

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

XVI^e Législature

SESSION ORDINAIRE DE 2022-2023

Séance(s) du vendredi 25 novembre 2022

Articles, amendements et annexes



70^e séance

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2023

Texte sur lequel le Gouvernement engage sa responsabilité en application de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution

QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2023

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

CHAPITRE I^{ER}

RENFORCER LES ACTIONS DE PRÉVENTION EN SANTÉ

Article 16 (Conforme)

Article 16 bis

- ① Le premier alinéa du IV de l'article 96 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 est ainsi modifié :
- ② 1° A Après le mot : « dérogation », sont insérés les mots : « au second alinéa du II de l'article L. 613-7 et » ;
- ③ 1° Après la référence : « L. 622-1, », sont insérées les références : « L. 622-2, L. 623-1, » ;
- ④ 2° Les mots : « 2020 et 2021 » sont remplacés par les mots : « 2020, 2021 et 2022 ».

Article 17

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Au deuxième alinéa de l'article L. 1411-6, le mot : « périodiques » est supprimé ;
- ③ 2° Après l'article L. 1411-6-1, il est inséré un article L. 1411-6-2 ainsi rédigé :

- ④ « Art. L. 1411-6-2. – Tous les adultes de dix-huit ans ou plus bénéficient de mesures de prévention sanitaire et sociale qui comportent notamment des consultations de prévention. Ces consultations ont pour objectifs de prévenir les risques pour la santé associés à l'âge, au sexe ou au mode de vie, de promouvoir les comportements favorables à la santé et de repérer les violences sexistes et sexuelles. Elles ne peuvent être réalisées par télémédecine.
- ⑤ « Le nombre, le contenu et les occurrences de ces consultations sont fixés par voie réglementaire après avis du Haut Conseil de la santé publique. » ;
- ⑥ 3° L'article L. 1411-7 est ainsi modifié :
- ⑦ a) À la fin du 1°, les mots : « à l'article L. 1411-6 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 1411-6 et L. 1411-6-2 » ;
- ⑧ b) Il est ajouté un 6° ainsi rédigé :
- ⑨ « 6° Le nombre et les occurrences des consultations de prévention mentionnées à l'article L. 1411-6-2. » ;
- ⑩ 4° L'article L. 1411-8 est ainsi modifié :
- ⑪ a) Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ⑫ – la première phrase est complétée par les mots : « et aux consultations de prévention mentionnées à l'article L. 1411-6-2 » ;
- ⑬ – la seconde phrase est complétée par les mots : « et consultations » ;
- ⑭ b) Au troisième alinéa, le mot : « périodiques » est supprimé et les mots : « à l'article L. 1411-6 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 1411-6 et L. 1411-6-2 ».
- ⑮ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑯ 1° Au 5° de l'article L. 160-8, les mots : « à l'article L. 1411-6 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 1411-6 et L. 1411-6-2 » ;
- ⑰ 2° L'article L. 160-14 est ainsi modifié :
- ⑱ a) À la fin du 16°, les mots : « et à une unique consultation de prévention pour les personnes de plus de soixante-dix ans » sont supprimés ;

19) *b)* Après le mot : « prévention », la fin du 24° est ainsi rédigée : « des cancers et des addictions, pour les assurés dont l'âge est compris entre vingt et vingt-cinq ans inclus ; »

20) 3° 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. » ;

21) 4° L'article L. 162-2-3 est ainsi modifié :

22) *a)* Le premier alinéa est ainsi rédigé :

23) « Dans le cadre de ses missions de prévention, 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. » ;

24) *b)* Après le mot : « maladie », la fin de la dernière phrase du second alinéa est ainsi rédigée : « ou directement par ses agents dûment habilités. » ;

25) *c)* Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

26) « 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.

27) « 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. »

Articles 18 et 18 bis (Conformes)

Article 19

1) I. – L'article L. 5134-1 du code de la santé publique est complété par un IV ainsi rédigé :

2) « IV. – Le remboursement ou la prise en charge par les organismes de sécurité sociale des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence, dispensés en officine et inscrits sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du même code n'est pas subordonné à leur prescription. »

3) II et III. – (*Non modifiés*)

Article 20

1) I et II. – (*Non modifiés*)

2) III. – Le présent article ne s'applique pas aux personnes mineures de moins de seize ans.

Article 20 bis

Le deuxième alinéa de l'article 71 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale est complété par les mots : « , au plus tard au 31 décembre 2023 ».

CHAPITRE II

RENFORCER L'ACCÈS AUX SOINS

Article 21 (Conforme)

Article 21 bis

1) À la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale, après le mot : « tenu », sont insérés les mots : « de la situation individuelle du patient, ».

Article 22

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

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

3) *a)* Le I est complété par des 8° et 9° ainsi rédigés :

4) « 8° Le cas échéant, les conditions à remplir par les professionnels de santé pour être conventionnés, relatives à leur formation, à leur expérience et aux zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ;

5) « 9° Le cas échéant, les conditions de participation à la couverture des besoins de santé dans les zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé en application du même article L. 1434-4. » ;

6) *b)* (*Supprimé*)

7) 1° *bis* Après le mot : « tôt », la fin du I de l'article L. 162-14-1-1 est ainsi rédigée : « lors de l'entrée en vigueur d'une loi de financement de la sécurité sociale tenant compte de ses conséquences sur la trajectoire des dépenses d'assurance maladie. » ;

8) 2° (*Supprimé*)

9) 3° Le troisième alinéa de l'article L. 162-14-3 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ce délai n'est pas applicable lorsque l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire a refusé de participer à la négociation. » ;

10) 4° L'article L. 162-15 est ainsi modifié :

- 11) *aa)* La seconde phrase du deuxième alinéa est complétée par les mots : « ou lorsque leur incidence financière s'écarte de manière excessive de la trajectoire de dépenses d'assurance maladie votée en loi de financement de la sécurité sociale » ;
- 12) *a)* Les quatrième et cinquième alinéas sont ainsi rédigés :
- 13) « Une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national, au sens de l'article L. 162-33, réunissant la majorité des suffrages exprimés, dans chacun des collèges, lors des élections à l'union régionale des professionnels de santé regroupant les médecins peuvent former opposition à l'encontre d'une convention ou d'un accord prévu à la section 1 du présent chapitre.
- 14) « Une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national, au sens de l'article L. 162-33, réunissant la majorité des suffrages exprimés lors des élections aux unions régionales des professionnels de santé prévues à l'article L. 4031-2 du code de la santé publique peuvent former opposition à l'encontre d'une convention ou d'un accord prévu aux sections 2 et 3 du présent chapitre, de l'accord-cadre prévu à l'article L. 162-1-13 et des accords conventionnels interprofessionnels prévus à l'article L. 162-14-1. » ;
- 15) *b)* Au sixième alinéa, les mots : « fait obstacle à la mise en œuvre de la convention ou de l'accord si elle est formée » sont remplacés par les mots : « ne peut être formée que » ;
- 16) *c)* Après le même sixième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- 17) « L'opposition prévue aux quatrième à sixième alinéas du présent article ne peut être formée que par une organisation qui n'a pas signé la convention, l'accord ou l'avenant concerné. L'opposition fait obstacle à sa mise en œuvre. » ;
- 18) 5° L'article L. 162-16-1 est ainsi modifié :
- 19) *a)* Après le mot : « réalisation », la fin de la première phrase du 7° *bis* est ainsi rédigée : « de bilans de médication ou d'entretiens d'accompagnement d'un assuré. » ;
- 20) *b)* Le 8° est ainsi modifié :
- 21) – la première phrase est ainsi rédigée : « Les rémunérations, autres que celles des marges prévues au même article L. 162-38, versées par l'assurance maladie en fonction de l'activité du pharmacien, évaluée au regard d'indicateurs et d'objectifs fixés conventionnellement. » ;
- 22) – à la deuxième phrase, le mot : « engagements » est remplacé par le mot : « derniers » et les mots : « atteints de pathologies chroniques » sont supprimés ;
- 23) *c)* À la seconde phrase du 15°, les mots : « entretien d'accompagnement d'un patient atteint d'une pathologie chronique » sont remplacés par les mots : « d'un premier entretien d'accompagnement » ;
- 24) *d)* À la fin de la première phrase du 16°, les mots : « de diagnostic rapide » sont supprimés ;
- 25) *e)* Après le même 16°, sont insérés des 17° à 19° ainsi rédigés :
- 26) « 17° Les modes de rémunération et les montants afférents dus au pharmacien qui participe au programme de dépistage organisé du cancer colorectal ;
- 27) « 18° La rémunération, dans la limite d'un plafond fixé conventionnellement, due au pharmacien qui dispense des médicaments au domicile d'un patient dans le cadre de l'un des programmes de retour à domicile mis en place par l'assurance maladie ;
- 28) « 19° La rémunération, dans la limite d'un plafond fixé conventionnellement, lorsque le pharmacien délivre des médicaments à l'unité dans les conditions mentionnées à l'article L. 5123-8 du code de la santé publique ou dans le cadre du régime applicable aux médicaments classés comme stupéfiants mentionnés à l'article L. 5132-7 du même code. » ;
- 29) *f)* Le vingt et unième alinéa est supprimé ;
- 30) *f bis)* Après le mot : « têt », la fin de l'antépénultième alinéa est ainsi rédigée : « lors de l'entrée en vigueur d'une loi de financement de la sécurité sociale tenant compte de ses conséquences sur la trajectoire des dépenses d'assurance maladie. » ;
- 31) *f ter)* La seconde phrase du vingt-deuxième alinéa est complétée par les mots : « ou lorsque leur incidence financière s'écarte de manière excessive de la trajectoire de dépenses d'assurance maladie votée en loi de financement de la sécurité sociale » ;
- 32) *g)* À la première phrase de l'avant-dernier alinéa, les mots : « et aux 13° à 16° » sont remplacés par les mots : « , au 11° et aux 13° à 19° » ;
- 33) 6° L'article L. 162-16-7 est ainsi modifié :
- 34) *a)* Les deux premiers alinéas sont supprimés ;
- 35) *b)* À la seconde phrase du dernier alinéa, les mots : « cas pour lesquels » sont remplacés par les mots : « situations médicales pour lesquelles » ;
- 36) 7° Au 4° de l'article L. 161-36-4 et au septième alinéa de l'article L. 861-3, les mots : « au dernier alinéa de » sont remplacés par le mot : « à ».
- 37) II. – (*Supprimé*)
- Article 22 bis**
- 1) I. – (*Non modifié*)
- 2) II. – Les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation mentionnée au I du présent article sont déterminées par un décret pris après avis de la Haute Autorité de santé, du Conseil national de l'Ordre des médecins et du Conseil national de l'Ordre des infirmiers. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires participant à cette expérimentation, dans la limite de six régions.
- 3) III. – (*Non modifié*)

Article 23

- ① I. – Le premier alinéa du II de l'article L. 632-2 du code de l'éducation est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :
- ② « II. – La durée du troisième cycle des études de médecine, fixée par le décret mentionné au III en fonction des spécialités, est d'au moins quatre années.
- ③ « La quatrième année du troisième cycle de médecine générale est intégralement effectuée en stage en pratique ambulatoire dans des lieux agréés. Les stages ainsi effectués le sont sous un régime d'autonomie supervisée et en priorité dans les zones mentionnées au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique de la région à laquelle appartient la subdivision territoriale de l'étudiant. »
- ④ I *bis*. – Le III de l'article L. 632-2 du code de l'éducation est complété par un 9^o ainsi rédigé :
- ⑤ « 9^o Par dérogation à l'article L. 632-5, les modalités de rémunération propres aux étudiants de la quatrième année de troisième cycle de médecine générale. »
- ⑥ II. – Le I du présent article n'est pas applicable aux étudiants qui, à la date de publication de la présente loi, avaient débuté le troisième cycle des études de médecine.

Article 24

- ① I A. – (*Supprimé*)
- ② I et II. – (*Non modifiés*)

**Articles 24 bis et 24 ter
(Supprimés)****Article 24 quater**

- ① I. – À titre expérimental, pour une durée de trois ans, l'État peut autoriser les agences régionales de santé à organiser, selon des modalités arrêtées conjointement avec les conseils de l'ordre des médecins territorialement compétents, des consultations de médecins généralistes ou spécialistes dans les zones mentionnées au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, dans un lieu différent du lieu d'exercice habituel de ces médecins. Le financement est assuré par l'assurance maladie selon les tarifs de droit commun.
- ② II. – Un décret détermine les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation mentionnée au I du présent article. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires participant à cette expérimentation, dans la limite de six régions dont un territoire ultramarin.
- ③ III. – (*Non modifié*)

Article 25

- ① I. – Le chapitre V du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rétabli :
- ② « CHAPITRE V

③ « MISE À DISPOSITION TEMPORAIRE DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ AUPRÈS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

- ④ « *Art. L. 6115-1.* – Les établissements de santé et les laboratoires de biologie médicale ne peuvent avoir recours, dans le cadre des contrats de mise à disposition qu'ils concluent avec des entreprises de travail temporaire établies en France ou à l'étranger, à des médecins, des chirurgiens-dentistes, de pharmaciens ou des sages-femmes ou des professionnels de santé relevant du livre III de la quatrième partie qu'à la condition que ceux-ci aient exercé leur activité dans un cadre autre qu'un contrat de mission conclu avec une de ces entreprises de travail temporaire pendant une durée minimale au cours des douze derniers mois. Cette durée est appréciée dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État qui tiennent compte des conditions préalables d'exercice de son activité par le professionnel.
- ⑤ « Il appartient aux entreprises de travail temporaire mentionnées au premier alinéa du présent article de vérifier le respect de la condition fixée au même premier alinéa et d'en attester auprès des établissements de santé et des laboratoires de biologie médicale au plus tard lors de la signature du contrat de mise à disposition. Les modalités d'application du présent alinéa sont déterminées par décret en Conseil d'État.

⑥ « Ce décret prévoit les sanctions applicables en cas de manquement constaté à l'interdiction prévue au présent article.

- ⑦ « *Art. L. 6115-2.* – I. – Afin de renforcer la continuité des soins à l'échelle du territoire, les établissements de santé peuvent signaler aux agences régionales de santé un risque anticipé concernant leur capacité à assurer l'intégralité de leur activité programmée et remplir leurs obligations de permanence des soins. Ils indiquent alors les effectifs médicaux et paramédicaux susceptibles de permettre le maintien de ces activités.

⑧ « II. – Les agences régionales de santé peuvent, sur les crédits du fonds d'intervention régional, participer au financement de contrats de missions pour des médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes et des professionnels de santé relevant du livre III de la quatrième partie conclus avec une entreprise de travail temporaire en vue de contribuer à assurer les activités mentionnées au I du présent article. Ces contrats ne peuvent déroger aux conditions prévues à l'article L. 6115-1.**⑨ « Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »****⑩ I bis et II. – (*Non modifiés*)****Article 25 bis A**

- ① Le premier alinéa de l'article L. 6161-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1^o À la première phrase, après le mot : « gestionnaires », sont insérés les mots : « ou de tout organisme, société ou groupe disposant d'un pouvoir prépondérant de décision ou de gestion dans l'établissement, ou de contrôle de celui-ci au sens de l'article L. 233-3 du code de

commerce, ainsi que les structures satellites qui entretiennent des liens juridiques et financiers avec ces établissements, et notamment les sociétés civiles immobilières, » ;

- ③ 2° À la deuxième phrase, après le mot : « santé », sont insérés les mots : « ainsi qu’aux juridictions financières et à l’inspection générale des affaires sociales et à l’inspection générale des finances dans le cadre de leurs contrôles, » ;
- ④ 3° La dernière phrase est complétée par les mots : « , ainsi qu’aux juridictions financières et à l’inspection générale des affaires sociales et à l’inspection générale des finances dans le cadre d’un contrôle de gestion et des comptes qu’elles peuvent exercer sur ces établissements ».

Article 25 bis B

- ① Jusqu’au 31 décembre 2022, les établissements de santé mentionnés à l’article L. 6111-1 du code de la santé publique peuvent bénéficier, par dérogation aux articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale, d’une garantie de financement pour faire face à l’épidémie de covid-19. Le niveau de cette garantie est déterminé en tenant compte du volume d’activité et des recettes perçues antérieurement par chaque établissement, notamment au titre de ses activités. Pendant la période concernée, lorsque les recettes issues de leurs activités sont inférieures au niveau de cette garantie, les établissements bénéficient du versement d’un complément de recettes leur permettant d’atteindre ce niveau.
- ② Les dispositions de droit commun relatives à la tarification des établissements de santé s’appliquent sous réserve, le cas échéant, de l’adaptation des modalités de leur versement et des dispositions du premier alinéa du présent article.
- ③ Les modalités de détermination du périmètre et du niveau de la garantie ainsi que les modalités de son versement et de la répartition entre les régimes des sommes versées aux établissements de santé par les régimes obligatoires d’assurance maladie sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Article 25 bis (Supprimé)

Articles 25 ter et 25 quater (Conformes)

Article 25 quinquies

Au A et à la fin du dernier alinéa du B du IV ainsi qu’à la fin du dernier alinéa du V de l’article 83 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, la date : « 31 décembre 2022 » est remplacée par la date : « 30 juillet 2023 ».

