du 1^{er} janvier 2019, aux périodes de versement des indemnités journalières de maternité ayant débuté à compter du 1^{er} novembre 2019, dans des conditions fixées par décret.

Le 3^o dudit I s'applique aux arrêts de travail débutant à compter du 1^{er} janvier 2022.

Le II s'applique aux enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} janvier 2022 ainsi qu'aux enfants, nés avant cette date, dont la naissance était supposée intervenir à compter de cette date.

Article 97

Au premier alinéa de l'article L. 382-14 du code de la sécurité sociale, après la première occurrence du mot : « prestations », sont insérés les mots : « prenant en compte les spécificités des revenus des affiliés, ».

Article 98

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

1^o Avant le dernier alinéa de l'article L. 723-3, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les caisses de mutualité sociale agricole, avec le concours de leur service social, mettent en œuvre des actions de promotion et d'accompagnement de la prévention de la désinsertion professionnelle, afin de favoriser le maintien dans l'emploi de leurs ressortissants dont l'état de santé est dégradé du fait d'un accident ou d'une maladie, d'origine professionnelle ou non, compte tenu de la coordination assurée par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole. Ces actions se font en lien, en tant que de besoin, avec les intervenants extérieurs qualifiés, les acteurs de la compensation du handicap et les acteurs de la préorientation et de la réadaptation professionnelles mentionnés à l'article L. 5214-3-1 du code du travail, aux 3^o et 4^o de l'article L. 5211-2 du même code ainsi qu'au *b* du 5^o du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. » ;

2^o Le même dernier alinéa est complété par les mots : « du présent code » ;

3^o Après le 9^o de l'article L. 723-11, il est inséré un 9^o *bis* ainsi rédigé :

« 9^o *bis* De promouvoir la prévention de la désinsertion professionnelle afin de favoriser le maintien dans l'emploi de ses ressortissants dont l'état de

santé est dégradé du fait d'un accident ou d'une maladie, d'origine professionnelle ou non, et de coordonner l'action dans ce champ des organismes locaux ; »

4° À l'intitulé de la section 2 du chapitre II du titre III du livre VII, après le mot : « invalidité », il est inséré le mot : « , décès » ;

5° À la première phrase du cinquième alinéa de l'article L. 732-4, les mots : « , réduit en cas d'hospitalisation, » sont supprimés ;

6° Avant le dernier alinéa de l'article L. 732-8, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le conjoint survivant d'un assuré titulaire d'une pension d'invalidité, lorsqu'il est lui-même atteint d'une invalidité de nature à lui ouvrir droit à la prestation d'invalidité mentionnée aux deux premiers alinéas du présent article, bénéficie d'une pension de veuve ou de veuf. Cette pension est calculée, liquidée et servie dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;

7° Après l'article L. 732-9, il est inséré un article L. 732-9-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 732-9-1.* – Il est garanti aux ayants droit des chefs d'exploitation et d'entreprise, des aides familiaux et des associés d'exploitation, mentionnés aux 1°, 2° et 5° de l'article L. 722-10, ainsi qu'aux collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 321-5 dont le présent régime assure la prise en charge des frais de santé le paiement d'un capital décès, égal à un montant forfaitaire déterminé par décret, en cas de décès des assurés mentionnés au présent alinéa ayant une durée minimale d'affiliation dans le régime des non-salariés agricoles déterminée par décret.

« Le versement du capital est effectué par priorité aux personnes qui étaient, au jour du décès, à la charge effective, totale et permanente de l'assuré.

« Si aucune priorité n'est invoquée dans un délai déterminé, le capital est attribué au conjoint survivant non séparé de droit ou de fait, au partenaire auquel le défunt était lié par un pacte civil de solidarité ou, à défaut, aux descendants et, dans le cas où le *de cujus* ne laisse ni conjoint survivant, ni partenaire d'un pacte civil de solidarité, ni descendants, aux ascendants.

« Le capital est incessible et insaisissable, sauf pour le paiement de dettes alimentaires ou le recouvrement du capital indûment versé à la suite d'une manœuvre frauduleuse ou d'une fausse déclaration. » ;

8° Au deuxième alinéa de l'article L. 732-10, la référence : « 1° de l'article L. 722-10 du présent code » est remplacée par la référence : « même premier alinéa » ;

9° L'article L. 732-12-1 est ainsi modifié :

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

« Lorsque le remplacement prévu aux trois premiers alinéas du présent article ne peut pas être effectué, les assurés mentionnés aux 1° et 2°, au a du 4° et au 5° de l'article L. 722-10 bénéficient, dans des conditions déterminées par décret, d'indemnités journalières forfaitaires. » ;

b) À la fin du dernier alinéa, les mots : « la prestation » sont remplacés par les mots : « l'allocation de remplacement et des indemnités journalières forfaitaires » ;

10° Le II de l'article L. 751-1 est complété par un 13° ainsi rédigé :

« 13° Les personnes bénéficiaires d'indemnités journalières en application des articles L. 732-4, L. 742-3, L. 751-8 et L. 752-5 du présent code, menant des actions de formation professionnelle ou d'autres actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil dans les conditions prévues à l'article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale ou au quatrième alinéa de l'article L. 433-1 du même code et à l'article L. 752-5-2 du présent code. » ;

11° L'article L. 752-5-2 est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Les actions d'accompagnement auxquelles la caisse mentionnée au premier alinéa du présent article peut participer à la demande de l'assuré comprennent notamment :

« 1° L'essai encadré, organisé selon des modalités définies par décret ;

« 2° La convention de rééducation professionnelle mentionnée à l'article L. 5213-3-1 du code du travail, qui donne lieu au versement d'indemnités selon des modalités définies par décret en Conseil d'État.

« Ces actions se font en lien avec les acteurs de la compensation du handicap et les acteurs de la réadaptation selon les territoires. » ;

12° À la première phrase de l'article L. 752-7, les mots : « le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ou l'assuré mentionné » sont remplacés par les mots : « l'assuré mentionné au I ou ».

II. – Le I de l'article L. 5213-3-1 du code du travail, dans sa rédaction résultant de l'article 28 de la loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail, est ainsi modifié :

1° La première phrase est complétée par les mots : « ou la caisse de mutualité sociale agricole » ;

2° La seconde phrase est ainsi modifiée :

a) Après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « ou la caisse de mutualité sociale agricole » ;

b) Sont ajoutés les mots : « ou à l'article L. 752-5-2 du code rural et de la pêche maritime, selon le cas ».

III. – Le 5° du I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

Les 6°, 7° et 12° du même I sont applicables aux décès survenus à compter du 1^{er} janvier 2022.

Les 8° et 9° dudit I s'appliquent aux indemnités relatives à des congés de maternité et de paternité débutant à compter du 1^{er} janvier 2022.

Les 1°, 3°, 10° et 11° du I et le II entrent en vigueur le 1^{er} juillet 2022.

Article 99

Après le 4° de l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 5° Sont nécessaires pour assurer aux personnes le bénéfice de leurs droits ou pour permettre le versement de prestations pour lesquelles elles remplissent les conditions. Lorsqu'il s'agit d'informations relatives aux coordonnées bancaires, l'organisme informe préalablement les personnes de leur utilisation pour le versement de la prestation, dans un délai et selon des modalités fixés par décret. »

Article 100

I. – L'article 373-2-2 du code civil est ainsi modifié :

1° Après le 5° du I, il est inséré un 6° ainsi rédigé :

« 6° Une transaction ou un acte constatant un accord issu d'une médiation, d'une conciliation ou d'une procédure participative, lorsqu'ils sont contresignés par les avocats de chacune des parties et revêtus de la formule exécutoire par le greffe de la juridiction compétente en application du 7° de l'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution. » ;

2° Les cinq premiers alinéas du II sont remplacés par des II et III ainsi rédigés :

« II. – Lorsque la pension est fixée en tout ou partie en numéraire par un des titres mentionnés aux 1° à 6° du I, son versement par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales au parent créancier est mis en place, pour la part en numéraire, dans les conditions et selon les modalités prévues au chapitre II du titre VIII du livre V du code de la sécurité sociale et par le code de procédure civile.

« Toutefois, l'intermédiation n'est pas mise en place dans les cas suivants :

« 1° En cas de refus des deux parents, ce refus devant être mentionné dans les titres mentionnés au I du présent article et pouvant, lorsque la pension est fixée dans un titre mentionné au 1° du même I, être exprimé à tout moment de la procédure ;

« 2° À titre exceptionnel, lorsque le juge estime, par décision spécialement motivée, le cas échéant d'office, que la situation de l'une des parties ou les modalités d'exécution de la contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant sont incompatibles avec sa mise en place.

« Lorsqu'elle est mise en place, il est mis fin à l'intermédiation sur demande de l'un des parents, adressée à l'organisme débiteur des prestations familiales, sous réserve du consentement de l'autre parent.

« Le deuxième alinéa, le 1° et l'avant-dernier alinéa du présent II ne sont pas applicables lorsque l'une des parties fait état, dans le cadre de la procédure conduisant à l'émission d'un des titres mentionnés au I, de ce que le parent débiteur a fait l'objet d'une plainte ou d'une condamnation pour des faits de menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant ou lorsque l'une des parties produit, dans les mêmes conditions, une décision de justice concernant le parent débiteur mentionnant de telles menaces ou violences dans ses motifs ou son dispositif.