CHAPITRE III

ACCOMPAGNER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET RÉNOVER LE PARCOURS DE SOINS

Article 26

- ① I. – Le I de l’article L. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après le septième alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé :
- ③ « II. – Le directeur général de l’Union nationale des caisses d’assurance maladie peut recueillir chaque année, auprès d’un échantillon représentatif des personnes physiques ou morales exploitant des équipements matériels lourds d’imagerie médicale qu’il constitue, les informations ou documents nécessaires aux études et propositions mentionnées aux 1° à 3° du I.
- ④ « Ce recueil est réalisé de manière à garantir l’absence de divulgation d’informations protégées par le secret mentionné à l’article L. 151-1 du code de commerce.
- ⑤ « L’échantillon représentatif est constitué tous les trois ans par appel à candidatures, complété le cas échéant par des désignations afin de garantir la fiabilité et la représentativité des données. La commission prévue à l’article L. 162-1-9 du présent code est consultée sur la méthodologie et le calendrier en amont du recueil. Elle rend un avis sur les résultats obtenus.
- ⑥ « Lorsqu’une personne physique ou morale incluse dans l’échantillon refuse de transmettre les informations demandées, le directeur général de l’Union nationale des caisses d’assurance maladie peut, après que la personne concernée a été mise en mesure de présenter ses observations, lui infliger une pénalité financière inférieure ou égale à 1 % du montant des remboursements liés à l’acquisition et au fonctionnement des équipements matériels lourds qu’elle exploite et versés par l’assurance maladie pendant les douze mois précédant le refus de transmission.
- ⑦ « La pénalité est recouvrée par l’organisme d’assurance maladie compétent. Les huitième et neuvième alinéas du IV de l’article L. 114-17-1 sont applicables à son recouvrement. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l’assurance maladie.
- ⑧ « Les modalités d’application du présent II sont fixées par décret en Conseil d’État. » ;
- ⑨ 2° Le huitième alinéa est ainsi modifié :
- ⑩ a) Au début, est ajoutée la mention : « III. – » ;
- ⑪ b) La première phrase est ainsi rédigée : « La commission mentionnée au I rend un avis sur les propositions mentionnées aux 3° et 4° du même I dans un délai de trente jours à compter de leur transmission. » ;
- ⑫ 3° Le neuvième alinéa est ainsi modifié :
- ⑬ a) Au début, est ajoutée la mention : « IV. – » ;

- ⑭ *b)* À la seconde phrase, les mots : « septième alinéa » sont remplacés par les mots : « dernier alinéa du I » ;
- ⑮ 4° Au dixième alinéa, les mots : « neuvième alinéa » sont remplacés par les mots : « premier alinéa du présent IV » ;
- ⑯ 5° Au dernier alinéa, les mots : « dixième alinéa » sont remplacés par les mots : « deuxième alinéa du présent IV ».
- ⑰ II. – Le dernier alinéa du IV de l'article L. 165–1–4 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :
- ⑱ « La pénalité est recouvrée par l'organisme d'assurance maladie compétent. Les huitième et neuvième alinéas du IV de l'article L. 114–17–1 sont applicables à son recouvrement. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. »

Article 26 bis
(Supprimé)

Article 27

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après le 20° de l'article L. 161–37, il est inséré un 21° ainsi rédigé :
- ③ « 21° Rendre l'avis mentionné à l'article L. 162–1–24 du présent code ; »
- ④ 2° Après l'article L. 162–1–23, il est inséré un article L. 162–1–24 ainsi rédigé :
- ⑤ « *Art. L. 162–1–24.* – Tout acte innovant de biologie ou d'anatomopathologie hors nomenclature susceptible de présenter un bénéfice clinique ou médico-économique peut faire l'objet, pour une durée limitée, d'une prise en charge partielle ou totale relevant de la dotation nationale de financement mentionnée à l'article L. 162–22–13 et conditionnée à la réalisation d'un recueil de données cliniques ou médico-économiques. La liste des actes qui bénéficient de cette prise en charge est décidée par le ministre chargé de la santé, après avis de la Haute Autorité de santé.
- ⑥ « Au titre de la demande d'inscription sur la liste prévue au II de l'article L. 162–1–7, la Haute Autorité de santé est, par dérogation au même II et dès lors que l'acte a bénéficié de la prise en charge mentionnée au premier alinéa du présent article, réputée saisie, en application du présent article, six mois avant l'expiration de la durée fixée au même premier alinéa et doit rendre son avis avant cette même expiration.
- ⑦ « Les critères d'éligibilité, les modalités d'inscription après avis de la Haute Autorité de santé sur la liste des actes bénéficiant de la prise en charge mentionnée audit premier alinéa ainsi que la procédure d'actualisation de cette liste après avis de la Haute Autorité de santé sont fixés par décret en Conseil d'État. »
- ⑧ II. – Le I de l'article L. 6211–18 du code de la santé publique est ainsi modifié :

- ⑨ 1° À la fin du 1°, les mots : « hôpital des armées » sont remplacés par les mots : « élément du service de santé des armées au sens de l'article L. 6147–7 » ;
- ⑩ 2° Le 2° est ainsi rédigé :
- ⑪ « 2° Soit, pour des motifs liés à l'état de santé du patient, dans des catégories de lieux répondant à des conditions déterminées par arrêté du ministre chargé de la santé après avis de la Haute Autorité de santé.
- ⑫ « Les conditions prévues au premier alinéa du présent 2° garantissent la qualité de la phase analytique de l'examen et prennent en compte l'offre territoriale de biologie médicale en laboratoire. Le directeur général de l'agence régionale de santé fixe la liste des lieux répondant à ces conditions. » ;
- ⑬ 3° Le dernier alinéa est complété par les mots : « et, le cas échéant, du ministre des armées ».
- ⑭ III. – (*Supprimé*)
- ⑮ IV. – Après le 2° *bis* de l'article L. 162–14 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 2° *ter* ainsi rédigé :
- ⑯ « 2° *ter* Des orientations pluriannuelles d'évolution des dépenses de biologie médicale, les moyens concourant à leur respect ainsi que les mécanismes de maîtrise pouvant, le cas échéant, être mis en œuvre en cas d'évolution constatée des dépenses non conforme aux orientations définies ; ».

Article 27 bis
(Supprimé)

Article 28

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après le 20° de l'article L. 161–37, il est inséré un 22° ainsi rédigé :
- ③ « 22° Établir un référentiel de bonnes pratiques professionnelles relatives à la qualité et à l'accessibilité de la téléconsultation, applicable aux sociétés de téléconsultation mentionnées au I de l'article L. 162–1–7, et proposer des méthodes d'évaluation de ces sociétés. » ;
- ④ 2° À la première phrase du I de l'article L. 162–1–7, après le mot : « médico-social », sont insérés les mots : « ou dans une société de téléconsultation définie à l'article L. 4081–1 du code de la santé publique », après l'année : « 2005 », sont insérés les mots : « dans le cadre » et, après la référence : « L. 165–1 », sont insérés les mots : « du présent code » ;
- ⑤ 3° Le I du même article L. 162–1–7 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑥ « La prise en charge d'actes de téléconsultation est subordonnée à la satisfaction de critères de qualité et de fiabilité des outils numériques utilisés et, dans le cas où ces actes sont réalisés au moyen d'équipements dédiés, à la possession, par le gestionnaire de l'équipement, d'une autorisation de l'agence régionale de santé au regard de son lieu d'implantation. » ;

- 7 4° Après l'article L. 162-1-7-4, il est inséré un article L. 162-1-7-5 ainsi rédigé :
- 8 « Art. L. 162-1-7-5. – La prise en charge d'actes de téléconsultation est subordonnée au respect du parcours de soins coordonné en application de l'article L. 162-5-3 ainsi que de conditions déterminées par décret. Elle ne peut être plus favorable que la prise en charge des mêmes actes réalisés en consultation.
- 9 « Le décret prévu au premier alinéa du présent article prévoit notamment le nombre maximal d'actes de téléconsultation pouvant être pris en charge au cours d'une période déterminée. Le même décret détermine également le nombre maximal d'actes de téléconsultation pouvant être pris en charge après la réalisation du même acte en consultation. Ces nombres d'actes peuvent être supérieurs dans le cas de téléconsultations réalisées par le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 ou par un médecin ayant déjà reçu l'intéressé depuis moins d'un an. »
- 10 II. – Le livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par un titre VIII ainsi rédigé :
- 11 « TITRE VIII
- 12 « **AGRÈMENT DES SOCIÉTÉS DE TÉLÉCONSULTATION**
- 13 « CHAPITRE UNIQUE
- 14 « Art. L. 4081-1. – Les sociétés de téléconsultation qui ont reçu l'agrément à cette fin des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé, dans les conditions fixées au présent titre, peuvent demander à l'assurance maladie la prise en charge des actes de téléconsultation réalisés par les médecins qu'elles salarient.
- 15 « Art. L. 4081-2. – Seules peuvent être agréées les sociétés qui remplissent les conditions suivantes :
- 16 « 1° Elles exercent sous la forme d'une société commerciale régie par le code de commerce et ont pour objet, à titre exclusif ou non exclusif, de proposer une offre médicale de téléconsultations ;
- 17 « 2° Elles ne sont pas sous le contrôle, au sens de l'article L. 233-3 du même code, d'une personne physique ou morale exerçant une activité de fournisseur, de distributeur ou de fabricant de médicaments, de dispositifs médicaux ou de dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro*, à l'exception des dispositifs permettant la réalisation d'un acte de téléconsultation ;
- 18 « 3° Leurs outils et leurs services numériques respectent les règles relatives à la protection des données personnelles, au sens du règlement (UE) n° 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), ainsi que les référentiels applicables mentionnés à l'article L. 1470-5 du présent code. Les modalités de vérification de la conformité aux référentiels d'interopérabilité sont définies dans les conditions prévues à l'article L. 1470-6.
- 19 « Art. L. 4081-3. – I. – Lorsque plusieurs médecins exercent leur activité dans une même société de téléconsultation agréée, celle-ci doit les réunir régulièrement en un comité médical, comprenant des représentants des usagers, chargé de :
- 20 « 1° Donner son avis sur la politique médicale de la société et sur le programme d'actions mentionné au 1° du II ;
- 21 « 2° Contribuer à la définition de sa politique médicale et à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ;
- 22 « 3° S'assurer de la cohérence de la formation médicale continue des médecins salariés par la société.
- 23 « II. – La société agréée doit par ailleurs :
- 24 « 1° Élaborer, après avis du comité médical, un programme d'actions visant à garantir le respect des obligations qui s'imposent à elle, assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme est transmis au conseil national de l'ordre des médecins et aux ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé ;
- 25 « 2° Transmettre chaque année au conseil national de l'ordre des médecins et aux ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé un rapport sur ses activités comportant, notamment, le suivi de son programme d'actions. Les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé peuvent rendre ce rapport public à la demande du Parlement.
- 26 « Art. L. 4081-4. – L'agrément ainsi que ses éventuels renouvellements sont subordonnés au respect des règles fixées à l'article L. 4081-2. Ils interviennent selon des modalités et pour une durée prévues par décret.
- 27 « Le renouvellement de l'agrément est en outre soumis :
- 28 « 1° Au contrôle du respect du référentiel mentionné au 22° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale ;
- 29 « 2° Au respect des règles de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire fixées par la convention médicale ;
- 30 « 3° Au respect des obligations mentionnées à l'article L. 4081-3 du présent code.
- 31 « Si les conditions prévues pour la délivrance ou le renouvellement de l'agrément cessent d'être réunies, les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé peuvent le suspendre ou y mettre un terme, dans des conditions prévues par décret. »
- 32 II bis. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- 33 1° A Le I de l'article L. 1111-3-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

- 34 « S'agissant des sociétés de téléconsultation mentionnées au titre VIII du livre IV du présent code, l'information est délivrée par affichage sur les sites internet de communication au public. Elle est également transmise au patient en amont de la téléconsultation. » ;
- 35 1° L'article L. 1470-5 est ainsi modifié :
- 36 a) Au premier alinéa, les mots : « et de sécurité » sont remplacés par les mots : « , de sécurité et d'éthique » ;
- 37 b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- 38 « Le groupement d'intérêt public mentionné au même article L. 1111-24 assure le suivi et la revue régulière de ces référentiels. » ;
- 39 2° L'article L. 1470-6 est ainsi modifié :
- 40 a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :
- 41 « I. – La conformité d'un système d'information ou d'un service ou outil numérique en santé aux référentiels mentionnés à l'article L. 1470-5 est attestée par la délivrance d'un certificat de conformité par le groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1111-24, par un des organismes de certification accrédités par l'instance française d'accréditation ou par l'instance nationale d'accréditation d'un autre État membre de l'Union européenne mentionnée à l'article 137 de la loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie, selon des modalités fixées par un décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. L'arrêté mentionné à l'article L. 1470-5 du présent code précise si une procédure de délivrance d'un certificat de conformité est associée à ce référentiel. Dans ce cas, l'arrêté mentionne les organismes qui délivrent le certificat ainsi que, le cas échéant, les situations dans lesquelles ce certificat de conformité est obligatoire. » ;
- 42 b) Au début du deuxième alinéa, est ajoutée la mention : « II. – » ;
- 43 c) À la fin du même deuxième alinéa, les mots : « prévus au premier alinéa » sont remplacés par les mots : « mentionnés à l'article L. 1470-5 » ;
- 44 d) Au troisième alinéa, les mots : « premier alinéa » sont remplacés par la référence : « I » ;
- 45 e) Après le même troisième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :
- 46 « La liste des services numériques disposant de certificats de conformité aux référentiels mentionnés à l'article L. 1470-5 est mise à la disposition du public par le groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1111-24.
- 47 « Les conventions mentionnées aux articles L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale peuvent prévoir que certains soins délivrés et prescrits par les professionnels et les établissements de santé et réalisés au moyen de services numériques en santé ne disposant pas d'un certificat de conformité mentionné au I du présent article ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie. Dans ce cas, il peut être fait application de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale. » ;
- 48 f) Il est ajouté un III ainsi rédigé :
- 49 « III. – Lorsqu'un éditeur de services numériques en santé, un professionnel personne physique ou une personne morale mentionnée aux 1° et 2° de l'article L. 1470-1, autre qu'un professionnel de santé relevant des professions faisant l'objet d'une convention mentionnée aux articles L. 162-14-1 ou L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, ne se conforme pas aux référentiels mentionnés à l'article L. 1470-5 du présent code ou ne dispose pas du certificat de conformité aux référentiels mentionné à l'article L. 1470-6 lorsque celui-ci est requis, et en l'absence de réponse dans le délai fixé par l'injonction ou si cette réponse est insuffisante, le ministre chargé de la santé, sur proposition du groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1111-24, peut prononcer, après que l'intéressé a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à sa charge. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur :
- 50 « 1° À 1 % du chiffre d'affaires, hors taxes, réalisé en France par l'éditeur au titre du dernier exercice clos pour l'année précédente, dans la limite d'un million d'euros ;
- 51 « 2° À 1 000 euros pour les personnes physiques et à 10 000 euros pour les personnes morales.
- 52 « Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté. Le ministre chargé de la santé peut assortir cette amende d'une astreinte journalière lorsque l'éditeur 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.
- 53 « Les professionnels et les services de santé relevant de l'une des conventions mentionnées aux articles L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale qui utilisent des services numériques en santé ne disposant pas du certificat de conformité mentionné au I du présent article, lorsque celui-ci est requis, encourent les sanctions prévues par la convention.
- 54 « Le produit des sanctions financières prévues au présent III est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. »
- 55 III. – *(Non modifié)*

CHAPITRE IV

RÉNOVER LA RÉGULATION DES DÉPENSES DE PRODUITS DE SANTÉ

Article 29 *(Suppression conforme)*

Article 30

- 1 I. – Le livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- 2 1° Le III de l'article L. 162-16-5-2 est complété par un C ainsi rédigé :