« III. – Lorsque le versement de la pension par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales au parent créancier n'a pas été mis en place ou lorsqu'il y a été mis fin, l'intermédiation financière est

mise en œuvre à la demande d'au moins l'un des deux parents auprès de l'organisme débiteur des prestations familiales, selon les modalités prévues à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, sous réserve que la pension soit fixée en tout ou partie en numéraire par un des titres mentionnés aux 1° à 6° du I du présent article.

« Lorsque l'intermédiation financière a été écartée en application du 2° du II, son rétablissement est demandé devant le juge, qui apprécie l'existence d'un élément nouveau. » ;

3° L'avant-dernier alinéa du même II est ainsi modifié :

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

b) À la première phrase, la référence : « 5° » est remplacée par la référence : « 6° » ;

4° Le dernier alinéa dudit II est ainsi modifié :

a) Les mots : « l'intermédiation est ordonnée dans le cas prévu au 1° du présent II » sont remplacés par les mots : « l'une des parties a fait état ou a produit les informations et éléments mentionnés au dernier alinéa du II » ;

b) Après la référence : « 4° », est insérée la référence : « et 6° ».

II. – À l'article 373-2-3 et au dernier alinéa de l'article 373-2-6 du code civil, la référence : « 5° » est remplacée par la référence : « 6° ».

III. – Le IV de l'article L. 523-1 du code de la sécurité sociale est complété par un 5° ainsi rédigé :

« 5° Une transaction ou un acte constatant un accord issu d'une médiation, d'une conciliation ou d'une procédure participative, lorsqu'ils sont contresignés par les avocats de chacune des parties et revêtus de la formule exécutoire par le greffe de la juridiction compétente en application du 7° de l'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution. »

IV. – Le dernier alinéa de l'article L. 581-4 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , sauf lorsque l'intermédiation financière est mise en œuvre en application de l'article L. 582-1 ».

V. – L'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les 1° et 2° du I sont ainsi rédigés :

« 1° Dans les conditions définies au II du même article 373-2-2, lorsque l'intermédiation financière est mise en œuvre lors de la fixation de la pension alimentaire par un titre mentionné au même II ;

« 2° À défaut, dans les conditions définies au III du même article 373-2-2. » ;

2° À la fin du c du I, les mots : « un motif ayant conduit l'autorité judiciaire à user de la faculté prévue au 1° du II de l'article 373-2-2 du code civil » sont remplacés par les mots : « la circonstance qu'il a fait l'objet d'une plainte ou d'une condamnation pour des faits de menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant ou que de telles menaces ou violences sont mentionnées dans les motifs ou le dispositif d'une décision de justice concernant le parent débiteur » ;

3° Au début du premier alinéa du IV, les mots : « Lorsqu'elle est mise en œuvre en application du 2° du I, » sont supprimés ;

4° Le VII est ainsi modifié :

a) Le 2° est complété par les mots : « ou lorsque la pension alimentaire cesse d'être exigible » ;

b) À la fin du 4°, les mots : « dans le cas prévu au 1° du II de l'article 373-2-2 du code civil » sont remplacés par les mots : « lorsque l'une des parties a fait état, dans le cadre de la procédure ayant conduit à l'émission d'un des titres mentionnés au I de l'article 373-2-2 du code civil, de ce que le parent débiteur avait fait l'objet d'une plainte ou d'une condamnation pour des faits de menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant ou a produit, dans les mêmes conditions, une décision de justice concernant le parent débiteur, mentionnant de telles menaces ou violences dans ses motifs ou son dispositif » ;

c) À la fin du dernier alinéa, les mots : « un motif ayant conduit l'autorité judiciaire à user de la faculté prévue au 1° du II de l'article 373-2-2 du code civil » sont remplacés par les mots : « la circonstance qu'il a fait l'objet d'une plainte ou d'une condamnation pour des faits de menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant ou que de telles menaces ou violences sont mentionnées dans les motifs ou le dispositif d'une décision de justice concernant le parent débiteur ».

VI. – Au 1° de l'article L. 582-2 du code de la sécurité sociale, la référence : « et 4° » est remplacée par les références : « , 4° et 5° ».

VII. – Le code pénal est ainsi modifié :

1° L'article 227-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence : « 5° » est remplacée par la référence : « 6° » ;

b) Le second alinéa est ainsi rédigé :

« Lorsque l'intermédiation financière des pensions alimentaires est mise en œuvre dans les conditions prévues aux II à IV de l'article 373-2-2 du code civil et à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, le fait pour le parent débiteur de demeurer plus de deux mois sans s'acquitter intégralement des sommes dues entre les mains de l'organisme débiteur des prestations familiales assurant l'intermédiation est puni des mêmes peines. » ;

2° L'article 227-4 est ainsi rédigé :

« Art. 227-4. – Est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende le fait, par une personne tenue, dans les conditions prévues à l'article 227-3, à l'obligation de verser une pension, une contribution, des subsides ou des prestations de toute nature :

« 1° De ne pas notifier son changement de domicile au créancier ou, lorsque le versement de la pension fait l'objet d'une intermédiation financière dans les conditions prévues aux II et III de l'article 373-2-2 du code civil et à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, à l'organisme débiteur des prestations familiales, dans un délai d'un mois à compter de ce changement ;

« 2° Lorsque le versement de la pension fait l'objet d'une intermédiation financière dans les conditions prévues aux II et III de l'article 373-2-2 du code civil et à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, de s'abstenir de transmettre à l'organisme débiteur des prestations familiales les informations nécessaires à l'instruction et à la mise en œuvre de l'intermédiation financière et de s'abstenir d'informer cet organisme de tout changement de situation ayant des conséquences sur cette mise en œuvre. »

VIII. – Après le 4° de l'article L. 213-1 du code des procédures civiles d'exécution, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 5° Une transaction ou un acte constatant un accord issu d'une médiation, d'une conciliation ou d'une procédure participative, lorsqu'ils sont contresignés par les avocats de chacune des parties et revêtus de la formule exécutoire par le greffe de la juridiction compétente en application du 7° de l'article L. 111-3. »

IX. – L'article 1^{er} de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires est complété par un 5° ainsi rédigé :

« 5° Une transaction ou un acte constatant un accord issu d'une médiation, d'une conciliation ou d'une procédure participative, lorsqu'ils sont contresignés par les avocats de chacune des parties et revêtus de la formule exécutoire par le greffe de la juridiction compétente en application du 7° de l'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution. »

X. – Le présent article s'applique dans les conditions suivantes.

A. – Le II, le deuxième alinéa du III et le IV de l'article 373-2-2 du code civil et l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction résultant des I et V du présent article, entrent en vigueur le 1^{er} mars 2022. Ils s'appliquent à l'exécution des décisions judiciaires de divorce rendues à compter de cette date et, à compter du 1^{er} janvier 2023, à l'exécution des autres décisions judiciaires rendues à compter de cette même date ainsi que des titres mentionnés aux 2° à 6° du I de l'article 373-2-2 du code civil émis à compter de cette même date.

Le premier alinéa du III du même article 373-2-2, dans sa rédaction résultant du I du présent article, s'applique aux demandes reçues à compter du 1^{er} janvier 2022.

B. – Les IV et VII du présent article entrent en vigueur le 1^{er} mars 2022.

C. – L'article 711-1 du code pénal est ainsi rédigé :

« *Art. 711-1.* – Sous réserve des adaptations prévues au présent titre, les livres I^{er} à V du présent code sont applicables, dans leur rédaction résultant de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022, en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française et dans les îles Wallis et Futuna. »

Article 101

I. – L'article L. 583-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 583-1.* – I. – Les allocataires des organismes débiteurs des prestations familiales bénéficient gratuitement d'un droit à l'information sur la nature et l'étendue de leurs droits.

« II. – Pour l'application du I, les organismes débiteurs des prestations familiales et leur personnel sont notamment tenus :

« 1° D'informer les allocataires de l'ensemble de leurs droits au moment où ils entament une démarche pour solliciter le bénéfice d'une prestation ;

« 2° D'informer les allocataires sur les congés familiaux indemnisés par ces organismes et leurs conséquences financières, y compris au regard de leurs droits à l'assurance vieillesse ;

« 3° De leur prêter concours pour l'établissement des demandes dont la satisfaction leur incombe.

« Ils peuvent également apporter leur concours à leurs allocataires en fin de droits pour l'établissement de dossiers formulés au titre d'autres régimes de protection sociale auprès d'autres organismes.

« III. – Toute personne enceinte qui déclare sa grossesse à l'issue d'un examen prénatal bénéficie auprès d'un organisme débiteur des prestations familiales :

« 1° D'une information personnalisée sur l'ensemble de ses droits ainsi que sur l'ensemble des congés auxquels elle peut prétendre ;

« 2° D'une information relative à la possibilité de bénéficier, le cas échéant et à sa demande, d'un report des cotisations sociales dans les conditions prévues à l'article L. 131-6-1-1. »

II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2023.

Article 102

I. – L'article L. 752-8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) Les mots : « doivent, en outre, contribuer à » sont remplacés par le mot : « assurent » ;

b) Après le mot : « charge », sont insérés les mots : « d'une partie » ;

c) Sont ajoutés les mots : « , dans une école ou dans un établissement public ou privé sous contrat, dans des conditions définies par décret » ;

2° Après le même premier alinéa, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :

« Les modalités de cette prestation d'aide à la restauration scolaire, affectée au fonctionnement du service et versée en fonction du nombre de repas ou de collations servis, sont définies par décret.

« Le décret fixe des montants forfaitaires par repas ou par collation. Ces montants peuvent varier selon le niveau scolaire considéré.

« Ils sont revalorisés le 1^{er} janvier de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. » ;

3° Après la référence : « L. 241-6 », la fin du deuxième alinéa est supprimée ;

4° Le dernier alinéa est supprimé.

II. – L'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte est ainsi modifiée :

1° L'article 16 est ainsi rédigé :

« *Art. 16.* – L'article L. 752-8 du code de la sécurité sociale est applicable à Mayotte sous réserve des adaptations suivantes :

« 1° Au début du premier alinéa, les mots : “Les caisses d'allocations familiales assurent” sont remplacés par les mots : “La caisse de sécurité sociale de Mayotte assure” ;

« 2° La première phrase du troisième alinéa est complétée par les mots : “, le cas échéant adaptés pour Mayotte” ;

« 3° Le dernier alinéa est supprimé. » ;

2° À la fin de l'article 17, les mots : « , dont le montant global est fixé annuellement par l'arrêté mentionné à l'article 16 » sont supprimés.

III. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

Article 103

À la fin de la troisième phrase du IV de l'article 70 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, les mots : « du 1^{er} janvier 2022 » sont remplacés par les mots : « d'une date fixée par décret, et au plus tard à compter du 1^{er} septembre 2024 ».

Article 104

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

1° L'article L. 491-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « , au sens de la directive 2009/128/CE du Parlement européen et du Conseil du 21 octobre 2009 instaurant un cadre d'action communautaire pour parvenir à une utilisation des pesticides compatible avec le développement durable, » sont supprimés ;

b) Au *a* du 2°, le mot : « onzième » est remplacé par le mot : « douzième » ;

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

« Sont regardés comme des pesticides, pour l'application du présent titre, les produits phytopharmaceutiques relevant du règlement (CE) n° 1107/2009 du Parlement européen et du Conseil du 21 octobre 2009 concernant la mise sur le marché des produits phytopharmaceutiques et abrogeant les directives 79/117/CEE et 91/414/CEE du Conseil, les produits biocides relevant du règlement (UE) n° 528/2012 du Parlement européen et du Conseil du 22 mai 2012 concernant la mise à disposition sur le marché et l'utilisation des produits biocides et les médicaments vétérinaires antiparasitaires au sens du 6° de l'article L. 5141-2 du code de la santé publique. » ;

2° L'article L. 752-4 est ainsi modifié :

a) Au 1°, après le mot : « agricoles », sont insérés les mots : « dans les conditions prévues à l'article L. 781-43 du code rural et de la pêche maritime » ;

b) Au 1° *bis*, après la référence : « L. 612-1 », sont insérés les mots : « du présent code ».

II. – Le second alinéa des articles L. 781-43 et L. 781-48 du code rural et de la pêche maritime est complété par les mots : « , à l'exception des tableaux de maladies professionnelles établis, révisés et complétés selon les modalités prévues pour l'application de l'article L. 751-7, qui leur sont applicables lorsqu'ils ont exercé les travaux mentionnés dans ces tableaux ».

III. – Le IV de l'article 70 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 est ainsi modifié :

1° Après les mots : « jusqu'au », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « 31 décembre 2022 les personnes mentionnées au 1° et aux *a* et *b* du 2° de l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale auxquelles le

premier certificat médical les informant du lien possible entre la maladie et l'exposition aux pesticides a été délivré avant le 31 décembre 2019. » ;

2° Les 1° et 2° sont abrogés ;

3° Au dernier alinéa, les mots : « à dix ans au 31 décembre 2019 » sont remplacés par les mots : « au 1^{er} janvier 2013 » et l'année : « 2021 » est remplacée par l'année : « 2022 ».

IV. – Les I à III du présent article sont applicables aux demandes de reconnaissance de maladie professionnelle déposées à compter de la publication de la présente loi.

Article 105

I. – Dans les conditions de dialogue social définies au chapitre III du titre IV du livre III de la septième partie du code du travail, les plateformes des secteurs mentionnés à l'article L. 7342-8 du même code peuvent proposer à leurs travailleurs des prestations de protection sociale complémentaire entrant dans le champ des articles L. 911-1 et L. 911-2 du code de la sécurité sociale. Ces prestations bénéficient à titre collectif à l'ensemble des travailleurs de la plateforme.

Ces prestations sont versées par les organismes suivants :

1° Mutuelles ou unions relevant du livre II du code de la mutualité ;

2° Institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ;

3° Entreprises d'assurance mentionnées à l'article L. 310-2 du code des assurances.

II. – Sont exclues des assiettes prévues au I des articles L. 131-6 et L. 613-7 du code de la sécurité sociale les contributions des plateformes opérant dans les secteurs mentionnés à l'article L. 7342-8 du code du travail ainsi que les cotisations versées par les travailleurs de ces plateformes qui sont destinées au financement des prestations mentionnées au I du présent article.

III. – Les modalités d'application des I et II sont précisées par décret.

IV. – Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 7342-8 du code du travail peuvent opter pour une affiliation au régime général de

sécurité sociale, dans les conditions et limites prévues au 37° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale.

V. – Les I et II du présent article sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2023.

Article 106

Au plus tard le 31 janvier 2022, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'amélioration de la couverture sociale contre le risque d'accidents du travail et de maladies professionnelles des travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 7342-8 du code du travail.

Article 107

I. – Dans les conditions définies au présent article et sous réserve d'avoir débuté leur activité avant le 1^{er} janvier 2020, bénéficient à titre exceptionnel de l'attribution de périodes d'assurance dans leur régime d'assurance vieillesse de base, au titre des années 2020 et 2021 :

1° Les travailleurs indépendants mentionnés aux articles L. 631-1 et L. 640-1 du code de la sécurité sociale et les mandataires sociaux mentionnés aux 11°, 12°, 13°, 22° et 23° de l'article L. 311-3 du même code, lorsqu'ils remplissent, pour une période d'activité accomplie au cours de l'année considérée, les conditions définies aux III et IV de l'article 65 de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020, aux III et IV de l'article 9 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement pour la sécurité sociale pour 2021 ou aux II à IV de l'article 25 de la loi n° 2021-953 du 19 juillet 2021 de finances rectificative pour 2021 ;

2° Les artistes-auteurs mentionnés à l'article L. 382-1 du code de la sécurité sociale :

a) Au titre de l'année 2020, lorsqu'ils remplissent les conditions définies au V de l'article 9 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 précitée ;

b) Au titre de l'année 2021, lorsqu'ils remplissent les conditions définies au V de l'article 25 de la loi n° 2021-953 du 19 juillet 2021 précitée.

Le présent I s'applique également aux travailleurs indépendants, mandataires sociaux et artistes-auteurs qui remplissent les conditions prévues par les dispositions législatives précitées sans avoir effectivement bénéficié des réductions ou déductions de cotisations définies par ces dispositions.

II. – Au titre de chaque année considérée, il est attribué aux assurés mentionnés au I un nombre de trimestres correspondant à la différence entre :

1° D'une part, le nombre annuel moyen de trimestres validés par l'assuré au cours des années 2017 à 2019 à raison des revenus, traitements, salaires ou chiffres d'affaires tirés de l'activité ouvrant droit à l'application des dispositions législatives mentionnées au I. Cette période de référence est limitée aux années 2018 et 2019 ou à l'année 2019 pour les travailleurs indépendants et les artistes-auteurs dont l'activité a débuté, respectivement, en 2018 ou en 2019 ;

2° D'autre part, le nombre de trimestres validés par l'assuré au titre de l'année considérée à raison des revenus, traitements, salaires ou chiffres d'affaires tirés de cette même activité.

Un décret précise les modalités de calcul, notamment les conditions dans lesquelles sont prises en compte, le cas échéant, les années de début ou de fin d'activité et les années donnant lieu à l'attribution de périodes assimilées en application de l'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale.

III. – Pour l'application du présent article, notamment pour l'identification des bénéficiaires, des échanges d'informations sont organisés entre les organismes de sécurité sociale chargés du recouvrement et du service des prestations ainsi qu'avec l'administration fiscale, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État.

IV. – Selon des modalités précisées par décret, le fonds mentionné à l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale verse à chacun des régimes d'assurance vieillesse concernés un montant égal au produit du nombre de trimestres validés en application du présent article et de montants forfaitaires définis par décret.