- ③ « C. – Le 15 février de chaque année, l'entreprise titulaire des droits d'exploitation ou l'exploitant de la spécialité informe le Comité économique des produits de santé du chiffre d'affaires correspondant à cette spécialité ainsi que du nombre d'unités vendues, pour chacune des indications concernées, au titre de l'année civile précédente. » ;
- ④ 2° Après l'article L. 162-16-5-4, il est inséré un article L. 162-16-5-4-1 ainsi rédigé :
- ⑤ « Art. L. 162-16-5-4-1. – Pour l'application des articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2 et L. 162-16-5-4 du présent code et de l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, en cas d'acquisition des spécialités pharmaceutiques concernées par l'Agence nationale de santé publique en application de l'article L. 1413-4 du code de la santé publique, le chiffre d'affaires facturé aux établissements sur une période donnée correspond au montant obtenu par la multiplication du prix auquel l'agence a acheté la spécialité par le nombre d'unités de la spécialité administrées ou dispensées par les établissements pendant la période concernée. » ;
- ⑥ 3° L'article L. 162-16-6 est complété par un V ainsi rédigé :
- ⑦ « V. – A. – Lorsque le prix demandé par l'entreprise titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité, l'entreprise assurant son importation parallèle ou l'entreprise assurant sa distribution parallèle au titre de l'inscription sur l'une des listes, mentionnées aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6, de traitement par des médicaments de thérapie innovante définis à l'article 2 du règlement (CE) n° 1394/2007 du Parlement européen et du Conseil du 13 novembre 2007 concernant les médicaments de thérapie innovante et modifiant la directive 2001/83/CE ainsi que le règlement (CE) n° 726/2004 est supérieur à un seuil fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, le coût de ce traitement est fixé par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé selon les modalités prévues au I du présent article.
- ⑧ « B. – Le médicament mentionné au A du présent V est remboursé aux établissements de santé mentionnés au I dans les conditions prévues au III, sous réserve des adaptations suivantes :
- ⑨ « 1° Le tarif de responsabilité est fixé, selon les modalités prévues au I, de manière à ce que le montant correspondant au nombre d'unités de médicaments multiplié par leur tarif de responsabilité soit inférieur à un forfait de thérapie innovante fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;
- ⑩ « 2° Le prix limite de vente mentionné au même I est égal au tarif de responsabilité.
- ⑪ « C. – Lorsque le montant du coût de traitement mentionné au A du présent V est supérieur au montant correspondant au nombre d'unités de médicaments multiplié par leur tarif de responsabilité, un ou plusieurs versements successifs sont réalisés annuellement pour le compte de l'assurance maladie, selon des modalités définies par décret, à l'entreprise assurant l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle du médicament.
- ⑫ « Le nombre, les montants, les conditions et les échéances de ces versements sont fixés par la convention et, le cas échéant, par la décision mentionnées au I et tiennent compte des données d'efficacité du médicament concerné, notamment celles mentionnées spécifiquement à cet effet dans l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique.
- ⑬ « En cas d'échec du traitement pour un patient, notamment en cas de décès ou en cas d'administration concomitante ou séquentielle d'un autre traitement à même visée thérapeutique, les versements cessent. Le montant du coût de traitement, déduction faite des remises conventionnelles versées, le cas échéant, en application de l'article L. 162-18 du présent code, ne peut alors être supérieur au coût net des traitements à même visée thérapeutique, au sens du même article L. 162-18, sur la période considérée.
- ⑭ « L'entreprise titulaire des droits d'exploitation, l'entreprise assurant l'importation parallèle ou l'entreprise assurant la distribution parallèle du médicament assure à sa charge le recueil des données. Les prescripteurs lui transmettent à cette fin les données de suivi des patients traités, selon des modalités assurant le respect du secret médical.
- ⑮ « Lorsque le montant du coût du traitement mentionné au A du présent V est supérieur au montant correspondant au nombre d'unités de médicaments multiplié par leur tarif de responsabilité, la prise en charge du médicament par l'assurance maladie s'effectue, d'une part, par le remboursement de l'établissement de santé sur la base du tarif de responsabilité pour chaque unité de médicament selon les modalités prévues au B et, d'autre part, le cas échéant, par un ou plusieurs versements à l'entreprise assurant l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle du médicament selon les modalités prévues au présent C. » ;
- ⑯ 4° (*Supprimé*)
- ⑰ 5° À l'article L. 162-17-2, la référence : « L. 618 » est remplacée par la référence : « L. 5123-2 » ;
- ⑱ 6° (*Supprimé*)
- ⑲ 7° L'article L. 162-18 est ainsi modifié :
- ⑳ a) (*Supprimé*)
- ㉑ b) Le deuxième alinéa du IV est complété par une phrase ainsi rédigée : « Par dérogation à la deuxième phrase du présent alinéa, lorsqu'il s'agit d'un médicament de thérapie innovante mentionné au A du V du même article L. 162-16-6, ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées aux I et II du présent article, qui auraient été dues au titre du traitement pendant la période de prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 et le cas échéant de l'article L. 162-16-5-2, de la somme du tarif de responsabilité mentionné au B du V de l'article L. 162-16-6 et des versements successifs mentionnés au C du même V qui auraient été réalisés au cours de cette même période en application de la convention ou le cas échéant de la

décision, sans préjudice des versements prévus par cette convention ou cette décision qui devraient avoir lieu, le cas échéant, au-delà de ladite période. » ;

22 8° Après l'article L. 162-18-1, sont insérés des articles L. 162-18-2 et L. 162-18-3 ainsi rédigés :

23 « *Art. L. 162-18-2.* – Lorsqu'une spécialité pharmaceutique est, à la demande expresse de l'entreprise assurant son exploitation, son importation parallèle ou sa distribution parallèle, inscrite sur l'une des listes prévues aux articles L. 162-17, L. 162-22-7 ou L. 162-23-6 pour un périmètre d'indications thérapeutiques plus restreint que celui dans lequel cette spécialité pharmaceutique présente un service médical rendu suffisant, l'entreprise verse des remises sur le chiffre d'affaires hors taxes, au titre de cette spécialité et de la période considérée. Ces remises sont dues jusqu'à ce que cette entreprise demande la prise en charge de cette spécialité pour l'ensemble des indications concernées.

24 « Le Comité économique des produits de santé détermine le montant des remises en appliquant au chiffre d'affaires défini au premier alinéa du présent article un taux, défini selon un barème fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de la taille respective de chacune des populations cibles des indications pour lesquelles l'inscription n'a pas été demandée et de celles pour lesquelles la spécialité est inscrite, évaluées à cette fin par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique ou, à défaut, selon un barème progressif, par tranche de chiffre d'affaires, défini par ce même arrêté.

25 « L'entreprise concernée reverse ces remises 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.

26 « L'entreprise concernée informe le Comité économique des produits de santé, au plus tard le 15 février de chaque année, du chiffre d'affaires réalisé l'année civile précédente en France pour cette spécialité.

27 « *Art. L. 162-18-3.* – Lorsqu'une entreprise méconnaît la date d'échéance d'une déclaration ou d'une information prévue au I de l'article L. 162-16-5-1-1, au C du III de l'article L. 162-16-5-2, au I de l'article L. 162-18-1 ou au dernier alinéa de l'article L. 162-18-2 du présent code ou au 2° du IV de l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 ou par une convention signée en application du I de l'article L. 162-18 du présent code, les remises dues par cette entreprise, en application des mêmes articles, au titre des spécialités et de la période pour lesquelles la déclaration ou l'information fait défaut sont majorées de 2 % par semaine de retard.

28 « Un décret détermine les conditions d'application des majorations afin qu'une part minimale du chiffre d'affaires, correspondant aux spécialités et à la période pour lesquelles la déclaration ou l'information fait défaut, ne soit pas soumise à un reversement. » ;

29 9° Au premier alinéa de l'article L. 174-15, après le mot : « articles », est insérée la référence : « L. 162-16-6, ».

30 II et III. – (*Non modifiés*)

31 III *bis.* – (*Supprimé*)

32 IV. – (*Non modifié*)

Article 30 bis A

Le IV de l'article L. 162-16-5-1-1 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « En outre, pour l'application du B du III, l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu correspond à l'année au cours de laquelle le prix de référence a été fixé. »

Article 30 bis B

Le III de l'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « avant le 15 septembre de l'année suivant celle à laquelle il se rapporte ».

Articles 30 bis et 30 ter (Conformes)

Article 31

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

2 1° À la première phrase du premier alinéa du I de l'article L. 160-13, les mots : « et 2° de l'article L. 160-8 et aux 2°, 3° et 8° » sont remplacés par les mots : « , 2° et 8° de l'article L. 160-8 et aux 2° et 3° » ;

3 1° *bis* À la première phrase du dernier alinéa du II de l'article L. 161-38, les mots : « prévu à l'article L. 165-5 » sont remplacés par les mots : « correspondant à l'inscription du produit ou de la prestation sur la liste » ;

4 2° Le premier alinéa du VII de l'article L. 162-16 est ainsi modifié :

5 a) Après le mot : « médicaments », sont insérés les mots : « et dispositifs médicaux » ;

6 b) Après le mot : « application », sont insérés les mots : « du premier alinéa » ;

7 c) Les mots : « d'une seule boîte par ligne d'ordonnance » sont remplacés par les mots : « d'un mois » ;

8 2° *bis* À la première phrase du 2° du II de l'article L. 162-16-4-3, le mot : « dernier » est remplacé par le mot : « troisième » ;

9 3° Le premier alinéa de l'article L. 162-17-1-2 est ainsi modifié :

10 a) À la première phrase, les mots : « peut être subordonnée » sont remplacés par les mots : « ainsi que la prise en charge au titre de la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-1-7 d'actes dont la pratique fait l'objet d'un encadrement spécifique en application de l'article L. 1151-1 du code de la santé publique peuvent être subordonnées » et, après le mot : « lesquelles », sont insérés les mots : « l'acte, » ;

11 b) À la seconde phrase, après le mot : « précise », sont insérés les mots : « les actes, » ;

- 12 4° La deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 162-38 est supprimée ;
- 13 5° L'article L. 162-56 est ainsi modifié :
- 14 a) Au premier alinéa, les mots : « lorsqu'ils existent » sont remplacés par les mots : « le cas échéant » ;
- 15 b) À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « peuvent transmettre » sont remplacés par les mots : « et l'exploitant du dispositif médical numérique de télésurveillance transmettent » et les mots : « l'accord » sont remplacés par les mots : « le consentement » ;
- 16 6° Le premier alinéa de l'article L. 165-1 est ainsi modifié :
- 17 a) Après la première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « L'avis porte de manière distincte sur le produit et, s'il y a lieu, sur la prestation de service et d'adaptation associée. » ;
- 18 b) À la deuxième phrase, après le mot : « produit », sont insérés les mots : « ou de la prestation » et sont ajoutés les mots : « du produit concerné » ;
- 19 c) Après la même deuxième phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « L'inscription d'une prestation de service et d'adaptation associée à un produit se fait de manière distincte de l'inscription de ce produit. » ;
- 20 7° L'article L. 165-1-1 est ainsi modifié :
- 21 a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. - » ;
- 22 b) Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « II. - » ;
- 23 c) Sont ajoutés six alinéas ainsi rédigés :
- 24 « L'exploitant est également tenu de déclarer auprès des mêmes ministres le prix auquel il a acheté le produit auprès de son fournisseur, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur.
- 25 « III. - Lorsque la déclaration de prix d'achat mentionnée au second alinéa du II n'a pas été effectuée dans les délais et formes précisés par voie réglementaire ou lorsqu'elle se révèle manifestement inexacte au vu, notamment, des éléments transmis par les organismes de recouvrement des cotisations de sécurité sociale, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après que l'exploitant concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à la charge de l'exploitant.
- 26 « Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement sanctionné. Il ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires hors taxes des ventes réalisées en France par l'exploitant au titre du dernier exercice clos.
- 27 « La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les 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.
- 28 « Les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale sont habilités à vérifier, dans le cadre des contrôles qu'ils effectuent, les données relatives aux déclarations faites par les exploitants et les fournisseurs en application du second alinéa du II du présent article. Ces éléments de contrôle sont transmis aux ministres compétents.
- 29 « Les modalités d'application du présent III sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- 30 8° L'article L. 165-1-2 est abrogé ;
- 31 9° L'article L. 165-1-5 est ainsi modifié :
- 32 a) Après la troisième phrase du I, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Cet avis décrit, le cas échéant, les actes associés à l'utilisation du produit faisant l'objet de la demande. » ;
- 33 b) Le II *bis* est complété par trois alinéas ainsi rédigés :
- 34 « La prise en charge transitoire est subordonnée au respect, par l'exploitant, d'un protocole de recueil des données défini par la commission mentionnée au I du présent article et annexé à l'arrêté mentionné au même I.
- 35 « Les données à recueillir portent sur l'efficacité, les événements indésirables, les conditions réelles d'utilisation ainsi que les caractéristiques de la population bénéficiant du produit.
- 36 « L'exploitant assure à sa charge le recueil des données. Les prescripteurs lui transmettent à cette fin les données de suivi des patients traités, selon des modalités assurant le respect du secret médical. » ;
- 37 c) Il est ajouté un VI ainsi rédigé :
- 38 « VI. - Lorsque l'utilisation d'un produit bénéficiant de la prise en charge transitoire pour une indication donnée au titre du I du présent article est liée à un acte qui n'est pas inscrit sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent, par dérogation au même article L. 162-1-7, procéder à l'inscription transitoire de cet acte sur la liste.
- 39 « L'inscription transitoire prévue au premier alinéa du présent VI est prononcée par un arrêté, pris après avis de la Haute Autorité de santé, pour toute la période de prise en charge au titre du I et, le cas échéant, du III, ainsi que durant la période de continuité de traitement prévue à l'article L. 165-1-6. Cet arrêté prévoit le montant de la compensation financière versée pour la réalisation de cet acte.
- 40 « Lorsque le produit ayant fait l'objet de la prise en charge transitoire est inscrit au remboursement au titre de la liste prévue à l'article L. 165-1, l'inscription transitoire de l'acte associé est prolongée jusqu'à l'inscription de cet acte dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-7.

- 41 « Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent VI, notamment les situations et les conditions dans lesquelles les ministres compétents peuvent suspendre l'inscription transitoire de l'acte concerné ou y mettre fin. » ;
- 42 10° L'article L. 165-2 est ainsi modifié :
- 43 a) Le I est ainsi modifié :
- 44 – le premier alinéa est ainsi rédigé :
- 45 « I. – Les tarifs de responsabilité de chacun des produits mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits sous forme de nom de marque ou de nom commercial sont établis par convention entre l'exploitant du produit concerné et le Comité économique des produits de santé conformément au I de l'article L. 165-4-1 ou, à défaut, par décision du comité. » ;
- 46 – au deuxième alinéa, après la première occurrence du mot : « ou », il est inséré le mot : « des » ;
- 47 – il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- 48 « Ce tarif comprend les marges prévues, le cas échéant, par la décision mentionnée à l'article L. 165-3-4 ainsi que les taxes en vigueur. » ;
- 49 b) Le II est ainsi modifié :
- 50 – au 1°, le mot : « associée » est supprimé ;
- 51 – aux 2° et 3°, après la première occurrence du mot : « et », il est inséré le mot : « des » ;
- 52 11° L'article L. 165-3 est ainsi modifié :
- 53 a) Le premier alinéa est ainsi modifié :
- 54 – à la première phrase, après le mot : « et », il est inséré le mot : « des » ;
- 55 – le début de la seconde phrase est ainsi rédigé : « Lorsque le produit est inscrit sous forme de nom de marque ou de nom commercial, la convention est établie entre l'exploitant du produit concerné et le Comité économique des produits de santé conformément au I de l'article L. 165-4-1 ou, à défaut, ... (*le reste sans changement*). » ;
- 56 b) Au deuxième alinéa, après la première occurrence du mot : « ou », il est inséré le mot : « les » ;
- 57 c) Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :
- 58 « Les prix comprennent les marges prévues, le cas échéant, par la décision mentionnée à l'article L. 165-3-4 ainsi que les taxes en vigueur. » ;
- 59 « L'accord mentionné au II de l'article L. 165-4-1 peut, le cas échéant, préciser le cadre applicable aux conventions mentionnées au premier alinéa du présent article. » ;
- 60 12° Après l'article L. 165-3-3, il est inséré un article L. 165-3-4 ainsi rédigé :
- 61 « Art. L. 165-3-4. – I. – Les ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale fixent les marges de distribution des produits inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, en tenant compte de l'évolution des charges, des revenus et du volume d'activité des praticiens ou des entreprises concernées. » ;
- 62 « II. – Les remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-3 du code de commerce, consentis par tout fournisseur de distributeurs au détail en produits inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du présent code ne peuvent excéder, par année civile et par ligne de produits, pour chaque distributeur au détail, un pourcentage du prix exploitant hors taxes de ces produits. Ce pourcentage est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'économie et du budget, dans la limite de 50 % du prix exploitant hors taxes. » ;
- 63 « Pour l'application du plafond fixé au premier alinéa du présent II, il n'est pas tenu compte du montant de la marge prévue au I que le fournisseur rétrocède le cas échéant au distributeur au détail. » ;
- 64 « II bis. – Le présent article ne s'applique pas aux catégories de produits ou de prestations comprenant une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1. » ;
- 65 « III. – Le titre V du livre IV du code de commerce est applicable aux infractions à ces décisions. » ;
- 66 13° L'article L. 165-4 est complété par un VI ainsi rédigé :
- 67 « VI. – Le cadre des conventions mentionnées au présent article peut être, le cas échéant, précisé par l'accord mentionné au II de l'article L. 165-4-1. » ;
- 68 14° L'article L. 165-4-1 est ainsi modifié :
- 69 a) Au début, il est ajouté un I ainsi rédigé :
- 70 « I. – En application des orientations qu'il reçoit annuellement des ministres compétents, le Comité économique des produits de santé peut conclure des conventions, relatives à un ou plusieurs produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1, avec les entreprises qui les exploitent ou les distribuent ou, en cas d'inscription générique, avec les organisations regroupant ces entreprises mentionnées aux I et II de l'article L. 165-3-3. Les entreprises signataires doivent s'engager à respecter la charte mentionnée à l'article L. 162-17-9 et, selon une procédure établie par la Haute Autorité de santé, à faire évaluer et certifier par des organismes accrédités la qualité et la conformité à cette charte de la visite médicale qu'elles organisent ou qu'elles commanditent. Dans le cas d'une convention conclue avec des organisations, les signataires s'engagent à promouvoir le recours à la procédure de certification auprès des entreprises qu'ils représentent ou regroupent. » ;
- 71 « Ces conventions déterminent les relations entre le comité et chaque signataire, notamment :
- 72 « 1° Le cas échéant, les remises prévues en application des articles L. 165-1-5 et L. 165-4 ;