V. – Le présent article s'applique aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2022.

Article 108

I. – A. – Les assurés justifiant d'une activité exercée à titre indépendant, avant le 1^{er} janvier 2018, au titre d'une profession qui relève, à la date de la promulgation de la présente loi, du champ défini aux articles L. 631-1 ou L. 640-1 du code de la sécurité sociale mais qui, par nature, pendant les périodes où elle était exercée, n'entraînait, en droit ou en fait, d'affiliation auprès d'aucun régime obligatoire de base, peuvent demander la prise en

compte de tout ou partie de ces périodes au titre du régime d'assurance vieillesse dont cette profession relève en application des mêmes articles L. 631-1 ou L. 640-1, sous réserve du versement de cotisations, fixées dans des conditions définies par décret, garantissant la neutralité actuarielle.

Par dérogation au premier alinéa du présent A, pour les assurés mentionnés au quatrième alinéa du 8° du XVI de l'article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 qui, à la date du versement de cotisations, demeurent affiliés au régime des professions libérales, le versement est pris en compte au titre de ce régime.

Un décret précise la liste des professions et des périodes mentionnées au premier alinéa du présent A et détermine ses conditions d'application, notamment les barèmes et les modalités de versement des cotisations, les conditions de leur prise en compte dans le calcul de la pension ainsi que la nature des pièces justifiant des périodes d'activité en cause.

Le présent A est applicable aux assurés n'ayant pas liquidé leur pension de vieillesse et dont la demande de versement de cotisations est présentée entre le 1^{er} juillet 2022 et le 31 décembre 2026.

B. – À l'article L. 173-7 du code de la sécurité sociale, la dernière occurrence du mot « et » est remplacée par le signe : « , » et est ajoutée la référence : « et du I de l'article 108 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022 ».

II. – Les travailleurs indépendants non agricoles affiliés au régime défini à l'article 5 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte peuvent demander la prise en compte au titre de ce régime de tout ou partie des périodes d'activité, comprises entre le 1^{er} janvier 2012 et une date fixée par décret sans pouvoir excéder le 31 décembre 2022, au cours desquelles les cotisations d'assurance vieillesse n'ont pas été appelées, sous réserve du versement de cotisations.

Les cotisations versées en application du premier alinéa du présent II sont prises en compte, le cas échéant, lorsque la pension a déjà été liquidée à la date du versement, au titre des arrérages dus à compter de cette date.

Un décret détermine les conditions d'application du présent II, notamment le montant des cotisations défini sur la base d'assiettes forfaitaires, les conditions de leur versement, les conditions de leur prise en compte dans le calcul de la pension et la nature des pièces justifiant des périodes d'activité en cause.

Les demandes de versement de cotisations effectuées en application du présent II sont présentées entre le 1^{er} juillet 2022 et le 31 décembre 2026.

Article 109

La première phrase de l'article L. 382-7 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « ou tout ou partie du coût du versement par ces ressortissants, le cas échéant, de cotisations afférentes à une période d'activité antérieure de plus de trois ans à la date dudit versement, dans des conditions définies par décret ».

Article 110

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

1° À l'article L. 341-12, les mots : « de la rémunération » sont remplacés par les mots : « des revenus d'activité et de remplacement » ;

2° L'article L. 341-14 est abrogé ;

3° Le premier alinéa de l'article L. 341-14-1 est complété par une phrase ainsi rédigée : « L'assuré dont la retraite progressive prévue à l'article L. 351-15 du présent code ou à l'article L. 732-29 du code rural et de la pêche maritime est suspendue est réputé non bénéficiaire des dispositions de l'article L. 351-15 du présent code et de l'article L. 732-29 du code rural et de la pêche maritime pour l'application du présent alinéa. » ;

4° L'article L. 351-15 est ainsi modifié :

a) Le début du premier alinéa est ainsi rédigé : « I. – L'assuré qui exerce, à titre exclusif, une activité à temps partiel, au sens de l'article L. 3123-1 du code du travail, ou à temps réduit par rapport à la durée maximale légale, réglementaire ou conventionnelle exprimée en jours peut... *(le reste sans changement)* : » ;

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

« 3° De justifier d'une quotité de temps de travail comprise entre deux limites fixées par décret en Conseil d'État. » ;

c) Au cinquième alinéa, après le mot : « partiel », sont insérés les mots : « ou à temps réduit » et les mots : « l'assuré peut obtenir la modification de

cette fraction de pension » sont remplacés par les mots : « cette fraction de pension est modifiée » ;

d) Le dernier alinéa est remplacé par un II ainsi rédigé :

« II. – Le présent article est également applicable :

« 1° Par dérogation au premier alinéa du I, aux assurés exerçant soit plusieurs activités salariées à temps partiel, soit plusieurs activités salariées à temps réduit, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État ;

« 2° Aux assurés exerçant à titre exclusif une activité non salariée parmi celles mentionnées à l'article L. 311-3, dans des conditions fixées par décret relatives notamment à la diminution des revenus professionnels. » ;

5° L'article L. 351-16 est ainsi modifié :

a) À la seconde phrase du premier alinéa, le mot : « suspendu » est remplacé par le mot : « supprimé » ;

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

« Le service de la fraction de pension est suspendu lorsque, en dehors des cas mentionnés au premier alinéa, les conditions pour en bénéficier ne sont plus réunies. » ;

6° L'article L. 634-3-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 634-3-1.* – Les prestations mentionnées aux articles L. 634-2 et L. 634-3 sont, sur demande de l'assuré, liquidées et servies dans les conditions prévues aux articles L. 351-15 et L. 351-16 lorsque l'assuré justifie d'une activité exercée à titre exclusif relevant de l'article L. 631-1, dans des conditions fixées par décret relatives notamment à la diminution des revenus professionnels. »

II. – Au *o* du 3° de l'article 5 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, la référence : « quatrième alinéa » est remplacée par la référence : « cinquième alinéa du I ».

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

1° À l'article L. 732-29, les mots : « à temps partiel » sont remplacés par le mot : « réduite » ;

2° L'article L. 742-3 est ainsi modifié :

a) À la fin du dernier alinéa, les mots : « , aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et à la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg » sont remplacés par les mots : « et aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'application du 2° du II de l'article L. 351-15 du code de la sécurité sociale, la référence à l'article L. 311-3 du même code est remplacée par la référence à l'article L. 722-20 du présent code. »

IV. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022 et s'applique aux pensions de retraite liquidées à titre provisoire qui prennent effet à compter de cette date et aux pensions d'invalidité quelle que soit leur date d'effet, à l'exception des 1° et 2° du I qui entrent en vigueur le 1^{er} avril 2022.

TITRE II

DOTATIONS ET DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AUX RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

Article 111

I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé, mentionnée à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, est fixé à 1 015 millions d'euros pour l'année 2022.

II. – Le montant de la contribution de la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale au financement du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé, mentionnée à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 précitée, est fixé à 90 millions d'euros pour l'année 2022.

III. – Le montant de la contribution de la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et les 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 168,3 millions d'euros pour l'année 2022.

IV. – 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 135 millions d'euros pour l'année 2022.

Article 112

L'article L. 1435-10 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° La dernière phrase du dernier alinéa est supprimée ;

2° Sont ajoutés quatre alinéas ainsi rédigés :

« Ce bilan contient notamment une présentation :

« 1° De l'évolution du montant des dotations régionales affectées au fonds et des critères de répartition employés, notamment au regard de l'objectif de péréquation entre régions ;

« 2° À l'échelon national et par région, des financements alloués aux actions, expérimentations et structures concourant aux missions mentionnées à l'article L. 1435-8 et des objectifs ainsi atteints ;

« 3° Des démarches d'évaluation mises en œuvre pour améliorer l'allocation des financements par l'intermédiaire du fonds, notamment s'agissant des expérimentations. »

Article 113

Pour l'année 2022, 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 230,1 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 228,6 milliards d'euros.

Article 114

Pour l'année 2022, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

(En milliards d'euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville.....	102,5
Dépenses relatives aux établissements de santé.....	95,3
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées.....	14,3
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées.....	13,3
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional et au soutien national à l'investissement.....	5,9
Autres prises en charge.....	5,5
Total.....	236,8

Article 115

Dans le cas où le risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent l'objectif national de dépenses d'assurance maladie est imputable à l'évolution des dépenses liées à la crise sanitaire résultant de l'épidémie de covid-19, il n'est pas fait application, en 2022, des trois dernières phrases du cinquième alinéa de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale.

Article 116

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 220 millions d'euros au titre de l'année 2022.

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 327 millions d'euros au titre de l'année 2022.

III. – Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 1,1 milliard d'euros au titre de l'année 2022.

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 123,6 millions d'euros et 8,7 millions d'euros pour l'année 2022.

Article 117

Pour l'année 2022, 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 14,1 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 12,7 milliards d'euros.

Article 118

Pour l'année 2022, les objectifs de dépenses de la branche Vieillesse sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 256,6 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 147,8 milliards d'euros.

Article 119

Pour l'année 2022, les objectifs de dépenses de la branche Famille de la sécurité sociale sont fixés à 49,7 milliards d'euros.

Article 120

Pour l'année 2022, les objectifs de dépenses de la branche Autonomie de la sécurité sociale sont fixés à 34,4 milliards d'euros.

Article 121

Pour l'année 2022, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi qu'il suit :

(En milliards d'euros)

	Prévision de charges
Fonds de solidarité vieillesse	19,6

Délibéré en séance publique, à Paris, le 29 novembre 2021.

Le Président,

Signé : RICHARD FERRAND

ANNEXE A

Rapport retraçant la situation patrimoniale, au 31 décembre 2020, 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 2020

I. – Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2020 :

(En milliards d'euros)

Actif	2020 (net)	2019 (net)	Passif	2020	2019
Immobilisations	7,3	7,4	Fonds propres	-86,7	-61,4
Immobilisations non financières...	5,2	5,2	Dotations	19,0	20,7
Prêts, dépôts de garantie.....	1,3	1,4	Régime général	0,2	0,2
Avances / prêts accordés à des organismes de la sphère sociale....	0,9	0,9	Autres régimes	7,3	7,0
			Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)	0,2	0,2
			Fonds de réserve pour les retraites (FRR).....	11,3	13,4
			Réserves	22,9	22,2
			Régime général	3,8	3,8
			Autres régimes	7,2	7,3
			FRR	11,9	11,1
			Report à nouveau	-108,1	-122,6
			Régime général	5,1	-4,6
			Autres régimes	-0,2	-4,1
			Fonds de solidarité vieillesse (FSV).....	-3,7	-8,4
			CADES	-109,3	-105,5
			Résultat de l'exercice	- 22,9	15,4
			Régime général	-36,2	-0,3
			Autres régimes	-1,0	+0,1
			FSV	-2,5	-1,6
			CADES	16,1	16,3
			FRR	0,7	0,8
			Écart d'estimation (réévaluation des actifs du FRR en valeur de marché)	2,4	2,9
			Provisions pour risques et charges	20,9	17,2

(En milliards d'euros)

Actif	2020 (net)	2019 (net)	Passif	2020	2019
Actif financier	68,1	57,9	Passif financier	178,8	132,5
Valeurs mobilières et titres de placement	39,2	45,1	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, européens commerciaux)	165,5	118,6
Régime général	0,0	0,0	Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).....	62,5	26,5
Autres régimes.....	13,8	12,9	CADES	103,0	92,0
CADES.....	0,0	0,0	Dettes à l'égard d'établissements de crédits	7,3	6,4
FRR	25,3	32,3	Régime général (ordres de paiement en attente).....	6,0	5,1
Encours bancaire	26,9	12,1	Autres régimes	0,4	0,3
Régime général.....	10,6	1,5	CADES	1,0	1,0
Autres régimes.....	5,6	6,4	Dépôts reçus	0,4	0,4
FSV	0,0	0,0	ACOSS.....	0,4	0,4
CADES.....	9,9	3,1	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,0	0,2
FRR	0,7	1,1	ACOSS.....	0	0,2
Créances nettes au titre des instruments financiers	2,0	0,6	Autres	5,4	6,8
CADES.....	1,7	0,3	Autres régimes	5,3	5,7
FRR	0,3	0,3	CADES	0,1	1,1
Actif circulant	101,6	83,4	Passif circulant	64,1	60,4
Créances de prestations.....	12,1	9,2	Dettes et charges à payer à l'égard des bénéficiaires.....	29,0	30,5
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale.....	16,9	8,5	Dettes et charges à payer à l'égard des cotisants.....	4,4	2,1
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et autres impositions	52,1	47,8	Dettes et charges à payer à l'égard d'entités publiques et organismes de sécurité sociale ..	16,4	11,4
Créances sur entités publiques et organismes de sécurité sociale	13,1	10,9	Autres passifs	14,2	16,5
Produits à recevoir de l'État	1,9	0,6			
Autres actifs.....	5,5	6,3			
Total de l'actif.....	177,0	148,7	Total du passif	177,0	148,7

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 fonds propres négatifs, et qui recouvre pour l'essentiel le cumul des déficits passés restant à financer, s'élevait à 86,7 milliards d'euros au 31 décembre 2020. L'encours de dette sur les produits techniques à fin 2020 était de l'ordre de 17 %, soit environ deux mois de recettes.

Alors qu'il atteignait un niveau très élevé à la fin de la précédente décennie, en partie imputable à la crise économique, le passif net a été un recul constant entre 2014 et 2019 (baisse de 7,9 milliards d'euros entre 2015 et 2016, de 12,8 milliards d'euros entre 2016 et 2017, de 11,6 milliards d'euros entre 2017 et 2018, et de 15,6 milliards d'euros entre 2018 et 2019). Tout au long de la période, la réduction des déficits des régimes de base et du FSV et les bons résultats de la CADES et du FRR ont conduit à dégager un résultat consolidé positif sur le périmètre d'ensemble de la sécurité sociale.

Cependant, dans le contexte de crise sanitaire et économique, le passif net connaît une inversion de tendance marquée en 2020, il s'accroît de 25,3 milliards d'euros par rapport à 2019. Cette dégradation reflète le niveau exceptionnellement élevé des déficits des régimes de base et du FSV en 2020 (déficit de 39,7 milliards d'euros sur ce champ), dont l'effet n'est que partiellement compensé par les résultats de la CADES (16,1 milliards d'euros en 2020 reflétant l'amortissement de la dette portée par la caisse) et du portefeuille du FRR. Le résultat consolidé sur le périmètre d'ensemble de la sécurité sociale, retracé dans le tableau ci-dessus, est ainsi fortement déficitaire (déficit de 22,9 milliards d'euros en 2020, contre un résultat consolidé positif de 15,4 milliards d'euros en 2019).

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. Après l'infléchissement observé entre 2015 et 2019, l'endettement financier s'est fortement accru en 2020 (110,6 milliards d'euros contre 74,6 milliards d'euros fin 2019), en cohérence avec l'évolution du passif net et l'augmentation marquée du besoin en fonds de roulement.

Évolution du passif net, de l'endettement financier net et des résultats comptables consolidés de la sécurité sociale depuis 2009

(En milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Passif net au 31/12 (capitaux propres négatifs)	-66,3	-87,1	-100,6	-107,2	-110,9	-110,7	-109,5	-101,4	-88,5	-77,0	-61,4	-86,7
Endettement financier net au 31/12	-76,3	-96,0	-111,2	-116,2	-118,0	-121,3	-120,8	-118,0	-102,9	-86,8	-74,6	-110,6
Résultat comptable consolidé de l'exercice (régimes de base, FSV, CADES et FRR)..	-19,6	-23,9	-10,7	-5,9	-1,6	+1,4	+4,7	+8,1	+12,6	+14,9	+15,4	-22,9

II. – Couverture des déficits et affectation des excédents constatés sur l'exercice 2020

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 de l'année 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. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a étendu cette reprise progressive aux déficits des années 2012 à 2017 des branches Maladie et Famille.

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 a conduit à reprendre un montant total de 23,6 milliards d'euros 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 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 ayant été saturé après les transferts intervenus en 2016, fin 2019, l'ACOSS portait en dette à court terme les déficits des

derniers exercices. Son endettement financier brut atteignait 26,9 milliards d'euros au 31 décembre 2019.

Dans le contexte d'accroissement de la dette des régimes de base de sécurité sociale et du besoin de financement de l'ACOSS, l'article 1^{er} de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a prévu un transfert à la CADES d'un montant global de 136 milliards d'euros, organisé en plusieurs étapes.

Dans un premier temps, des versements effectués avant le 30 juin 2021 financent, dans la limite de 31 milliards d'euros, les déficits cumulés non repris constatés au 31 décembre 2019 de la branche Maladie du régime général, du FSV, de la branche Vieillesse du régime des non-salariés agricoles et de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL). Sur ce fondement, le décret n° 2020-1074 du 19 août 2020 et le décret n° 2021-40 du 19 janvier 2021 ont organisé des transferts de la CADES à hauteur de 20 milliards d'euros en 2020 et de 11 milliards d'euros en 2021. Dans un second temps, des versements à compter de 2021 ont vocation à financer, dans la limite de 92 milliards d'euros, les déficits cumulés des exercices 2020 à 2023 des branches Maladie, Vieillesse et Famille du régime général, du FSV et de la branche Vieillesse du régime des non-salariés agricoles.

Concernant la situation des branches et régimes en 2020, dans le contexte de la pandémie sanitaire, le déficit du régime général atteint 36,2 milliards d'euros et celui du FSV, 2,5 milliards d'euros. Les déficits des branches Maladie et Vieillesse se sont élevés respectivement à 30,4 et 3,7 milliards d'euros. Les branches Famille et Accidents du travail et maladies professionnelles, alors qu'elles étaient en excédent en 2019, ont enregistré des déficits respectifs de 1,8 et 0,2 milliard d'euros.

Concernant les régimes de base autres que le régime général et qui présentent une situation déficitaire en 2020, le résultat de la CNRACL ressort en déficit à -1,5 milliard d'euros en 2020. La CADES a repris les déficits des exercices 2018 et 2019 de la caisse lors du transfert intervenu en janvier 2021. Le régime de base de la caisse nationale des barreaux français affiche également un déficit en 2020, à hauteur de 0,02 milliard d'euros, contre un excédent de 0,06 milliard d'euros en 2019.

Concernant les autres régimes de base, la branche Retraite du régime des exploitants agricoles a de nouveau présenté un bénéfice en 2020, à hauteur de 0,01 milliard d'euros en 2020. Les transferts de la CADES en 2020 et 2021, d'un montant total de 3,6 milliards d'euros, ont permis de

couvrir l'ensemble de ses déficits cumulés depuis 2011 (les déficits des années 2009 et 2010 avaient été repris par la CADES en 2011).