- 73 « 2° Les modalités de participation des signataires à la mise en œuvre des orientations ministérielles précitées ;
- 74 « 3° Les conditions et les modalités de mise en œuvre par les fabricants ou les distributeurs d'études, y compris d'études médico-économiques, postérieures à l'inscription des produits et des prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ;
- 75 « 4° Les dispositions conventionnelles applicables en cas de non-respect des engagements mentionnés au 3° du présent I.
- 76 « Lorsque les orientations reçues par le comité ne sont pas compatibles avec les conventions précédemment conclues, lorsque l'évolution des dépenses de produits et prestations n'est manifestement pas compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou en cas d'évolution significative des données scientifiques et épidémiologiques prises en compte pour la conclusion des conventions, le comité peut demander aux signataires concernés de conclure un avenant permettant d'adapter la convention à cette situation. En cas de refus, le comité peut résilier la convention ou certaines de ses stipulations. Dans ce cas, le comité peut fixer le prix de ces produits et prestations par décision prise en application des articles L. 165-2, L. 165-3 et L. 165-4. Les dispositions du présent alinéa sont indépendantes et ne font pas obstacle à l'application des articles L. 165-2, L. 165-3 et L. 165-4.
- 77 « Les modalités d'application du présent I, notamment les conditions de révision et de résiliation des conventions, sont définies par décret en Conseil d'État. » ;
- 78 *b)* Le I devient un II et est ainsi modifié :
- 79 – au premier alinéa, après le mot : « mentionnées », sont insérés les mots : « au I du présent article ainsi qu' » ;
- 80 – au deuxième alinéa, les mots : « de l'article L. 162-17-4 » sont remplacés par les mots : « du I du présent article » ;
- 81 *c)* Le II devient un III et est ainsi modifié :
- 82 – au premier alinéa, les mots : « du 2° du I » sont remplacés par les mots : « des 3° du I et 2° du II » ;
- 83 – au dernier alinéa, la référence : « II » est remplacée par la référence : « III » ;
- 84 *d)* Il est ajouté un IV ainsi rédigé :
- 85 « IV. – Sans préjudice des pénalités susceptibles d'être infligées, en application du III, à l'exploitant ou au distributeur au détail, lorsque la convention signée avec un exploitant ou un distributeur au détail prévoit la réalisation d'études, y compris d'études médico-économiques, postérieures à l'inscription du produit ou de la prestation sur la liste prévue à l'article L. 165-1, l'absence de transmission des résultats de ces études dans les délais impartis par la convention fait obstacle à la poursuite de la prise en charge du produit ou de la prestation, sauf versement de remises par l'exploitant ou le distributeur au détail, à partir de la date à laquelle les résultats des études auraient dû être communiqués et tant que l'exploitant ou le distributeur au détail ne les a pas transmis.
- 86 « Le Comité économique des produits de santé détermine le montant des remises dues en appliquant au montant remboursé par l'assurance maladie pour le produit ou la prestation sur la période considérée un taux, selon un barème fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de l'objet des études à réaliser.
- 87 « L'entreprise concernée verse ces remises aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. » ;
- 88 15° Après le même article L. 165-4-1, il est inséré un article L. 165-4-2 ainsi rédigé :
- 89 « *Art. L. 165-4-2.* – Lorsqu'un dispositif médical est, à la demande expresse de l'exploitant, inscrit sur la liste prévue à l'article L. 165-1 pour un périmètre d'indications plus restreint que celui dans lequel ce dispositif présente un service attendu suffisant, l'exploitant verse des remises. Ces remises sont dues jusqu'à l'inscription du dispositif pour l'ensemble des indications concernées.
- 90 « Le Comité économique des produits de santé détermine le montant des remises dues en appliquant au montant remboursé par l'assurance maladie sur la période en cause un taux, selon un barème fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction des tailles respectives des populations cibles des indications pour lesquelles l'inscription présente un service attendu suffisant et de celles pour lesquelles le dispositif est inscrit ou, à défaut, selon un barème progressif par tranche de montant remboursé défini par le même arrêté. À cette fin, l'avis rendu par la commission mentionnée au même article L. 165-1 sur la demande d'inscription de l'exploitant comporte une évaluation des tailles respectives des populations cibles en cause pour chaque dispositif concerné.
- 91 « L'exploitant concerné verse ces remises aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. » ;
- 92 16° L'article L. 165-5 est abrogé ;
- 93 17° Après l'article L. 165-5-1, il est inséré un article L. 165-5-1-1 ainsi rédigé :
- 94 « *Art. L. 165-5-1-1.* – I. – Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie peut à tout moment procéder, le cas échéant en associant des caisses primaires d'assurance maladie, ou faire procéder sous son autorité, par des organismes compétents désignés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, au contrôle du respect des spécifications techniques auxquelles l'inscription sur la liste des produits et des prestations mentionnée à l'article L. 165-1 est subordonnée.
- 95 « Les organismes locaux d'assurance maladie signalent à la Caisse nationale de l'assurance maladie tout manquement au respect de ces spécifications techniques dont ils ont connaissance.

96 « II. – Lorsqu'il constate qu'une spécification technique n'est pas respectée, après avoir mis l'exploitant du produit concerné en mesure de présenter ses observations, le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie en informe sans délai les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les ministres informent la caisse de toute mesure prise à la suite de cette transmission.

97 « III. – Lorsque le manquement constaté a entraîné un remboursement indu par l'assurance maladie, le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie met l'exploitant en demeure de rembourser la somme correspondant au montant remboursé à tort.

98 « En cas de non-exécution de la mise en demeure dans le délai imparti par celle-ci, la caisse est subrogée dans les droits des organismes lésés et son directeur général assure la récupération des sommes en cause en exerçant, le cas échéant, les pouvoirs conférés aux organismes locaux par la première phrase du dernier alinéa du III de l'article L. 133-4.

99 « IV. – Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie peut prononcer à l'encontre de l'exploitant, en fonction de la gravité des faits reprochés, une pénalité financière, dans la limite de 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'exploitant au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré.

100 « La pénalité est recouvrée par l'organisme d'assurance maladie compétent. Les huitième et neuvième alinéas du IV de l'article L. 114-17-1 sont applicables à son recouvrement. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.

101 « V. – Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent article. » ;

102 18° L'article L. 165-7 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

103 « Les produits qui bénéficient de la prise en charge mentionnée à l'article L. 165-1-5 et dont l'utilisation a lieu au cours d'une hospitalisation sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6, sur la base du montant de la facture et dans la limite de la compensation mentionnée au II de l'article L. 165-1-5. »

104 II à V. – *(Non modifiés)*

Article 31 bis A

Le 1° de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , ou des activités de télésurveillance médicales figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 162-52 ».

Articles 31 bis et 31 ter (Conformes)

CHAPITRE V

RENFORCER LA POLITIQUE DE SOUTIEN À L'AUTONOMIE

Article 32

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

2 1° Le IV *ter* de l'article L. 313-12 est ainsi modifié :

3 a) La seconde phrase du premier alinéa du A est ainsi rédigée : « Ces mêmes autorités peuvent décider de conclure ce contrat avec la personne morale qui contrôle, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, la personne qui gère l'établissement, pour le compte de la personne gestionnaire. Aucune convention ne peut être signée sans vérification que le cocontractant est en règle à l'égard de ses obligations fiscales et sociales. » ;

4 b) Après la première phrase de l'avant-dernier alinéa du B, sont insérées deux phrases ainsi rédigées : « À l'occasion du renouvellement du contrat, il peut être tenu compte, pour fixer la tarification de l'établissement ou du service, de la part des reports à nouveau ou des réserves figurant dans son budget et qui ne sont pas justifiés par ses conditions d'exploitation, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État. Au vu des résultats, le montant de ces reports ou de ces réserves peut être plafonné, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État. » ;

5 2° Le premier alinéa de l'article L. 313-12-2 est complété par deux phrases ainsi rédigées : « À l'occasion du renouvellement du contrat, il peut être tenu compte, pour fixer la tarification de l'établissement ou du service, de la part des reports à nouveau ou des réserves figurant dans son budget et qui ne sont pas justifiés par ses conditions d'exploitation, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État. Au vu des résultats, le montant de ces reports ou de ces réserves peut être plafonné, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État. » ;

6 3° L'article L. 313-13 est ainsi modifié :

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

8 « Cette même autorité ainsi que, pour le compte de l'État, les services ou les établissements publics désignés par voie réglementaire contrôlent également l'application des dispositions du présent code par toute personne morale qui exerce un contrôle, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, sur une personne mentionnée au premier alinéa du présent I. » ;

9 a bis) Au début du second alinéa du même I, les mots : « Ces dispositions sont notamment applicables » sont remplacés par les mots : « Le présent I est notamment applicable » ;

10 b) Le second alinéa du VI est ainsi modifié :

- 11 – après le mot : « accueil », sont insérés les mots : « ainsi que les personnes morales gestionnaires de ces établissements, services et lieux de vie et d'accueil, pour leurs activités consacrées à cette gestion, » ;
- 12 – sont ajoutés les mots et une phrase ainsi rédigée : « et de l'inspection générale des finances. Les personnes morales qui exercent, directement ou indirectement, le contrôle exclusif ou conjoint des personnes morales gestionnaires des établissements, services et lieux de vie et d'accueil ainsi que les autres personnes morales qu'elles contrôlent et qui concourent à la gestion de ces établissements, services et lieux de vie et d'accueil ou leur fournissent des biens et services sont également soumises au contrôle de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale des finances, pour leurs activités consacrées à cette gestion. » ;
- 13 4° Après l'article L. 313-13-1, sont insérés des articles L. 313-13-2 et L. 313-13-3 ainsi rédigés :
- 14 « Art. L. 313-13-2. – Lorsqu'il n'est pas satisfait à sa demande de communication de l'un des documents, notamment de nature comptable ou financière, mentionnés à l'article L. 1421-3 du code de la santé publique, l'autorité chargée du contrôle peut enjoindre à la personne morale concernée d'y procéder dans un délai qu'elle fixe. Faute de transmission du document dans ce délai, cette même autorité peut prononcer, à l'encontre de la personne contrôlée, l'astreinte mentionnée aux II et IV de l'article L. 313-14 du présent code.
- 15 « Art. L. 313-13-3. – Les règles de comptabilité analytique permettant de retracer l'utilisation des dotations publiques par un établissement ou un service médico-social et, le cas échéant, par son organisme gestionnaire et la personne morale sous le contrôle de laquelle il est placé, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, sont fixées par décret. » ;
- 16 5° Au premier alinéa du IV de l'article L. 313-14, la seconde occurrence du mot : « et » est remplacée par les mots : « ou, lorsque l'établissement ou le service concerné relève de l'objectif mentionné à l'article L. 314-3-1, à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Elles » ;
- 17 6° L'article L. 313-14-2 est ainsi modifié :
- 18 a) Au début du premier alinéa, les mots : « Pour les établissements et services relevant d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, » sont supprimés ;
- 19 b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- 20 « Une sanction financière peut en outre être prononcée dans les conditions définies aux III et IV de l'article L. 313-14. » ;
- 21 7° Après le même article L. 313-14-2, il est inséré un article L. 313-14-3 ainsi rédigé :
- 22 « Art. L. 313-14-3. – Lorsqu'un contrôle administratif réalisé sur le fondement de l'article L. 313-13 du présent code sur un établissement ou un service médico-social géré au sein d'un groupe de personnes morales placées, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, sous le contrôle d'une même personne morale ou un contrôle administratif sur un autre organisme du même groupe établit que toute autre personne morale ou physique, qu'elle soit membre de ce groupe ou non, a bénéficié, de manière injustifiée, de sommes versées au titre de l'article L. 314-3-1 du présent code à un établissement ou un service médico-social géré au sein de ce groupe, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut en demander le reversement à l'entité qui exerce le contrôle sur cet établissement ou ce service.
- 23 « Lorsqu'un tel contrôle établit qu'une partie des sommes perçues sans justification ont été versées, en application du présent titre, par un département ou une métropole, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut, à la demande de ce département ou de cette métropole, demander, pour le compte de celui-ci ou de celle-ci, le reversement de ces sommes à la personne morale ou physique qui en a indûment bénéficié. Une convention conclue entre la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et le département ou la métropole fixe les modalités de cette intervention, notamment les conditions de répartition des sommes recouvrées. »
- 24 I bis. – Le code des juridictions financières est ainsi modifié :
- 25 1° L'article L. 111-7 est ainsi modifié :
- 26 a) Les mots : « personnes morales » sont remplacés par les mots : « établissements et services », le mot : « mentionnées » est remplacé par le mot : « mentionnés » et le mot : « financées » est remplacé par le mot : « financés » ;
- 27 b) Sont ajoutés les mots et une phrase ainsi rédigée : « ainsi que par les usagers au titre du paiement de leur hébergement ou des prestations annexes ou suppléments qui leur sont facturés. Elle peut également contrôler les personnes morales qui exercent un contrôle, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, sur les établissements et les services mentionnés à la première phrase du présent article et celles qui détiennent plus de la moitié des voix dans les organes délibérants ou qui exercent, directement ou indirectement, un pouvoir prépondérant de décision ou de gestion sur ces mêmes établissements et services. » ;
- 28 2° Au a de l'article L. 134-1, après le mot : « maternité, », sont insérés les mots : « l'autonomie, » ;
- 29 3° L'article L. 211-7 est ainsi modifié :
- 30 a) Les mots : « personnes morales » sont remplacés par les mots : « établissements et services », le mot : « mentionnées » est remplacé par le mot : « mentionnés » et le mot : « financées » est remplacé par le mot : « financés » ;
- 31 b) Sont ajoutés les mots et une phrase ainsi rédigée : « ainsi que par les usagers au titre du paiement de leur hébergement ou des prestations annexes ou suppléments qui leur sont facturés. Elle peut également contrôler selon une périodicité régulière les personnes morales qui exercent un contrôle, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, sur les établissements et les services mentionnés à la première phrase du présent article et celles qui détiennent plus de la moitié des voix dans les organes délibérants ou qui exercent, directement ou indirectement, un pouvoir prépondérant de décision ou de gestion sur ces mêmes établissements et services. » ;

- 32 4° L'article L. 252-9-1 est ainsi modifié :
- 33 a) Les mots : « personnes morales » sont remplacés par les mots : « établissements et services », le mot : « mentionnées » est remplacé par le mot : « mentionnés » et le mot : « financées » est remplacé par le mot : « financés » ;
- 34 b) Sont ajoutés les mots et une phrase ainsi rédigée : « ainsi que par les usagers au titre du paiement de leur hébergement ou des prestations annexes ou suppléments qui leur sont facturés. Elle peut également contrôler selon une périodicité régulière les personnes morales qui exercent un contrôle, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, sur les établissements et les services mentionnés à la première phrase du présent article et celles qui détiennent plus de la moitié des voix dans les organes délibérants ou qui exercent, directement ou indirectement, un pouvoir prépondérant de décision ou de gestion sur ces mêmes établissements et services. » ;
- 35 5° L'article L. 262-10 est ainsi modifié :
- 36 a) Le premier alinéa est ainsi modifié :
- 37 – les mots : « personnes morales » sont remplacés par les mots : « établissements et services », le mot : « mentionnées » est remplacé par le mot : « mentionnés » et le mot : « financées » est remplacé par le mot : « financés » ;
- 38 – sont ajoutés les mots : « ainsi que par les usagers au titre du paiement de leur hébergement ou des prestations annexes ou suppléments qui leur sont facturés » ;
- 39 b) Le second alinéa est ainsi rédigé :
- 40 « Elle peut également contrôler selon une périodicité régulière les personnes morales qui exercent un contrôle, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, sur les établissements et les services mentionnés au premier alinéa du présent article et celles qui détiennent plus de la moitié des voix dans les organes délibérants ou qui exercent, directement ou indirectement, un pouvoir prépondérant de décision ou de gestion sur ces mêmes établissements et services. » ;
- 41 6° L'article L. 272-8 est ainsi modifié :
- 42 a) Les mots : « personnes morales » sont remplacés par les mots : « établissements et services », le mot : « mentionnées » est remplacé par le mot : « mentionnés » et le mot : « financées » est remplacé par le mot : « financés » ;
- 43 b) Sont ajoutés les mots et une phrase ainsi rédigée : « ainsi que par les usagers au titre du paiement de leur hébergement ou des prestations annexes ou suppléments qui leur sont facturés. Elle peut également contrôler selon une périodicité régulière les personnes morales qui exercent un contrôle, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, sur les établissements et les services mentionnés à la première phrase du présent article et celles qui détiennent plus de la moitié des voix dans les organes délibérants ou qui exercent, directement ou indirectement, un pouvoir prépondérant de décision ou de gestion sur ces mêmes établissements et services. »
- 44 II. – (*Non modifié*)

Article 32 bis A

- 1 Après le 2° de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un 2° *bis* ainsi rédigé :
- 2 « 2° *bis* De piloter et d'assurer l'animation et la coordination, dans le champ des politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées, d'un comité des autorités de contrôle. Un décret fixe la composition et les modalités de fonctionnement de ce comité ; ».

Article 32 bis B

- 1 Après le 4° de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un 4° *bis* ainsi rédigé :
- 2 « 4° *bis* De conclure avec la personne physique ou morale qui contrôle, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, plusieurs établissements ou services mentionnés au 6° de l'article L. 312-1 du présent code, un contrat pluriannuel d'objectifs. Ce contrat définit des objectifs en matière d'activité, de qualité de prise en charge, d'accompagnement et de développement d'établissements ou de services ; ».

Article 32 bis C

Le président du conseil départemental, ou son représentant, réunit tous les quatre mois les représentants des autorités, établissements et services disposant de compétences en matière de contrôle des établissements d'hébergement des personnes âgées. Un décret fixe la composition et les modalités de fonctionnement de ce comité.

Article 32 bis D

- 1 Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- 2 1° Après la deuxième phrase du deuxième alinéa du B du IV *ter* de l'article L. 313-12, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Il comporte des dispositions relatives au financement de l'évaluation de la qualité prévue à l'article L. 312-8. » ;
- 3 2° Avant la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 313-12-2, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Le contrat comporte des dispositions relatives au financement de l'évaluation de la qualité prévue à l'article L. 312-8. »

Article 32 bis E

Au deuxième alinéa de l'article L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles, après le mot : « intègre », sont insérés les mots : « un plan de maîtrise des risques professionnels et ».

Articles 32 bis et 32 ter
(Conformes)

Articles 32 quater à 32 sexies
(Supprimés)

Article 32 septies

Après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles, est insérée une phrase ainsi rédigée : « En cas de compétence conjointe, il ne peut être conclu qu'un seul contrat au sens du présent article pour les établissements et les services concernés. »

Article 33
(Conforme)

Article 33 bis

- ① I. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° (Supprimé)
- ③ 2° L'article L. 232-16 est ainsi modifié :
- ④ a) Au début, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- ⑤ b) Il est ajouté un II ainsi rédigé :
- ⑥ « II. – Dans des conditions prévues par décret pris après avis de l'Assemblée des départements de France, le contrôle d'effectivité des heures d'aide à domicile relevant du plan d'aide ne peut porter sur une période de référence inférieure à six mois. »
- ⑦ II. – Le 2° du I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

Articles 33 ter à 33 quinquies
(Conformes)

Articles 33 sexies et 33 septies
(Supprimés)

Article 34

- ① I. – (Non modifié)
- ② II. – Au premier alinéa du I de l'article L. 223-9 du code de la sécurité sociale, le taux : « 7,70 % » est remplacé par le taux : « 9 % ».
- ③ III. – (Non modifié)

Articles 34 bis et 34 ter
(Supprimés)

Article 35

- ① I. – L'article L. 281-2-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

② 1° Au premier alinéa, les mots : « auquel n'est pas attribué le forfait mentionné à l'article L. 281-2 » sont supprimés ;

③ 1° bis Le troisième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Cet accord tient compte des coûts de démarrage des projets d'habitat inclusif. » ;

④ 2° Le dernier alinéa est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

⑤ « Une annexe à l'accord, signée par le département et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et révisable dans les mêmes formes, recense, sous la forme d'une programmation pluriannuelle, les habitats inclusifs du département pour lesquels les dépenses départementales d'aide à la vie partagée font l'objet d'une couverture par le concours mentionné au troisième alinéa du présent article, pendant toute la durée de la convention mentionnée au deuxième alinéa et à hauteur d'un certain pourcentage de l'aide à la vie partagée versée par le département.

⑥ « Cette annexe précise le nombre et le montant des aides à la vie partagée retenus pour chaque habitat ainsi que le taux de couverture de ces aides par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Ce taux est d'au moins 65 % pour les habitats pour lesquels la convention mentionnée au même deuxième alinéa est signée entre le 31 décembre 2022 et le 31 décembre 2024. Il est d'au moins 50 % pour les habitats dont les conventions sont signées après le 31 décembre 2024.

⑦ « À compter du 1^{er} janvier 2025, les départements transmettent un bilan annuel de la mise en œuvre de l'aide à la vie partagée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie sur leur territoire. »

⑧ II. – (Non modifié)

⑨ III. – Les 1° bis et 2° du I entrent en vigueur le 31 décembre 2022. Le 1° du même I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

Article 35 bis A

① I. – À l'article L. 247-2 du code de l'action sociale et des familles, après le mot : « commun », sont insérés les mots : « conçu et mis en œuvre par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ».

② II. – La troisième phrase du 2° de l'article L. 223-5 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « et du système d'information commun mentionné à l'article L. 247-2 du code de l'action sociale et des familles ».

Article 35 bis B

Au deuxième alinéa du I de l'article 47 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, le nombre : « 200 » est remplacé par le nombre : « 261 ».

Article 35 bis C

- ① I. – À titre expérimental et pour une durée de trois ans, dans des zones définies par les agences régionales de santé, en lien avec les conseils territoriaux de santé mentionnés à l'article L. 1434–10 du code de la santé publique, l'État peut organiser dans les pôles d'activités et de soins adaptés l'accueil des personnes non-résidentes de l'établissement ayant des troubles du comportement modérés consécutifs particulièrement d'une maladie neuro-dégénérative associée à un syndrome démentiel, qui altèrent néanmoins la qualité de vie de la personne et de ses proches aidants, après l'avis du médecin coordonnateur.
- ② II. – Les modalités d'application de l'expérimentation sont définies par décret en Conseil d'État.
- ③ 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 35 bis D

- ① Le Gouvernement organise tous les deux ans, à compter du 1^{er} janvier 2023, une conférence nationale des générations et de l'autonomie à laquelle il convie notamment les représentants des départements, des organismes de sécurité sociale, des organismes gestionnaires des établissements ou des services sociaux et médico-sociaux, les associations représentatives des personnes âgées et des personnes handicapées, les organisations syndicales et patronales représentatives et les organismes et personnalités qualifiés, afin de débattre des orientations et des moyens financiers de la politique de soutien à l'autonomie. Les participants à cette conférence ne sont pas rémunérés et aucuns frais liés à l'organisation de cette conférence ne peuvent être pris en charge par une personne publique.
- ② La conférence décrit à cette fin dans un document public les évolutions et les perspectives à moyen et long termes du vieillissement de la population et de la perte d'autonomie au regard des évolutions démographiques, médicales, économiques et sociales, ainsi que les besoins de financement appelés par de telles projections. Elle contribue par tous moyens à l'information la plus large de la société et ses conclusions peuvent donner lieu à un débat à l'Assemblée nationale et au Sénat.
- ③ Un décret fixe les modalités d'application du présent article.

**Articles 35 bis et 35 ter
(Conformes)****Article 35 quater
(Supprimé)****Article 35 quinquies
(Conforme)****Articles 35 sexies et 35 septies
(Supprimés)**

CHAPITRE VI

MODERNISER LES PRESTATIONS FAMILIALES

Article 36

- ① I. – L'article L. 531–5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le premier alinéa du I est ainsi modifié :
- ③ a) La dernière occurrence du mot : « à » est remplacée par les mots : « au premier alinéa de » ;
- ④ b) Sont ajoutés les mots et une phrase ainsi rédigée : « , à la condition que la rémunération horaire de cette personne n'excède pas un plafond fixé par décret. Ce décret peut fixer des plafonds distincts selon que la personne employée est un assistant maternel agréé ou un salarié mentionné au même premier alinéa. » ;
- ⑤ 2° Le II est ainsi modifié :
- ⑥ a) Après le mot : « enfant », la fin du premier alinéa est supprimée ;
- ⑦ b) Le second alinéa est ainsi modifié :
- ⑧ – à la première phrase, la première occurrence du mot : « à » est remplacée par les mots : « au premier alinéa de » ;
- ⑨ – la dernière phrase est ainsi rédigée : « Il est revalorisé à la date mentionnée à l'article L. 551–1, par application du coefficient mentionné à l'article L. 161–25. » ;
- ⑩ 3° Le III est ainsi rédigé :
- ⑪ « III. – Le montant mentionné au b du I est calculé en fonction d'un barème qui prend en considération :
- ⑫ « 1° Les ressources du ménage, dans la limite d'un plancher et d'un plafond ;
- ⑬ « 2° Le nombre d'enfants à charge au sens de l'article L. 512–1 et, s'il y a lieu, la charge d'un enfant ouvrant droit à la prestation prévue à l'article L. 541–1 ;
- ⑭ « 3° Le mode d'accueil rémunéré ;
- ⑮ « 4° Le nombre d'heures d'accueil ou de garde rémunérées ;
- ⑯ « 5° Le cas échéant, les périodes d'accueil ou de garde ;

- 17 « 6° Le salaire net versé à la personne qui assure la garde de l'enfant et, s'il y a lieu, les indemnités mentionnées à l'article L. 423-4 du code de l'action sociale et des familles.
- 18 « L'aide est calculée par enfant en cas d'emploi d'un assistant maternel agréé, et par ménage en cas d'emploi d'une personne mentionnée au premier alinéa de l'article L. 7221-1 du code du travail.
- 19 « Son barème est revalorisé chaque année à la date mentionnée à l'article L. 551-1 du présent code, dans des conditions fixées par voie réglementaire. » ;
- 20 4° Le IV est ainsi modifié :
- 21 a) À la première phrase, les mots : « , à un montant réduit, » sont supprimés ;
- 22 b) La seconde phrase est ainsi rédigée : « Cet âge limite peut être fixé à une valeur supérieure pour les parents isolés. » ;
- 23 5° Le V devient un VI et le mot : « détermine » est remplacé par les mots : « définit les conditions d'application du présent article ainsi que » ;
- 24 6° Le V est ainsi rétabli :
- 25 « V. – En cas de résidence alternée de l'enfant au domicile de chacun des parents telle que prévue à l'article 373-2-9 du code civil, mise en œuvre de manière effective, un décret fixe les modalités et les conditions du bénéfice par ceux-ci du complément de libre choix du mode de garde. » ;
- 26 7° Il est ajouté un VII ainsi rédigé :
- 27 « VII. – Selon des modalités fixées par décret, le versement du montant mentionné au *b* du I est suspendu sans délai lorsque le ménage ou la personne mentionnée au premier alinéa du même I cesse de rémunérer l'assistant maternel agréé ou la personne mentionnée à l'article L. 772-1 du code du travail qu'elle emploie.
- 28 « Le décret mentionné au premier alinéa du présent VII prévoit notamment les modalités selon lesquelles l'assistant maternel agréé ou la personne mentionnée à l'article L. 772-1 du code du travail peut signaler le défaut de paiement à l'organisme débiteur des prestations familiales ou à l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code.
- 29 « Par dérogation au premier alinéa du I de l'article L. 133-5-12, l'adhésion à l'intermédiation prévue au même article L. 133-5-12 du ménage ou de la personne mentionnée au premier alinéa du présent VII, ayant régularisé sa situation d'impayé, est obligatoire en vue de bénéficier à nouveau du complément de libre choix du mode de garde. En cas de nouveau défaut de paiement, les conditions prévues au dernier alinéa du I de l'article L. 133-5-12 demeurent applicables. »
- 30 I *bis* et I *ter*. – (*Non modifiés*)

31 I *quater*. – À la fin du dernier alinéa de l'article L. 531-6 du code de la sécurité sociale, les mots : « par décret » sont remplacés par les mots : « chaque année par décret après avis du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge ».

32 II à IV. – (*Non modifiés*)

33 V. – Le présent article est applicable aux compléments de libre choix du mode de garde versés au titre des gardes assurées à compter d'une date fixée par décret, et au plus tard à compter du 1^{er} juillet 2025. Ce décret peut prévoir une date distincte pour l'entrée en vigueur du 6° du I, au plus tard le 1^{er} décembre 2025. Toutefois, le 7° du même I entre en vigueur dès la publication de la présente loi.

34 VI. – (*Non modifié*)

Article 36 bis

Le premier alinéa de l'article L. 632-2 du code général de la fonction publique est complété par les mots : « , dans les mêmes conditions que celles prévues pour les salariés à l'article L. 1225-62 du code du travail ».

Article 36 ter (Conforme)

Articles 36 quater, 37 et 37 bis (Supprimés)

CHAPITRE VI *BIS*

MESURES DE SOUTIEN À L'EMPLOI DES SENIORS ET DE SAUVEGARDE DU SYSTÈME DE RETRAITES (DIVISION NOUVELLE)

Article 37 ter

- 1 I. – Une convention nationale pour l'emploi des seniors et la sauvegarde du système de retraites composée de représentants des organisations syndicales de salariés et des organisations professionnelles d'employeurs reconnues représentatives au niveau national et interprofessionnel, de l'État et des associations familiales et de retraités, ainsi que de personnalités choisies en raison de leur expérience et de leur compétence est chargée de proposer au Gouvernement la mise en œuvre de mesures tendant à :
- 2 1° Favoriser le maintien des seniors dans l'emploi, notamment par l'adaptation des dispositifs de retraite progressive et de cumul emploi-retraite ;
- 3 2° Garantir une juste prise en compte de la pénibilité du travail, du handicap et des carrières longues dans la définition des conditions d'ouverture et de calcul des droits à pension et d'accès aux minima de pension, ainsi que pour l'aménagement du temps de travail ;
- 4 3° Harmoniser les règles d'attribution des pensions de réversion et des majorations de pension pour enfants entre les régimes obligatoires de base ;
- 5 4° Assurer l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes ;

- ⑥ 5° Rétablir l'équilibre financier de l'ensemble des régimes obligatoires de base à l'horizon 2033.
- ⑦ Les membres de cette convention ne sont pas rémunérés et aucuns frais liés au fonctionnement de cette convention ne peuvent être pris en charge par une personne publique.
- ⑧ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑨ 1° L'article L. 161–17–2 est ainsi modifié :
- ⑩ a) Au premier alinéa, le mot : « soixante-deux » est remplacé par le mot : « soixante-quatre » et, à la fin, l'année : « 1955 » est remplacée par l'année : « 1967 » ;
- ⑪ b) Après les mots : « 1^{er} janvier », la fin du deuxième alinéa est ainsi rédigée : « 1967 et, pour ceux nés entre le 1^{er} juillet 1963 et le 31 décembre 1966, de manière croissante à raison de trois mois par génération. » ;
- ⑫ c) Les 1° et 2° sont abrogés ;
- ⑬ 2° L'article L. 161–17–3 est ainsi modifié :
- ⑭ a) Au 2°, l'année : « 1963 » est remplacée par l'année : « 1961 » ;
- ⑮ b) Au 3°, l'année : « 1964 » est remplacée par l'année : « 1962 » et l'année : « 1966 » est remplacée par l'année : « 1963 » ;
- ⑯ c) Au 4°, l'année : « 1967 » est remplacée par l'année : « 1964 » et l'année : « 1969 » est remplacée par l'année : « 1965 » ;
- ⑰ d) Au 5°, l'année : « 1970 » et l'année : « 1972 » sont respectivement remplacées par l'année : « 1966 » ;
- ⑱ e) Au 6°, l'année : « 1973 » est remplacée par l'année : « 1967 » ;
- ⑲ 3° À la fin du 1° de l'article L. 351–8, les mots : « prévu à l'article L. 161–17–2 augmenté de cinq années » sont remplacés par les mots : « de soixante-sept ans ».
- ⑳ III. – Un décret en Conseil d'État détermine les modalités et le calendrier selon lesquels les régimes mentionnés à l'article L. 711–1 du code de la sécurité sociale convergent vers les paramètres définis au II du présent article avant le 1^{er} janvier 2033.
- ㉑ IV. – Les II et III entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2024.