Les excédents du régime de retraite des professions libérales (0,1 milliard d'euros en 2020) et de la branche Vieillesse du régime de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (0,1 milliard d'euros en 2020) diminuent respectivement de 0,3 milliard d'euros et 0,1 milliard d'euros en 2020. Ces excédents sont affectés aux réserves des régimes concernés.

Les autres 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 jusqu'en 2017), 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 (CNAM) à hauteur de 0,7 milliard d'euros, en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

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 de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir

La présente annexe décrit l'évolution des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse pour la période 2022-2025.

La crise sanitaire et économique sans précédent a conduit à dégrader fortement les comptes sociaux en 2020 et 2021. Cette dégradation relève en premier lieu de l'effondrement de l'activité économique en 2020 et du surcroît de dépenses occasionné par la crise sanitaire, mais aussi de mesures pérennes visant à rénover le système de soins, dans le cadre du Ségur de la santé, et à renforcer les politiques de soutien à l'autonomie.

La reprise de l'activité économique, marquée à compter de 2021, est venue soutenir les recettes des régimes de sécurité sociale et améliorer leur situation financière par rapport à 2020. L'économie ayant mieux résisté que prévu à la crise sanitaire et économique, les prévisions financières sont améliorées à moyen terme par rapport à celles de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 (I). Les comptes de la sécurité sociale demeureront toutefois fortement dégradés à moyen terme, sous l'effet de recettes durablement affectées par la crise et d'une hausse des dépenses de la branche d'assurance maladie, que celles-ci soient ponctuelles, pour faire face à la crise sanitaire, ou structurelles (II). Au total, les branches d'assurance vieillesse et surtout d'assurance maladie seraient dans une situation de déficits élevés durant les années à venir, alors que la branche Famille et la branche Accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) dégageront des excédents croissants dès 2021 à la faveur de la reprise économique. Enfin, la nouvelle branche Autonomie présenterait une trajectoire excédentaire à moyen terme, reflétant le surcroît de recettes de contribution sociale généralisée (CSG) apporté en 2024. Ses dépenses seraient dynamiques sur toute la période, sous l'effet de la mise en œuvre

des mesures relatives à l'autonomie prévues par la présente loi de financement de la sécurité sociale (III).

I. – Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 repose sur un scénario de net rebond de l'économie dès 2021, qui se poursuivrait en 2022

Dans un contexte épidémique qui tend à s'améliorer et au vu de l'orientation positive des indicateurs de conjoncture économique, le Gouvernement a révisé à la hausse les hypothèses de rebond du produit intérieur brut (PIB) en volume en 2021 d'un quart de point, le portant à 6,25 % en cours d'examen des textes financiers au Parlement, contre 6,0 % dans le projet initial. Cette révision a été intégrée au second projet de loi de finances rectificative pour 2021 déposé le 3 novembre. La prévision de croissance pour 2022 s'établit à +4,0 %, puis les perspectives pluriannuelles anticipent un retour progressif de la croissance vers son niveau potentiel. Celle-ci atteindrait 1,6 % en 2023 avant de revenir durablement à 1,4 %.

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 :

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
PIB en volume	1,4 %	-7,9 %	6,25 %	4,0 %	1,6 %	1,4 %	1,4 %
Masse salariale privée* ..	3,1 %	-5,7 %	7,2 %	5,9 %	4,0 %	3,6 %	3,5 %
Inflation hors tabac	0,9 %	0,2 %	1,4 %	1,5 %	1,5 %	1,6 %	1,75 %
ONDAM	2,6 %	9,4 %	8,2 %	-1,0 %	2,4 %	2,3 %	2,3 %
ONDAM hors covid	2,6 %	3,3 %	6,8 %	3,8 %	2,4 %	2,3 %	2,3 %

* La masse salariale du secteur privé soumise à cotisations (hors prime exceptionnelle de pouvoir d'achat versée en 2021) progresserait de 6,4 % en 2022.

La masse salariale du secteur privé, principal déterminant de la progression des recettes du régime général, a été revue à la hausse depuis le texte initial compte tenu des derniers indicateurs disponibles : la prévision s'établit dorénavant à +7,2 % en 2021, soit un point de plus que prévu dans le texte initial du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022. En 2022, elle ralentirait légèrement (+5,9 % contre +6,1 % prévu dans le texte initial). À l'horizon 2025, elle progresserait de 3,5 %. L'inflation augmenterait progressivement, avec un effet à la hausse sur les salaires nominaux. L'inflation prévisionnelle n'a pas été révisée depuis le dépôt du texte initial.

La trajectoire présentée dans la présente annexe repose, à titre conservatoire, sur une convention « hors mesures nouvelles » en économies ou en dépenses, ainsi que le prévoit la loi organique. De la même manière, la trajectoire de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) prolonge celle de la dernière loi de programmation des finances publiques à partir de 2023, soit 2,4 % de progression annuelle hors dépenses programmées dans le cadre du Ségur de la santé. Les dépenses de soutien à l'investissement des établissements de santé et médico-sociaux du Ségur diminuant à compter de 2024, l'évolution de l'ONDAM après Ségur devrait s'élever à 2,3 % en 2024 et 2025.

Le Haut Conseil des finances publiques (HCFP) a publié le 3 novembre 2021 son avis sur le deuxième projet de loi de finances rectificative pour l'année 2022 et la révision des projets de lois de finances et de financement de la sécurité sociale pour l'année 2022. Il estime que la prévision de croissance pour 2021 actualisée du Gouvernement (révision de la prévision de croissance en volume d'un quart de point, la portant à 6,25 %) ainsi que les prévisions de l'emploi et de la masse salariale pour 2021 et 2022 demeurent prudentes.

II. – La trajectoire financière tient compte des conséquences de la dégradation marquée des recettes de la sécurité sociale en raison de la crise, ainsi que de dépenses nouvelles d'assurance maladie pour répondre de manière exceptionnelle à la crise et adapter structurellement le système de santé

Comme lors de la crise économique et financière de 2008-2009, la sécurité sociale a joué un rôle majeur d'amortisseur économique et social, tant en matière de prélèvements que de dépenses. Majoritairement proportionnelles au niveau d'activité, les recettes se sont fortement contractées alors que les secondes se sont maintenues s'agissant des prestations Retraite et Famille, dont les déterminants ne sont pas affectés par la crise, et ont fortement progressé pour ce qui concerne la branche Maladie.

La diminution de l'activité économique s'est traduite par une baisse massive des prélèvements sociaux et des recettes fiscales perçus par la sécurité sociale en 2020. En effet, les ressources de la sécurité sociale proviennent pour une large part des revenus d'activité, qui ont régressé du fait de la crise. En outre, les mesures prises pour endiguer celle-ci et le ralentissement marqué de l'activité économique ont conduit de nombreuses entreprises à placer leurs salariés en activité partielle, dont l'indemnité est exonérée de cotisations sociales et seulement soumise, comme les allocations de chômage et en tant que revenu de remplacement, à un taux de CSG réduit. Ainsi, le recours à l'activité partielle, massif au cours du deuxième trimestre 2020 et encore élevé au cours des mois suivants, associé

aux pertes d'emploi consécutives à la crise, a entraîné une forte contraction de la masse salariale privée cotisée (-5,7 % sur l'année) et, par conséquent, des recettes de cotisations et de la CSG. Pour préserver l'activité économique et l'emploi, le Gouvernement a mis en place un ensemble de mesures pour soutenir les entreprises et les travailleurs indépendants, qui incluent des dispositifs d'exonérations et d'aide au paiement des cotisations et contributions sociales en faveur des secteurs les plus touchés par la crise, compensés à la sécurité sociale par l'État.

Au total, les recettes du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) se sont repliées de 2,9 % en 2020, les fortes baisses sur les revenus d'activité étant quelque peu compensées par l'augmentation des recettes sur les revenus de remplacement (augmentation des indemnités journalières) et par le versement à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) de la soulte des industries électriques et gazières gérée par le Fonds de réserve pour les retraites (FRR), décidée par la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, pour un montant de 5,0 milliards d'euros

En 2021, le dynamisme retrouvé des recettes peinerait à couvrir les dépenses supplémentaires dues à la poursuite de la crise sanitaire et aux mesures nouvelles du Ségur de la santé. Le déficit du régime général et du FSV se résorberait de 5,2 milliards d'euros, soit une prévision de déficit de -33,5 milliards d'euros. Les recettes connaîtraient un rebond sous l'effet de la reprise économique, soutenue par les mesures de soutien aux entreprises et par le plan de relance. Les cotisations sociales du secteur privé et la CSG augmenteraient fortement, tirées par le dynamisme attendu de la masse salariale soumise à cotisations du secteur (+7,2 %). Au total, les recettes du régime général et du FSV augmenteraient de 7,3 % à périmètre constant.

S'agissant des dépenses, celles de la branche Maladie ont été très fortement affectées par la crise sanitaire et leur dynamisme se poursuit au delà de celle-ci, compte tenu des décisions plus structurelles décidées dans le cadre du Ségur de la santé. Ainsi, l'ONDAM a progressé de 9,4 % en 2020 et progresserait encore de 8,2 % en 2021.