CHAPITRE VII

SIMPLIFIER ET MODERNISER LE SERVICE PUBLIC DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 38

- ① I et II. – (*Non modifiés*)
- ② III. – A. – L'article 21 de l'ordonnance n° 2002–149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans le Département de Mayotte est ainsi modifié :

- ③ 1° Le mot : « familiaux » est remplacé par le mot : « moraux » ;
- ④ 2° Sont ajoutés trois alinéas ainsi rédigés :
- ⑤ « Lorsque le centre des intérêts matériels et moraux des personnes mentionnées au premier alinéa du présent article est situé dans l'un des territoires mentionnés à l'article L. 111–2 du code de la sécurité sociale :
- ⑥ « 1° Les prestations familiales sont versées par une ou plusieurs caisses d'allocations familiales désignées par le directeur de l'organisme national compétent en application de l'article L. 122–6 du même code, selon les règles applicables dans le territoire concerné ;
- ⑦ « 2° Le taux et l'assiette de la cotisation due à la Caisse nationale des allocations familiales pour ces personnes sont ceux qui sont applicables aux magistrats et aux fonctionnaires civils et militaires dans le territoire concerné. »
- ⑧ B. – Le A du présent III entre en vigueur le 1^{er} janvier 2023, sauf en ce qui concerne le complément de libre choix du mode de garde mentionné à l'article L. 531–5 du code de la sécurité sociale, pour lequel ces dispositions entrent en vigueur à la date mentionnée au 3° du II de l'article 7 de l'ordonnance n° 2021–1553 du 1^{er} décembre 2021 relative à l'extension, à l'amélioration et à l'adaptation de certaines prestations de sécurité sociale à Mayotte.

Article 39 (*Conforme*)

Article 40

- ① I. – (*Non modifié*)
- ② II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ③ 1° L'article L. 752–6 est ainsi modifié :
- ④ a) Les quatre premiers alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤ « Lorsqu'un assuré mentionné aux I ou II de l'article L. 752–1 est victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, une rente lui est attribuée si son taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à un taux fixé par décret. » ;
- ⑥ b) Au cinquième alinéa, les mots : « l'organisme assureur » sont remplacés par les mots : « la caisse » ;
- ⑦ c) Le sixième alinéa est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :
- ⑧ « Pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole relevant du I de l'article L. 752–1 du présent code, la rente est égale au gain forfaitaire annuel mentionné à l'article L. 752–5 multiplié par le taux d'incapacité, qui peut être préalablement réduit ou augmenté, selon des modalités définies par décret, en fonction de la gravité de l'incapacité.

- ⑨ « Pour les autres assurés mentionnés au I de l'article L. 752-1, la rente est égale, en cas d'incapacité permanente totale, au gain forfaitaire annuel mentionné à l'article L. 752-5 et, en cas d'incapacité permanente partielle, à la moitié de ce gain multipliée par le taux d'incapacité, qui peut être préalablement réduit ou augmenté, selon des modalités définies par décret, en fonction de la gravité de l'incapacité.
- ⑩ « Pour les assurés relevant du II de l'article L. 752-1, la rente est égale à un pourcentage, fixé par arrêté du ministre chargé de l'agriculture, du gain forfaitaire annuel mentionné à l'article L. 752-5 multiplié par le taux d'incapacité, qui peut être préalablement réduit ou augmenté, selon des modalités définies par décret, en fonction de la gravité de l'incapacité.
- ⑪ « La rente est revalorisée chaque année dans les conditions prévues à l'article L. 434-17 du code de la sécurité sociale. » ;
- ⑫ *d)* À l'avant-dernier alinéa, les mots : « prévue au sixième alinéa » sont remplacés par les mots : « prévues aux troisième à cinquième alinéas » ;
- ⑬ 2° Au dernier alinéa du I de l'article L. 732-56, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « premier » ;
- ⑭ 3° À l'article L. 752-7, les mots : « au sixième alinéa » sont remplacés par les mots : « aux troisième à cinquième alinéas ».
- ⑮ III. – (*Non modifié*)

Article 40 bis

- ① I. – Le *c* du 2° de l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « ainsi que leurs ayants droit ».
- ② II. – À la deuxième phrase du dernier alinéa de l'article L. 491-3 du code de la sécurité sociale, le mot : « peut » est remplacé par les mots : « et ses ayants droit peuvent ».

Article 40 ter (Conforme)

Article 40 quater

- ① Le II de l'article 11 de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat est ainsi modifié :
- ② 1° Après la deuxième occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « ainsi que les droits en cours de constitution par les membres élus des organismes mentionnés aux articles L. 510-1 et L. 723-1 du code rural et de la pêche maritime » ;
- ③ 2° La première occurrence des mots : « dudit code » est remplacée par les mots : « du code de la sécurité sociale ».

CHAPITRE VIII

RENFORCER LES ACTIONS DE LUTTE CONTRE LES ABUS ET LES FRAUDES

Article 41

- ① I. – Le chapitre IV *ter* du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 114-10 est ainsi modifié :
- ③ *a)* Au début de la dernière phrase du premier alinéa, les mots : « Ces agents ont qualité pour dresser des procès-verbaux faisant » sont remplacés par les mots : « Les constatations établies à cette occasion par ces agents font » ;
- ④ *b)* À la seconde phrase du second alinéa, les mots : « également foi à l'égard de ce dernier organisme dont le directeur » sont remplacés par les mots : « foi dans les mêmes conditions que celles mentionnées au premier alinéa et le directeur de ce dernier organisme » ;
- ⑤ 2° La première phrase du second alinéa de l'article L. 114-10-1 est ainsi rédigée : « Les constatations que ces agents transmettent à un autre organisme de protection sociale font foi dans les mêmes conditions que celles mentionnées au premier alinéa de l'article L. 114-10. » ;
- ⑥ 3° Après le premier alinéa de l'article L. 114-16, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑦ « Les greffiers des tribunaux de commerce peuvent également communiquer, à titre gratuit, aux agents mentionnés à l'article L. 114-16-3 tout renseignement et tout document qu'ils recueillent à l'occasion de l'exercice de leurs missions, de nature à faire présumer de telles fraudes ou manœuvres. » ;
- ⑧ 4° L'article L. 114-17 est ainsi modifié :
- ⑨ *a)* Le septième alinéa du I est ainsi modifié :
- ⑩ – au début, est ajoutée la mention : « II. – » ;
- ⑪ – les deux dernières phrases sont supprimées ;
- ⑫ *b)* Le huitième alinéa du même I est supprimé ;
- ⑬ *c)* Le neuvième alinéa dudit I est ainsi modifié :
- ⑭ – la première phrase est supprimée ;
- ⑮ – à la seconde phrase, les mots : « des articles L. 262-52 ou L. 262-53 » sont remplacés par les mots : « de l'article L. 262-52 » ;
- ⑯ *d)* Les quatre derniers alinéas du même I sont supprimés ;
- ⑰ *e)* Le II devient le III ;
- ⑱ *f)* Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑲ « Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;

- 20 5° L'article L. 114-17-1 est ainsi modifié :
- 21 *aa)* Au premier alinéa du I, les mots : « d'une pénalité prononcée » sont remplacés par les mots : « d'un avertissement ou d'une pénalité prononcés » ;
- 22 *a)* Le III est ainsi modifié :
- 23 – le deuxième alinéa est supprimé ;
- 24 – il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- 25 « Le directeur ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalité prévu au présent article et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner les mêmes faits. » ;
- 26 *b)* Les IV et V sont abrogés ;
- 27 *c)* (*Supprimé*)
- 28 *d)* Le VI, le VII, le VII *bis* et le VIII deviennent respectivement le V, le IV, le VI, le VI et, au second alinéa du VI devenu le V, les mots : « au V » sont remplacés par les mots : « au II de l'article L. 114-17-2 » ;
- 29 *e)* Le VII devient le IV et est ainsi modifié :
- 30 – le 1° est abrogé ;
- 31 – le 2°, le 3° et le 4° deviennent respectivement le 1°, le 2° et le 3° ;
- 32 – le 2° devient le 1° et est ainsi modifié :
- 33 *i)* À la première phrase, le taux : « 200 % » est remplacé par les mots : « 300 % des sommes concernées » et le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « huit » ;
- 34 *ii)* À la seconde phrase, le taux : « 300 % » est remplacé par le taux : « 400 % » et les mots : « dans la limite de huit » sont remplacés par les mots : « et jusqu'à seize » ;
- 35 – le 4° devient le 3° et le mot : « dernier » est remplacé par le mot : « deuxième » ;
- 36 5° *bis* Après l'article L. 114-17-1, il est inséré un article L. 114-17-2 ainsi rédigé :
- 37 « *Art. L. 114-17-2. – I. –* Le directeur de l'organisme mentionné aux articles L. 114-17 ou L. 114-17-1 notifie la description des faits reprochés à la personne physique ou morale qui en est l'auteur afin qu'elle puisse présenter ses observations dans un délai fixé par voie réglementaire. À l'expiration de ce délai, le directeur :
- 38 « 1° Décide de ne pas poursuivre la procédure ;
- 39 « 2° Notifie à l'intéressé un avertissement ;
- 40 « 3° Ou saisit la commission mentionnée au II du présent article. À réception de l'avis de la commission, le directeur :
- 41 « *a)* Soit décide de ne pas poursuivre la procédure ;
- 42 « *b)* Soit notifie à l'intéressé un avertissement ;
- 43 « *c)* Soit notifie à l'intéressé la pénalité qu'il décide de lui infliger, en indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter ou les modalités selon lesquelles elle sera récupérée sur les prestations à venir. La pénalité est motivée et peut être contestée devant le tribunal judiciaire spécialement désigné en application de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire.
- 44 « En l'absence de paiement de la pénalité dans le délai prévu, le directeur envoie une mise en demeure à l'intéressé de payer dans un délai fixé par voie réglementaire. Lorsque la mise en demeure est restée sans effet, le directeur peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal judiciaire spécialement désigné en application du même article L. 211-16, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux pénalités qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure.
- 45 « La pénalité peut être recouvrée par retenues sur les prestations à venir. Il est fait application, pour les retenues sur les prestations versées par les organismes débiteurs de prestations familiales, des articles L. 553-2 et L. 845-3 du présent code et de l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, pour les retenues sur les prestations versées par les organismes d'assurance vieillesse, des articles L. 355-2 et L. 815-11 du présent code et, pour les retenues sur les prestations versées par les organismes d'assurance maladie aux assurés sociaux, de l'article L. 133-4-1.
- 46 « Les faits pouvant donner lieu au prononcé d'une pénalité se prescrivent selon les règles définies à l'article 2224 du code civil. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de l'organisme concerné.
- 47 « II. – La pénalité ne peut être prononcée qu'après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil ou du conseil d'administration de l'organisme. Lorsqu'est en cause une des personnes mentionnées au 3° du I de l'article L. 114-17-1 du présent code, des représentants de la même profession ou des établissements concernés participent à cette commission.
- 48 « La commission mentionnée au premier alinéa du présent II apprécie la responsabilité de la personne physique ou morale dans la réalisation des faits reprochés. Si elle l'estime établie, elle propose le prononcé d'une pénalité dont elle évalue le montant.
- 49 « L'avis de la commission est adressé simultanément au directeur de l'organisme et à l'intéressé.
- 50 « III. – Lorsque la pénalité est prononcée par le directeur de l'organisme mentionné à l'article L. 114-17, elle peut être prononcée sans solliciter l'avis de la commission mentionnée au II du présent article dans les cas où le préjudice constaté par la caisse ne dépasse pas un montant de quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.

- 51 « IV. – Lorsque la pénalité est prononcée par le directeur de l'organisme mentionné à l'article L. 114-17-1, elle peut être prononcée sans solliciter l'avis de la commission mentionnée au II du présent article dans les cas de fraude définis par voie réglementaire. » ;
- 52 6° L'article L. 114-19 est ainsi modifié :
- 53 a) Après le 3°, il est inséré un 4° ainsi rédigé :
- 54 « 4° Aux agents des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code et à l'article L. 725-3 du code rural et de la pêche maritime pour le recouvrement des créances relatives à une infraction aux interdictions de travail dissimulé mentionnées à l'article L. 8221-1 du code du travail. » ;
- 55 b) À la deuxième phrase du cinquième alinéa, les mots : « peuvent faire l'objet d'une interconnexion avec les données des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 » sont remplacés par les mots : « par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code et les organismes mentionnés à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime peuvent, » et sont ajoutés les mots : « , faire l'objet d'une interconnexion avec les données dont ces mêmes organismes disposent » ;
- 56 c) À la première phrase de l'avant-dernier alinéa, le mot : « cinquième » est remplacé par le mot : « sixième » ;
- 57 6° bis Le second alinéa de l'article L. 114-19-1 est ainsi rédigé :
- 58 « Le document mentionné au I de l'article 1649 *ter* A du code général des impôts et les informations similaires reçues d'autres États sont adressés par l'administration fiscale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et à la Caisse nationale des allocations familiales, au plus tard le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a elle-même reçu le document ou les informations. Les données ainsi obtenues peuvent faire l'objet d'une interconnexion avec les données des organismes mentionnés aux articles L. 212-1 et L. 213-1 du présent code au titre de l'accomplissement de leurs missions de contrôle et de lutte contre le travail dissimulé. » ;
- 59 7° Est ajoutée une section 3 ainsi rédigée :
- 60 « SECTION 3
- 61 « **RECHERCHE ET CONSTATATION DES INFRACTIONS**
- 62 « Art. L. 114-22-3. – I. – Les agents de contrôle mentionnés à l'article L. 114-10 du présent code, à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime et à l'article L. 5312-13-1 du code du travail, commissionnés par le directeur de l'organisme national dont relève l'organisme qui les emploie, sont habilités à rechercher et à constater les infractions mentionnées aux articles 313-1, 313-3, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal lorsqu'elles sont de nature à porter préjudice aux organismes de protection sociale.
- 63 « Ils ont, pour l'exercice de ces missions, compétence sur l'ensemble du territoire national.
- 64 « Les infractions sont constatées par des procès-verbaux, qui font foi jusqu'à preuve du contraire. Ces procès-verbaux sont transmis directement au procureur de la République ainsi qu'à la personne concernée après autorisation de ce dernier.
- 65 « II. – Aux seules fins de constater les infractions mentionnées au I commises par la voie des communications électroniques et lorsque les nécessités de l'enquête le justifient, ces agents peuvent procéder sous pseudonyme aux actes suivants, sans être pénalement responsables :
- 66 « 1° Participer à des échanges électroniques, y compris avec les personnes susceptibles d'être les auteurs de ces infractions ;
- 67 « 2° Extraire ou conserver par ce moyen les données sur les personnes susceptibles d'être les auteurs de ces infractions et tout élément de preuve.
- 68 « À peine de nullité, ces actes ne peuvent constituer une incitation à commettre une infraction.
- 69 « III. – Ces agents peuvent également recueillir tout renseignement et toute justification et se faire remettre copie des documents de toute nature, quel que soit leur support et en quelques mains qu'ils se trouvent, nécessaires à l'accomplissement de leur mission. Ils peuvent, en cas de support informatisé, avoir accès aux logiciels et aux données stockées correspondants ainsi qu'à la restitution en clair des informations propres à faciliter l'accomplissement de leur mission. Ils peuvent en demander la transcription par tout traitement approprié en des documents directement utilisables pour les besoins de leur mission.
- 70 « IV. – Ces agents peuvent aussi procéder, sur convocation ou sur place, aux auditions de toute personne susceptible d'apporter des éléments utiles à leurs constatations. Ils en dressent un procès-verbal, qui doit comporter les questions auxquelles il est répondu. Les personnes entendues procèdent elles-mêmes à sa lecture, peuvent y faire consigner leurs observations et y apposent leur signature. Si elles déclarent ne pas pouvoir lire, leur lecture en est faite par l'agent préalablement à la signature. En cas de refus de signer le procès-verbal, mention en est faite sur celui-ci.
- 71 « V. – Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »
- 72 I bis, I ter, II, II bis à II septies, III et IV. – (*Non modifiés*)

Article 41 bis

- ① I. – (*Non modifié*)
- ② II. – Le I entre en vigueur le 1^{er} juillet 2023.