En 2022, le déficit du régime général et du FSV atteindrait 20,4 milliards d'euros, en très nette amélioration par rapport à 2021 (+13,1 milliards d'euros). Les dépenses nettes consolidées du régime général et du FSV ne progresseraient que de 0,6 %, sous l'effet notamment de la forte baisse des dépenses sanitaires directement liées à la covid. Parallèlement, les recettes du régime général et du FSV croîtraient de 3,7 %, soutenues par le rebond de la masse salariale du secteur privé (+5,9 %) qui entraînerait une hausse des cotisations sociales

et de la CSG (+4,8 %). Enfin, l'ensemble des impôts, taxes et contributions sociales hors CSG progresserait de 2,2 %, soit un rythme inférieur à celui du PIB, en raison de la fin de l'effet favorable temporaire des mesures de restriction de déplacement sur le rendement des taxes sur les tabacs et de la non-reconduction de la contribution exceptionnelle des organismes d'assurance maladie complémentaire (0,5 milliard d'euros en 2021), visant à prendre en charge une partie des dépenses auxquelles l'assurance maladie obligatoire fait face dans le cadre de la gestion de l'épidémie.

Dans les projections pluriannuelles, la progression des dépenses serait proche ou légèrement inférieure à celle de l'activité à compter de 2023, hormis pour les prestations vieillesse, tirées par la reprise de l'inflation.

En 2023, le déficit du régime général et du FSV poursuivrait son redressement, à 13,3 milliards d'euros. Les recettes (+3,3 %) seraient encore dynamiques du fait de la conjoncture économique (croissance de 1,6 %), à l'image des cotisations sociales qui croîtraient de 3,6 %. À partir de 2023, l'évolution des dépenses ne serait plus liée à la crise sanitaire, ni portée par la montée en charge des revalorisations du Ségur : les dépenses retrouveraient un rythme lié à la démographie et au niveau des revalorisations annuelles. Aussi, les prestations de retraite progresseraient d'environ 2,0 % par an en volume et les prestations familiales croîtraient à un rythme proche de celui de l'inflation.

En 2024, les recettes progresseraient légèrement moins rapidement, en lien avec le ralentissement de la masse salariale, alors que les dépenses suivraient les mêmes déterminants qu'en 2023. En conséquence, le solde du régime général et du FSV se porterait à -11,2 milliards d'euros, en amélioration de 2,2 milliards d'euros. En 2025, le solde serait stable (-11,1 milliards d'euros), les recettes n'accéléraient plus alors que les dépenses seraient tirées à la hausse par la progression de l'inflation.

III. – D'ici 2025, les branches du régime général connaîtraient des évolutions très différenciées, marquées par les effets de la crise

La branche Maladie connaît une évolution structurante en 2021 du fait de la création de la branche Autonomie qui est notamment chargée de dépenses de prestations dont elle assurait jusqu'à présent le financement. De ce fait, le périmètre de ses dépenses se réduit de 25,9 milliards d'euros à ce titre, soit d'environ 10 %. À l'inverse, le niveau des dépenses structurelles de la branche Maladie s'accroît en raison des revalorisations salariales décidées dans le cadre du Ségur de la santé (plus de 10 milliards d'euros à

l'horizon 2023 qui sont à la charge de la branche Maladie et de la branche Autonomie).

Après la forte évolution de la structure du financement de l'assurance maladie en 2019 (suppression de 6 points de cotisations d'assurance maladie sur les rémunérations salariées inférieures à 2,5 SMIC, compensation de l'affectation d'une fraction de la CSG sur les revenus d'activité, part de la taxe sur la valeur ajoutée portée en contrepartie à 28 % des ressources de la branche Maladie), la création de la branche Autonomie en modifie à nouveau la structure. En effet, la branche Autonomie est dorénavant affectataire de ressources de CSG portant sur l'ensemble des revenus soumis à cette contribution, principalement en provenance de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), pour un montant correspondant aux dépenses transférées. La CSG affectée à la branche Maladie se réduira donc de 26,0 milliards d'euros. De ce fait, la CSG, qui représentait 45 % des ressources de la branche Maladie en 2018, avant qu'une fraction soit affectée à l'assurance chômage, pèsera désormais moins du quart de ses recettes totales.

La trajectoire pluriannuelle de l'ONDAM au delà de 2022 conserve les hypothèses de progression prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, hors Ségur de la santé. Aucune mesure nouvelle n'étant prévue en dépenses ou en recettes, la branche Maladie resterait déficitaire de 13,7 milliards d'euros en 2025.

La branche Autonomie est affectataire, à compter de 2021, d'une nouvelle recette de CSG, à hauteur de 1,93 point, portant sur l'ensemble des revenus soumis à cette contribution (28,6 milliards d'euros) et d'une fraction de taxe sur les salaires (0,6 milliard d'euros). Cette dernière vise à neutraliser, pour la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), la charge que représente le risque de non-recouvrement de ses nouvelles recettes de CSG ainsi que sa contribution au fonds national de gestion administrative de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

Au total, les recettes de la branche Autonomie s'élèveront à 32,0 milliards d'euros, soit un niveau proche des besoins de financement de la branche (32,4 milliards d'euros) incluant les mesures nouvelles liées à la mise en place du Ségur de la santé dans le secteur médico-social (impact de 2,3 milliards d'euros en 2021 au titre des revalorisations salariales en établissements et à domicile et de l'investissement) visant à renforcer l'attractivité et la reconnaissance des métiers du médico-social.

En 2022, le déficit de la CNSA se creuserait, en dépit de recettes très dynamiques (+4,5 %). En effet, l'extension des mesures de revalorisation

salariale du Ségur de la santé aux personnels des établissements accueillant des personnes en situation de handicap (accords « Laforcade ») aura un effet important sur ses dépenses. De plus, la refonte du financement des services d'aide à domicile dans le cadre du virage domiciliaire, notamment *via* l'application de tarifs plancher et l'introduction, par amendement à l'Assemblée nationale, d'une dotation complémentaire valorisant des actions de qualité des prises en charge contribueraient aussi à la hausse des dépenses, ainsi que le financement des revalorisations des personnels soignants des foyers et établissements du handicap financés par les départements, qui s'établirait à 5,6 %. Enfin, la CNSA financera la prestation de compensation du handicap (PCH) parentalité à partir de 2022, dépense pour laquelle elle bénéficiera d'un transfert en provenance de la branche Famille et qui sera donc sans impact sur son solde.

La trajectoire en dépenses de la branche Autonomie pour 2023-2025 est en partie conventionnelle s'agissant de l'évolution des dépenses des établissements et services médico-sociaux (l'objectif global de dépenses, composante de l'ONDAM, progresserait de 2,6 % par an). Elle intègre en revanche les mesures nouvelles de la présente loi en faveur du financement des services d'aide à domicile, y compris la dotation qualité (dépenses hors ONDAM) et la montée en charge des dépenses liées au plan d'aide à l'investissement dans les établissements médico-sociaux, pour une dépense totale de 2,1 milliards d'euros entre 2021 et 2025.

En 2024, la fraction de CSG affectée à cette branche sera augmentée de 0,15 point supplémentaire (actuellement affecté à la Caisse d'amortissement de la dette sociale), conformément à la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 sur la dette sociale et l'autonomie. La CNSA afficherait alors un excédent de 1,1 milliard d'euros puis de 1,2 milliard d'euros en 2025 après prise en compte de la montée en charge des mesures nouvelles proposées par la présente loi.

S'agissant de **la branche Accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP)**, la présente loi prévoit une hausse de 0,1 milliard d'euros du transfert à la branche Maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail, sur la base de l'avis de la commission chargée de l'évaluation de la sous-déclaration des AT-MP, qui, dans le cadre de son rapport de 2021, s'est fondée sur les dernières données épidémiologiques pour proposer une évolution de ce montant. L'excédent de la branche doublerait en 2022 (1,4 milliard d'euros après 0,7 milliard d'euros prévus en 2021). À l'horizon 2025, la progression de ses dépenses serait contenue par la baisse tendancielle liée à la prise en

charge de l'amiante, alors que ses recettes bénéficieraient de la conjoncture économique favorable. Son excédent serait croissant jusqu'en 2025.

Le déficit de la branche Vieillesse du régime général se résorberait de 0,7 milliard d'euros en 2021 (-3,0 milliards d'euros), alors même qu'elle ne bénéficiera plus du versement exceptionnel de la soulte des industries électriques et gazières (IEG) (5 milliards d'euros en 2020). Les dépenses de la CNAV accélèreraient légèrement et ses recettes progresseraient de 3,6 % (7,5 % en neutralisant le versement de la soulte).

En 2022, son solde s'améliorerait de 1,1 milliard d'euros malgré des prestations tirées par une revalorisation plus forte (1,1 % prévu après 0,4 % en 2021) cohérente avec les perspectives d'inflation, les recettes bénéficiant de l'amélioration de la conjoncture.