Article 42 (Conforme)

Article 43

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

- ② 1° À l'article L. 321-1, le mot : « traitant » est supprimé ;
- ③ 2° Après le même article L. 321-1, il est inséré un article L. 321-1-1 ainsi rédigé :
- ④ « *Art. L. 321-1-1.* – Les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une téléconsultation ne donnent lieu au versement d'indemnités journalières que si l'incapacité physique a été constatée, dans les conditions prévues à l'article L. 321-1, par le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 ou par un médecin ayant déjà reçu l'intéressé en consultation depuis moins d'un an.
- ⑤ « Les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une téléconsultation ne peuvent donner lieu au versement d'indemnités journalières que pour une durée maximale définie par décret.
- ⑥ « Le renouvellement d'un arrêt de travail prescrit à l'occasion d'une téléconsultation ne peut donner lieu au versement d'indemnités journalières que s'il est prescrit à l'occasion d'une consultation permettant un examen clinique.
- ⑦ « Les plateformes de téléconsultation informent les professionnels de santé et les assurés des règles applicables en matière d'indemnisation des arrêts de travail prescrits lors de téléconsultations. » ;
- ⑧ 3° L'article L. 433-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑨ « Les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une téléconsultation ne donnent lieu au versement d'indemnités journalières que dans les conditions mentionnées à l'article L. 321-1-1. »
- ⑩ II. – Le I du présent article est applicable aux arrêts de travail prescrits à compter du 1^{er} mars 2023.

Article 44
(Supprimé)

TITRE II

**DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSES
DES BRANCHES ET DES ORGANISMES
CONCOURANT AU FINANCEMENT
DES RÉGIMES OBLIGATOIRES**

Article 45

- ① I à IV. – (Non modifiés)
- ② V. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Agence nationale de santé publique, mentionnée à l'article L. 1413-1 du code de la santé publique, est fixé à un maximum de 211,96 millions d'euros. Une dotation exceptionnelle peut être accordée en 2023 au titre de la prévention épidémique et de la constitution de stocks stratégiques, dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, dans la limite de 600 millions d'euros.
- ③ VI. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

- ④ 1° À la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 1111-24, les mots : « arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « la loi » ;
- ⑤ 2° À la seconde phrase du 4° de l'article L. 1222-8, après le mot : « maladie », sont insérés les mots : « , dont le montant est fixé chaque année par la loi, » ;
- ⑥ 3° Le 2° des articles L. 1413-12 et L. 1418-7 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le montant de cette dotation est fixé chaque année par la loi ; »
- ⑦ 4° Après le premier alinéa de l'article L. 4021-6, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑧ « Les ressources de l'Agence nationale du développement professionnel continu sont constituées notamment d'une contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi. » ;
- ⑨ 5° Le 5° de l'article L. 5321-2 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le montant de cette dotation est fixé chaque année par la loi. » ;
- ⑩ 6° L'article L. 6113-10-2 est ainsi modifié :
- ⑪ a) À la fin de la première phrase du 1°, les mots : « arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « la loi » ;
- ⑫ b) Le 2° est complété par les mots : « dont le montant est fixé chaque année par la loi ».
- ⑬ VII. – À la première phrase du 2° de l'article L. 161-45 du code de la sécurité sociale, les mots : « arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « la loi ».
- ⑭ VIII. – À la fin de la deuxième phrase de l'article L. 453-5 du code général de la fonction publique, les mots : « arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « la loi ».
- ⑮ IX. – À la fin de la deuxième phrase de l'article L. 756-2-1 du code de l'éducation, les mots : « arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « la loi ».
- ⑯ X. – Le 2° du I de l'article 4 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le montant de cette dotation est fixé chaque année par la loi ; ».

Article 46
(Conforme)

Article 46 bis

- ① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 861-2 est ainsi modifié :
- ③ a) Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ce droit est également attribué automatiquement aux jeunes majeurs âgés de moins de vingt-

cinq ans étant à la charge, au sens du cinquième alinéa du même article L. 861-1, de bénéficiaires du revenu de solidarité active. » ;

- ④ *b)* Au dernier alinéa, les mots : « n'ayant pas » sont remplacés par les mots : « ainsi que leur conjoint, leur concubin ou le partenaire auquel ils sont liés par un pacte civil de solidarité à condition qu'ils n'aient pas » ;
- ⑤ 2° À la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 861-5, le mot : « active, » est remplacé par les mots : « active et les jeunes majeurs mentionnés à la dernière phrase du deuxième alinéa de l'article L. 861-2, les bénéficiaires ».

Article 47
(Supprimé)

Article 47 bis A

Un dépassement anticipé du montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ordre de plus de 1 % du montant inscrit à l'article 47 de la présente loi constitue une remise en cause des conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale au sens de l'article L. O. 111-9-2-1 du code de la sécurité sociale.

Article 47 bis B

- ① I. – L'article 35 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 est ainsi modifié :
- ② 1° Au troisième alinéa du V, les mots : « le 1^{er} janvier » sont remplacés par les mots : « au plus tard le 1^{er} juillet » ;
- ③ 2° Au 1° du VI, la date : « 31 décembre 2025 » est remplacée par la date : « 28 février 2026 » ;
- ④ 3° Au début du 2° du même VI, les mots : « À compter du 1^{er} janvier 2023 et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2025 » sont remplacés par les mots : « À compter du 1^{er} juillet 2023 et au plus tard jusqu'au 28 février 2026 » ;
- ⑤ 4° Le septième alinéa dudit VI est ainsi rédigé :
- ⑥ « Pour les activités mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 162-22, 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. Pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22, les valeurs mentionnées au quatrième alinéa du présent VI prennent effet, pour l'année 2023, à compter du 1^{er} juillet et jusqu'au 28 février 2025 et pour l'année 2025, à compter du 1^{er} mars jusqu'au 28 février 2026. »
- ⑦ II. – La deuxième phrase du II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) est ainsi rédigée : « Au plus tard jusqu'au 30 juin 2023, par dérogation à l'article L. 162-20-1 dudit code, les tarifs applicables en 2022 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. »

⑧ III. – L'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est ainsi modifié :

- ⑨ 1° Le III est ainsi modifié :
- ⑩ *a)* Aux 2° et 6° du E, les mots : « au 31 décembre 2022 » sont remplacés par les mots : « et au plus tard jusqu'au 30 juin 2023 » ;
- ⑪ *b)* À la fin des *a* et *b* du 3° du même E, la date : « 1^{er} janvier » est remplacée par la date : « 30 juin » ;
- ⑫ *c)* Le premier alinéa du F est ainsi rédigé :
- ⑬ « Par dérogation à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, du 1^{er} mars 2017 au plus tard jusqu'au 30 juin 2023, le montant forfaitaire prévu au *b* du 2° du E du présent III n'est pas facturé par les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du même code à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 dudit code. » ;
- ⑭ *d)* Le G est abrogé ;
- ⑮ *e)* Au H, les mots : « du 1^{er} janvier » sont remplacés par les mots : « au plus tard du 1^{er} juillet » ;
- ⑯ 2° Aux V et VI, les mots : « au 31 décembre 2022 » sont remplacés par les mots : « et au plus tard jusqu'au 30 juin 2023 ».

Article 47 bis

- ① I. – *(Non modifié)*
- ② II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ③ 1° À l'intitulé de la section 7 du chapitre IV du titre I^{er} du livre I^{er}, les mots : « d'alerte » sont remplacés par les mots : « de suivi » ;
- ④ 2° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 114-4-1, à la première phrase du II de l'article L. 162-14-1-1, à la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-16-1, à la première phrase du II *bis* de l'article L. 162-22-10 et à la seconde phrase du dixième alinéa de l'article L. 221-3-1, les mots : « d'alerte » sont remplacés par les mots : « de suivi ».

Article 48

- ① I et II. – *(Non modifiés)*
- ② III. – Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 1 milliard d'euros au titre de l'année 2023.
- ③ IV. – *(Non modifié)*
- ④ V. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du III est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

Article 49
(Conforme)

Article 49 bis

- ① I. – *(Non modifié)*
- ② II. – L'article L. 161–22 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ③ 1° Au huitième alinéa, après le mot : « alinéas », sont insérés les mots : « et celles des deux premiers alinéas des articles L. 634–6 et L. 643–6 » ;
- ④ 2° Après le 7°, il est inséré un 8° ainsi rédigé :
- ⑤ « 8° Activités exercées, dans les zones mentionnées au 1° de l'article L. 1434–4 du code de la santé publique, en qualité de professionnel de santé au sens de la quatrième partie du même code. » ;
- ⑥ 3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑦ « Les modalités d'application du présent article sont déterminées par voie réglementaire. »

Articles 49 ter et 50 à 53
(Conformes)

ANNEXE A

Rapport retraçant la situation patrimoniale, au 31 décembre 2021, 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 2021 (Conforme)

ANNEXE B

Rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses, par branche, des régimes obligatoires de base, 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 de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) pour la période 2023–2026.

Le solde des régimes obligatoires de base a connu une dégradation sans précédent en 2020 sous l'effet des dépenses de la crise sanitaire et de la récession qui a suivi, atteignant le niveau de –39,7 milliards d'euros. Il s'est redressé en 2021 à –24,3 milliards d'euros, sous l'effet de la reprise progressive de l'activité et de l'atténuation graduelle des contraintes sanitaires.

La reprise de l'activité économique se poursuit en 2022, emportant une progression marquée des recettes de la sécurité sociale. Les dépenses liées à la crise sanitaire diminueraient sensiblement tandis que le contexte de forte inflation conduirait à une hausse des prestations, notamment à la faveur de la revalorisation anticipée mise en œuvre au 1^{er} juillet 2022 (I). Les comptes de la sécurité sociale demeureraient toutefois fortement dégradés à moyen terme, sous l'effet de recettes durablement affectées par la crise, d'une hausse des dépenses de la branche Maladie et de la dégradation des comptes de la branche Vieillesse. La trajectoire présentée traduirait également la mise en œuvre des mesures envisagées par le Gouvernement pour le quinquennat (II). La branche Vieillesse serait dans une situation de déficits élevés durant les années à venir. La branche Maladie présenterait également des déficits élevés, bien que plus réduits, notamment du fait d'un transfert entre la branche Famille et la branche Maladie dès 2023. La branche Famille et la branche Accidents du travail et maladies professionnelles (AT–MP) dégageraient des excédents. 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, lui permettant de financer dans la durée les dépenses prévues dans la présente loi de financement de la sécurité sociale (III).

I. – Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 intervient dans un contexte de poursuite du rebond de l'activité, mais également de forte poussée de l'inflation en lien avec la situation géopolitique et sur les marchés de l'énergie

Après un rebond de l'économie particulièrement marqué en 2021, permettant de rattraper le niveau d'activité d'avant la crise sanitaire, l'invasion russe en Ukraine et ses conséquences ont assombri les perspectives économiques à partir de fin février 2022, en entraînant une forte hausse des prix des matières premières, un rebond des tensions d'approvisionnement et une augmentation de l'incertitude. Le Gouvernement retient une hypothèse de croissance du produit intérieur brut (PIB) de 2,7 % en 2022 et de 1,0 % en 2023 ainsi qu'une forte remontée de l'inflation, qui atteindrait 5,4 % au sens de l'indice des prix à la consommation hors tabac (IPCHT) en 2022 et 4,3 % en 2023. À moyen terme, la croissance effective serait supérieure à son rythme potentiel de 1,35 % par an et atteindrait 1,6 % en 2024, puis 1,7 % en 2025 et 2026, tandis que l'inflation refluerait pour s'établir à 1,75 % par an à cet horizon. La masse salariale du secteur privé, principal déterminant de la progression des recettes, progresserait de 8,6 % en 2022, puis à nouveau de 5,0 % en 2023, avant de revenir progressivement à son rythme tendanciel.

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	2026
PIB en volume	1,8 %	-7,8 %	6,8 %	2,7 %	1,0 %	1,6 %	1,7 %	1,7 %
Masse salariale secteur privé *	3,1 %	-5,7 %	8,9 %	8,6 %	5,0 %	3,9 %	3,6 %	3,4 %

Inflation hors tabac	0,9 %	0,2 %	1,6 %	5,4 %	4,3 %	3,0 %	2,1 %	1,75 %
Revalorisations au 1 ^{er} janvier **	0,3 %	1,0 %	0,4 %	3,1 %	2,8 %	4,9 %	3,2 %	2,2 %
Revalorisations au 1 ^{er} avril **	0,5 %	0,3 %	0,2 %	3,4 %	3,7 %	3,6 %	3,2 %	2,2 %
ONDAM	2,7 %	9,4 %	8,7 %	2,6 %	-1,2 %	2,3 %	2,7 %	2,6 %
ONDAM hors covid	2,7 %	3,3 %	6,3 %	5,6 %	3,5 %	2,7 %	2,7 %	2,6 %
* Masse salariale du secteur privé. Hors prime exceptionnelle de pouvoir d'achat et prime de partage de la valeur ajoutée, la progression serait de 8,4 % en 2022.								
** En moyenne annuelle, dont les effets en moyenne annuelle de la revalorisation anticipée de 4,0 % au 1 ^{er} juillet 2022.								

La trajectoire présentée dans la présente annexe repose sur les mesures présentées dans la présente loi de financement de la sécurité sociale ainsi que les mesures envisagées par le Gouvernement pour le quinquennat.

La trajectoire de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en 2022 intègre 12,1 milliards d'euros de dépenses liées à la crise sanitaire, en net repli par rapport aux 18,3 milliards d'euros enregistrés en 2021. En 2023, une provision d'un milliard d'euros est prévue à ce titre. La progression de l'ONDAM hors crise a par ailleurs été marquée par le « Ségur de la santé » à partir de 2020. La progression hors dépenses de crise serait ainsi toutefois soutenue, à + 5,6 % en 2022 et + 3,5 % en 2023, en lien notamment avec la poursuite de la montée en charge du « Ségur » mais également avec la revalorisation de 3,5 % du point d'indice de la fonction publique intervenue en juillet 2022 et la compensation des effets de l'inflation sur les charges des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux. Ainsi, la construction de l'ONDAM pour 2023 intègre 2,2 milliards d'euros d'effet du point d'indice et de l'inflation. La progression tendancielle de l'ONDAM, soit avant mesures d'économies, atteindrait 4,4 % l'an prochain, tenant compte, au delà des effets liés au contexte d'inflation, de la montée en charge des mesures nouvelles dans ce champ, en ville, à l'hôpital comme dans le secteur médico-social, et des économies permises par la maîtrise médicalisée et la lutte contre la fraude. L'atteinte du taux de progression de 3,5 % hors crise sera permise par les mesures de régulation et les économies, s'élevant à un total de 1,7 milliard d'euros. Dans une perspective pluriannuelle, le taux de progression de l'ONDAM serait ramené à 2,7 % à partir de 2024 et à 2,6 % en 2026.

Dans le champ de la famille, la trajectoire intègre, sur un horizon pluriannuel, la réforme du service public de la petite enfance ainsi que celle du complément de mode de garde et, dès 2022, l'augmentation de l'allocation de soutien familial. Dans le champ de l'autonomie, elle intègre un plan de recrutements d'aides-soignants et d'infirmiers en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), l'accroissement des moyens consacrés au maintien à domicile avec le développement des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et la mise en place de temps dédiés au lien social auprès de nos aînés qui bénéficient d'un plan d'aide à domicile et, dans le champ des retraites, l'objectif d'une élévation progressive de l'âge effectif de départ en retraite.

Le Haut Conseil des finances publiques (HCFP), dans son avis publié le 21 septembre 2022 relatif aux projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2023, « juge que les prévisions du Gouvernement de croissance

(+ 2,7 %), d'inflation (+ 5,3 %) et de croissance de la masse salariale (+ 8,6 % dans les branches marchandes) pour 2022 sont crédibles » et, s'agissant de 2023, que « les prévisions d'inflation (+ 4,2 %) et de masse salariale dans les branches marchandes (+ 5,0 %) sont quant à elles plausibles ». S'agissant des recettes, le HCFP juge pour 2022 que les « cotisations sociales croîtraient à législation constante de 6,8 %, soit moins fortement que la masse salariale » et prend note que l'écart provient du dynamisme attendu des allègements généraux mais estime que « le coût supplémentaire de ces allègements semble néanmoins un peu élevé ». Pour 2023, il juge que les prévisions de recettes des « cotisations sociales et prélèvements sociaux apparaissent quant à elles cohérentes avec la progression de leurs assiettes respectives ». Côté dépense, le HCFP souligne pour 2023 « une croissance des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) – hors dépenses liées à la crise sanitaire – toujours supérieure à celle d'avant la crise sanitaire » et, concernant les dépenses de crise, que la « provision, qui suppose notamment une chute massive des dépenses de tests (division par 20 par rapport à 2021), risque de se révéler très insuffisante ».

II. – Au delà de ce contexte macroéconomique, la trajectoire financière traduit la normalisation progressive sur le front sanitaire et la mise en œuvre des mesures du quinquennat

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 dépenses se sont maintenues s'agissant des prestations retraites et famille, dont les déterminants ne sont pas affectés par la crise, et ont fortement progressé pour ce qui concerne la branche Maladie.