À moyen terme, les dépenses croîtraient à un rythme supérieur à celui des recettes, notamment du fait de la plus forte inflation à compter de 2022 et de la démographie qui conduit à une progression des dépenses hors revalorisation proche de 2,0 % par an. En conséquence, le déficit de la branche vieillesse du régime général s'élèverait à 6,4 milliards d'euros à horizon 2025 pour le régime général et à 9,0 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base vieillesse et le FSV.

La branche Famille renouerait avec l'excédent dès 2021, à hauteur de 1,4 milliard d'euros. Au titre de l'année 2022, une fraction de taxe sur les salaires sera transférée à la branche Maladie afin de compenser le coût lié aux indemnités journalières dérogatoires pour garde d'enfants (1,0 milliard d'euros) supportées par cette dernière.

L'excédent s'améliorerait encore en 2022, et serait porté à 1,9 milliard d'euros, malgré la fin de montée en charge de la réforme du congé paternité (allongé de onze à vingt-cinq jours à compter du 1^{er} juillet 2021). Au vu de la démographie récente et de la baisse des naissances constatées ces dernières années, la dynamique des dépenses de la branche est à court terme avant tout liée à l'évolution de l'inflation. À l'horizon 2025, son excédent croîtrait, atteignant 5,7 milliards d'euros, les produits progressant globalement à un rythme proche de celui attendu de la masse salariale du secteur privé.

Prévisions des recettes, dépenses et soldes du régime général, de l'ensemble des régimes de base et du FSV

Recettes, dépenses et soldes du régime général

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020	2021 (p)	2022 (p)	2023 (p)	2024 (p)	2025 (p)
Maladie								
Recettes	210,8	215,2	208,3	202,4	209,5	215,3	220,1	225,6
Dépenses	211,5	216,6	238,8	232,1	228,6	228,3	233,8	239,2
Solde	-0,7	-1,5	-30,4	-29,7	-19,1	-13,0	-13,7	-13,7
Accidents du travail et maladies professionnelles								
Recettes	12,7	13,2	12,1	13,2	14,1	14,7	15,2	15,8
Dépenses	12,0	12,2	12,3	12,5	12,7	13,0	13,0	13,2
Solde	0,7	1,0	-0,2	0,7	1,4	1,7	2,2	2,6
Famille								
Recettes	50,4	51,4	48,2	50,8	51,6	54,3	55,9	57,5
Dépenses	49,9	49,9	50,0	49,4	49,7	50,5	51,1	51,9
Solde	0,5	1,5	-1,8	1,4	1,9	3,8	4,8	5,7
Vieillesse								
Recettes	133,8	135,7	135,9	140,8	145,9	150,0	154,5	158,7
Dépenses	133,6	137,1	139,6	143,7	147,8	153,4	159,2	165,1
Solde	0,2	-1,4	-3,7	-3,0	-1,9	-3,5	-4,7	-6,4
Autonomie								
Recettes				32,0	33,4	34,3	37,8	38,7
Dépenses				32,4	34,4	35,5	36,7	37,5
Solde				-0,5	-1,1	-1,2	1,1	1,2
Régime général consolidé								
Recettes	394,6	402,4	391,6	425,4	440,3	454,2	468,9	481,8
Dépenses	394,1	402,8	427,8	456,4	459,0	466,3	479,2	491,4
Solde	0,5	-0,4	-36,2	-31,0	-18,7	-12,2	-10,3	-10,6

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

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020	2021 (p)	2022 (p)	2023 (p)	2024 (p)	2025 (p)
Maladie								
Recettes	212,3	216,6	209,8	203,9	211,0	216,8	221,5	227,0
Dépenses	213,1	218,1	240,2	233,6	230,1	229,8	235,3	240,7
Solde	-0,8	-1,5	-30,5	-39,7	-19,1	-13,0	-13,7	-13,7
Accidents du travail et maladies professionnelles								
Recettes	14,1	14,7	13,5	14,7	15,6	16,3	16,8	17,3
Dépenses	13,4	13,6	13,6	13,9	14,1	14,5	14,5	14,7
Solde	0,7	1,1	-0,1	0,8	1,5	1,8	2,3	2,7
Famille								
Recettes	50,4	51,4	48,2	50,8	51,6	54,3	55,8	57,5
Dépenses	49,9	49,9	50,0	49,4	49,7	50,5	51,1	51,9
Solde	0,5	1,5	-1,8	1,4	1,9	3,8	4,8	5,7
Vieillesse								
Recettes	236,6	240,0	241,2	247,2	253,6	259,7	266,2	273,1
Dépenses	236,7	241,3	246,1	250,4	256,6	264,6	272,8	281,6
Solde	-0,1	-1,3	-4,9	-3,3	-3,0	-5,0	-6,6	-8,5
Autonomie								
Recettes				32,0	33,4	34,3	37,8	38,7
Dépenses				32,4	34,4	35,5	36,7	37,5
Solde				-0,5	-1,1	-1,2	1,1	1,2
Régimes obligatoires de base consolidés								
Recettes	499,9	509,1	499,3	534,2	550,5	566,4	583,2	598,7
Dépenses	499,5	509,3	536,6	565,5	570,2	580,0	595,3	611,4
Solde	0,3	-0,2	-37,3	-31,2	-19,7	-13,6	-12,1	-12,6

Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020	2021 (p)	2022 (p)	2023 (p)	2024 (p)	2025 (p)
Recettes	17,2	17,2	16,7	17,2	17,9	18,6	19,1	19,7
Dépenses	19,0	18,8	19,1	19,7	19,6	19,7	20,0	20,3
Solde	-1,8	-1,6	-2,5	-2,5	-1,7	-1,2	-0,9	-0,5

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

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020	2021 (p)	2022 (p)	2023 (p)	2024 (p)	2025 (p)
Recettes	394,6	402,6	390,8	424,5	440,2	454,7	469,7	482,9
Dépenses	395,8	404,5	429,4	458	460,6	468,0	480,9	494,1
Solde	-1,2	-1,9	-38,7	-33,5	-20,4	-13,3	-11,2	-11,1

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

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020	2021 (p)	2022 (p)	2023 (p)	2024 (p)	2025 (p)
Recettes	498,6	508,0	497,2	532,1	549,2	565,6	582,7	598,6
Dépenses	500,0	509,7	537,0	565,8	570,6	580,4	595,7	611,7
Solde	-1,4	-1,7	-39,7	-33,7	-21,4	-14,7	-12,9	-13,2

ANNEXE C

État des recettes, par catégorie et par branche, des régimes obligatoires de base et du régime général ainsi que des recettes, par catégorie, des organismes concourant au financement de ces régimes

I. – Régimes obligatoires de base

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail et maladies profession- nelles	Autonomie	Régimes de base	Fonds de solidarité vieillesse	Régimes de base et Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives	78,6	146,6	32,5	14,8	0,0	270,7	0,0	270,7
Cotisations prises en charge par l'État	2,1	3,2	0,7	0,1	0,0	6,2	0,0	6,2
Cotisations fictives d'employeur	0,4	42,9	0,0	0,3	0,0	43,7	0,0	43,7
Contribution sociale généralisée	49,2	0,0	12,7	0,0	29,3	91,0	18,1	109,1
Impôts, taxes et autres contributions sociales....	70,4	22,4	4,8	0,0	3,7	101,3	0,0	101,3
Charges liées au non-recouvrement	-0,7	-0,7	-0,1	-0,2	-0,2	-1,9	-0,1	-2,1
Transferts	3,2	38,6	0,2	0,1	0,6	30,0	0,0	10,8
Produits financiers	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2
Autres produits.....	7,6	0,5	0,8	0,4	0,0	9,3	0,0	9,3
Recettes	211,0	253,6	51,6	15,6	33,4	550,5	17,9	549,2

II. – Régime général

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail et maladies profession- nelles	Autonomie	Régime général	Fonds de solidarité vieillesse	Régime général et Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives	77,8	95,6	32,5	13,8	0,0	218,0	0,0	218,0
Cotisations prises en charge par l'État	2,1	2,9	0,7	0,1	0,0	5,9	0,0	5,9
Cotisations fictives d'employeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée	49,2	0,0	12,7	0,0	29,3	91,0	18,1	109,0
Impôts, taxes et autres contributions sociales	70,4	18,0	4,8	0,0	3,7	96,9	0,0	96,9
Charges liées au non-recouvrement.....	-0,7	-0,6	-0,1	-0,2	-0,2	-1,8	-0,1	-1,9
Transferts.....	3,2	29,6	0,2	0,0	0,6	21,4	0,0	3,4
Produits financiers.....	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Autres produits.....	7,3	0,3	0,8	0,4	0,0	8,8	0,0	8,8
Recettes	209,5	145,9	51,6	14,1	33,4	440,3	17,9	440,2

(AN 1) III. – Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives	0,0
Cotisations prises en charge par l'État	0,0
Cotisations fictives d'employeur	0,0
Contribution sociale généralisée	18,1
Impôts, taxes et autres contributions sociales	0,0
Charges liées au non-recouvrement	-0,1
Transferts.....	0,0
Produits financiers.....	0,0
Autres produits.....	0,0
Recettes	17,9

*Vu pour être annexé au projet de loi
adopté par l'Assemblée nationale le 29 novembre 2021.*

Le Président,
Signé : RICHARD FERRAND



ISSN 1240 - 8468

Imprimé par l'Assemblée nationale