Après un net rebond en 2021, à + 8,0 % sur l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (ROBSS) et du FSV à périmètre constant, les recettes continueraient de progresser de + 5,3 % en 2022, portées par la progression de l'emploi et des salaires, dans un contexte de forte inflation produisant ses effets au delà des règles d'indexation automatique du salaire minimum (+ 8,6 % de progression de la masse salariale privée). Dans le même temps, les dépenses seraient également dynamiques mais dans une moindre proportion, progressant de 4,1 % en valeur en 2022. Elles seraient contenues par le ralentissement des dépenses sous ONDAM du fait de la diminution progressive de l'intensité de la crise sanitaire, mais la progression des prestations serait portée par la revalorisation anticipée au 1^{er} juillet 2022 de + 4,0 % des prestations légales. En résultante, le déficit des

régimes obligatoires de base et du FSV diminuerait à nouveau en 2022 de 5,4 milliards d'euros et s'établirait à 18,9 milliards d'euros.

En 2023, le déficit des régimes obligatoires de base et du FSV atteindrait 7,1 milliards d'euros, en très nette amélioration par rapport à 2022 (11,3 milliards d'euros). Les dépenses ne progresseraient que de 1,9 %, à la faveur d'une diminution des dépenses sous ONDAM du fait de dépenses liées à la crise attendues en net repli, provisionnées à hauteur d'un milliard d'euros, mais d'une poursuite des effets de l'inflation sur les prestations : à la revalorisation anticipée de 4,0 % de juillet 2022 devrait s'ajouter ainsi, compte tenu de la situation d'inflation, une revalorisation au 1^{er} janvier 2023 pour les retraites et au 1^{er} avril 2023 pour les autres prestations sociales. Les recettes croîtraient de 4,0 %, soutenues par la masse salariale du secteur privé.

À partir de 2024, à législation inchangée, les prestations continueraient d'être portées par le contexte d'inflation persistant, mais avec un effet retard moyen d'une année pour les pensions et les autres prestations, alors que les recettes réagiraient davantage au contexte contemporain de l'année. Le ralentissement progressif de l'inflation, au rythme d'un point par an environ (de 4,3 % en 2023 à 2,1 % en 2025), participerait ainsi à une dégradation du solde en 2024 et à nouveau en 2025, malgré une progression maîtrisée de l'ONDAM. En 2024, le déficit des régimes obligatoires de base et du FSV se creuserait ainsi, à 8,5 milliards d'euros, les recettes (+ 4,0 %) évoluant légèrement en deçà de la dépense (+ 4,2 %). En 2025, il atteindrait 12,5 milliards d'euros, avec une progression des recettes (+ 3,1 %) moindre que celle des dépenses (+ 3,7 %). Le déficit se réduirait à partir de 2026, l'effet du différentiel d'inflation d'une année sur l'autre disparaissant quasiment, et atteindrait 11,6 milliards d'euros.

III. – D'ici 2026, les branches des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale connaîtraient des évolutions différenciées

La branche Maladie connaîtrait une nouvelle résorption de son déficit en 2022, avec un solde atteignant -21,9 milliards d'euros, après -26,1 milliards d'euros en 2021. Cette amélioration est à relier à un repli des dépenses sanitaires de crise, 12,1 milliards d'euros après 18,3 milliards d'euros, et à la progression des recettes de la branche, notamment des cotisations sociales et de la TVA qui est affectée à celle-ci, dans le contexte d'inflation élevée.

À partir de 2023, son solde se redresserait plus nettement, à -7,1 milliards d'euros, sous l'effet de dépenses de crise attendues en très nette baisse : 1 milliard d'euros provisionnés. L'amélioration du solde serait par ailleurs soutenue par le transfert pérenne du coût des indemnités journalières liées au congé maternité post-natal, de 2 milliards d'euros en 2023.

La branche Autonomie verrait son solde passer en déficit en 2022, à -0,4 milliard d'euros après + 0,3 milliard d'euros sous l'effet de 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 ») ainsi que des revalorisations issues de la conférence des métiers de l'accompagnement social et du médico-social, mesures financées sous objectif global de dépense. L'instauration d'un tarif plancher et d'une dotation en lien avec la qualité pour les services à domicile

au profit des personnes en perte d'autonomie contribuerait aussi à la hausse des dépenses, qui s'établirait à 8,8 % au global, plus marquée que celle de ses recettes (+ 6,7 %).

En 2023, le solde de la branche Autonomie se creuserait à nouveau, sous l'effet d'un objectif global de dépenses porté respectivement à 5,1 % et à 5,2 % dans les champs des personnes âgées et des personnes handicapées, atteignant -1,2 milliard d'euros.

À partir de 2024, la branche Autonomie bénéficiera d'une fraction de CSG augmentée de 0,15 point supplémentaire de la part de la CADES, en application de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) afficherait alors un excédent de 0,8 milliard d'euros, qui diminuerait quelque peu par la suite, du fait notamment de 50 000 créations de postes à terme en EHPAD et du financement de temps dédiés au lien social auprès des personnes âgées qui bénéficient d'un plan d'aide à domicile.

S'agissant de **la branche Accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP)**, son excédent passerait à 2,0 milliards d'euros en 2022 (après 1,3 milliard d'euros en 2021), puis à nouveau à 2,2 milliards d'euros en 2023 et serait croissant à moyen terme, la progression des dépenses étant contenue par la baisse tendancielle liée à la prise en charge de l'amiante.

Le déficit de la branche Vieillesse des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du FSV poursuivrait son amélioration engagée en 2021, après le creux enregistré en 2020, et atteindrait en 2022 le niveau de -1,2 milliard d'euros, après -2,6 milliards d'euros en 2021. Cette nouvelle amélioration serait la résultante directe du contexte inflationniste, avec des recettes qui bénéficieraient à plein de la hausse des cotisations en lien avec une très forte progression de la masse salariale privée (+ 8,6 %) et des dépenses revalorisées en conséquence, mais à un rythme annuel moyen moindre : la revalorisation légale a ainsi été de 1,1 % au 1^{er} janvier 2022 mais, compte tenu de la montée de l'inflation, une revalorisation anticipée de 4,0 % a été mise en œuvre dès juillet 2022, permettant de porter la revalorisation en moyenne annuelle à 3,1 %.

À partir de 2023, le solde de la branche serait directement affecté par les effets démographiques du vieillissement (augmentation de la taille des générations qui partent à la retraite) et par la dégradation marquée du solde de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL), mais bénéficierait de l'objectif d'élévation progressive de l'âge effectif de départ sur le quinquennat. Le solde serait également particulièrement sensible au contexte d'inflation, notamment au ralentissement projeté de l'inflation, avec comme conséquence une progression des recettes en phase avec l'inflation contemporaine de l'année, moindre cependant que l'inflation de l'année précédente dont s'approche le taux de revalorisation appliqué au 1^{er} janvier de l'année. Ainsi, en 2023, les revalorisations de pension liées à la prise en compte de l'inflation porteraient la progression des charges de la branche Vieillesse et du FSV à 4,3 %, contre 3,9 % pour les recettes. Le déficit atteindrait ainsi 2,3 milliards d'euros en 2023, et jusqu'à 12,9 milliards d'euros à l'horizon 2026 de la présente annexe.

La branche Famille a renoué avec les excédents dès 2021, à hauteur de 2,9 milliards d'euros. En 2022, son excédent se réduirait légèrement, atteignant 2,6 milliards d'euros, reflétant le transfert d'une fraction de taxe sur les salaires à la

branche Maladie décidé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 pour compenser le coût lié aux indemnités journalières dérogatoires pour garde d'enfants (1,0 milliard d'euros) supportées par cette branche.

L'excédent serait moindre en 2023 en raison du transfert de la part du congé maternité post-natal, pour 2,0 milliards d'euros, prévu par la présente loi. De plus, conformément aux engagements du Président de la République, l'allocation de soutien familial sera revalorisée de 50 %. L'excédent de la branche Famille diminuerait ainsi de moitié, pour s'établir à 1,3 milliard d'euros en 2023.

À l'horizon 2026, l'excédent diminuerait et s'élèverait à 0,8 milliard d'euros, du fait de dépenses portées par l'indexation des prestations légales et de la montée en charge des mesures du quinquennat concernant la branche Famille, s'agissant du complément de mode de garde et du service public de la petite enfance.

Prévisions des recettes, dépenses et soldes des régimes de base et du FSV

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

(En milliards d'euros)								
	2019	2020	2021	2022 (p)	2023 (p)	2024 (p)	2025 (p)	2026 (p)
Maladie								
Recettes	216,6	209,8	209,4	221,0	231,2	238,3	244,6	251,6
Dépenses	218,1	240,3	235,4	242,9	238,3	243,6	249,4	254,6
Solde	-1,5	-30,5	-26,1	-21,9	-7,1	-5,3	-4,8	-3,0
Accidents du travail et maladies professionnelles								
Recettes	14,7	13,5	15,1	16,2	17,0	17,7	18,4	19,1
Dépenses	13,6	13,6	13,9	14,2	14,8	15,1	15,5	15,8
Solde	1,1	-0,1	1,3	2,0	2,2	2,6	2,9	3,3
Famille								
Recettes	51,4	48,2	51,8	53,5	56,7	58,5	60,3	62,2
Dépenses	49,9	50,0	48,9	50,9	55,3	57,7	59,8	61,4
Solde	1,5	-1,8	2,9	2,6	1,3	0,8	0,5	0,8
Vieillesse								
Recettes	240,0	241,2	249,4	258,9	269,7	280,5	289,5	297,9
Dépenses	241,3	246,1	250,5	261,9	273,3	289,7	303,2	313,6
Solde	-1,3	-4,9	-1,1	-3,0	-3,6	-9,2	-13,7	-15,7
Autonomie								
Recettes			32,8	35,0	36,2	40,1	41,1	42,4
Dépenses			32,6	35,4	37,4	39,3	40,8	42,0
Solde			0,3	-0,4	-1,2	0,8	0,3	0,3
Régimes obligatoires de base de sécurité sociale consolidés								
Recettes	509,1	499,3	544,2	569,6	593,2	616,8	635,5	654,4
Dépenses	509,2	536,5	567,0	590,3	601,6	627,1	650,3	668,8
Solde	-0,2	-37,3	-22,7	-20,7	-8,4	-10,3	-14,7	-14,4

Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse

<i>(En milliards d'euros)</i>								
	2019	2020	2021	2022 (p)	2023 (p)	2024 (p)	2025 (p)	2026 (p)
Recettes	17,2	16,7	17,7	19,8	20,6	21,5	22,3	23,1
Dépenses	18,8	19,1	19,3	18,0	19,3	19,7	20,0	20,4
Solde	-1,6	-2,5	-1,5	1,8	1,3	1,7	2,3	2,8

Recettes, dépenses et soldes des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse

<i>(En milliards d'euros)</i>								
	2019	2020	2021	2022 (p)	2023 (p)	2024 (p)	2025 (p)	2026 (p)
Recettes	508,0	497,2	543,0	571,8	594,8	618,9	638,1	657,5
Dépenses	509,7	536,9	567,3	590,7	601,9	627,5	650,6	669,1
Solde	-1,7	-39,7	-24,3	-18,9	-7,1	-8,5	-12,5	-11,6

Liste des amendements retenus par le Gouvernement

Article	Numéro d'amendement
Article 17	461 avec le sous-amendement 855
Article 17	462
Article 17	464
Article 19	466
Article 20	467
Article 20 <i>bis</i>	836
Article 21 <i>bis</i>	468
Article 22	469
Article 22 <i>bis</i>	470
Article 22 <i>bis</i>	471
Article 23	472
Article 23	850
Article 24	474
Article 24 <i>bis</i>	477
Article 24 <i>ter</i>	488
Article 25	495
Article 25	496
Article 25 <i>bis</i> A	751
Article 25 <i>bis</i> A	750
Article 25 <i>bis</i> B	851
Article 25 <i>bis</i>	498
Article 25 <i>quinquies</i>	499

Article 26	856
Article 26 <i>bis</i>	500
Article 27	502
Article 27 <i>bis</i>	503
Article 28	505
Article 28	506
Article 28	507
Article 28	509
Article 30	510
Article 30	513
Article 30 <i>bis</i> B	837
Article 31	754
Article 31	757
Article 31	758
Article 31	838
Article 32	637
Article 32	638
Article 32	640
Article 32	846
Article 32 <i>bis</i> A	641
Article 32 <i>bis</i> B	642
Article 32 <i>bis</i> C	643
Article 32 <i>bis</i> D	644
Article 32 <i>bis</i> E	645
Article 32 <i>quater</i>	646
Article 32 <i>quinquies</i>	647
Article 32 <i>quinquies</i>	853
Article 32 <i>sexies</i>	648
Article 32 <i>septies</i>	649
Article 33 <i>bis</i>	848
Article 33 <i>sexies</i>	650
Article 33 <i>sexies</i>	852
Article 33 <i>septies</i>	651
Article 34	652
Article 34 <i>bis</i>	653
Article 34 <i>ter</i>	654
Article 35	655

Article 35	656
Article 35 <i>bis</i> C	657
Article 35 <i>bis</i> D	658
Article 35 <i>quater</i>	660
Article 35 <i>sexies</i>	661
Article 36	663
Article 36	664
Article 36 <i>bis</i>	666
Article 36 <i>quater</i>	667
Article 37	668
Article 37 <i>bis</i>	670
Article 37 <i>ter</i>	678
Article 37 <i>ter</i>	681
Article 38	764
Article 41	683
Article 41	777
Article 43	686
Article 43	685
Article 44	687
Article 45	839
Article 47	688
Article 47 <i>bis</i> A	689
Article 47 <i>bis</i>	691
Article 48	693
Article 49 <i>bis</i>	694

Annexes

DÉPÔT DE PROPOSITIONS DE RÉOLUTION

Mme la présidente de l'Assemblée nationale a reçu, le 25 novembre 2022, de Mme Anne Genetet, une proposition de résolution portant sur la reconnaissance et la condamnation de la grande famine de 1932-1933, connue sous le nom d'« Holodomor », comme crime contre l'humanité, déposée en application de l'article 136 du règlement.

Cette proposition de résolution a été déposée sous le n° 523.

Mme la présidente de l'Assemblée nationale a reçu, le 25 novembre 2022, de M. Pierre Morel-À-L'Huissier, une proposition de résolution portant reconnaissance de la notion d'hyper-ruralité, déposée en application de l'article 136 du règlement.

Cette proposition de résolution a été déposée sous le n° 524.

Mme la présidente de l'Assemblée nationale a reçu, le 25 novembre 2022, de M. Damien Maudet et plusieurs de ses collègues, une proposition de résolution tendant à la création d'une commission d'enquête visant à identifier les causes des ruptures d'approvisionnement rencontrées sur certains médicaments.

Cette proposition de résolution, n° 525, est renvoyée à la commission des affaires sociales, en application de l'article 83 du règlement.

CONVOCAION DE LA CONFÉRENCE DES PRÉSIDENTS

La conférence, constituée conformément à l'article 47 du règlement, est convoquée le lundi 28 novembre 2022 à 15 h 30, salle n° 6566 (2^e étage du Palais-Bourbon).

En conséquence, la conférence convoquée le mardi 29 novembre, à 10 heures, est **annulée**.

ANALYSE DES SCRUTINS

Scrutin public n° 632

sur la motion de censure déposée en application de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution par Mme Mathilde Panot et 74 membres de l'Assemblée.

Nombre de votants :	85
Nombre de suffrages exprimés :	85
Majorité absolue :	289
Pour l'adoption :	85
Contre :	-1

L'Assemblée nationale n'a pas adopté.

Groupe Renaissance (170)

Groupe Rassemblement national (89)

Groupe La France insoumise-Nouvelle Union populaire, écologique et sociale (75)

Pour : 72

Mme Nadège Abomangoli, M. Laurent Alexandre, M. Gabriel Amard, Mme Ségolène Amiot, Mme Farida Amrani, M. Rodrigo Arenas, Mme Clémentine Autain, M. Ugo Bernalicis, M. Christophe Bex, M. Carlos Martens Bilongo, M. Manuel Bompard, M. Louis Boyard, M. Aymeric Caron, M. Sylvain Carrière, M. Florian Chauche, Mme Sophia Chikirou, M. Hadrien Clouet, M. Éric Coquerel, M. Alexis Corbière, M. Jean-François Coulomme, Mme Catherine Couturier, M. Hendrik Davi, M. Sébastien Delogu, Mme Alma Dufour, Mme Karen Erodi, Mme Martine Etienne, M. Emmanuel Fernandes, Mme Caroline Fiat, M. Perceval Gaillard, Mme Raquel Garrido, Mme Clémence Guetté, M. David Guiraud, Mme Mathilde Hignet, Mme Rachel Keke, M. Andy Kerbrat, M. Bastien Lachaud, M. Maxime Laisney, M. Arnaud Le Gall, M. Antoine Léaument, Mme Élise Leboucher, Mme Charlotte Leduc, M. Jérôme Legavre, Mme Sarah

Legrain, Mme Murielle Lepvraud, Mme Éliisa Martin, Mme Pascale Martin, M. William Martinet, M. Frédéric Mathieu, M. Damien Maudet, Mme Marianne Maximi, Mme Manon Meunier, M. Jean-Philippe Nilor, Mme Danièle Obono, Mme Nathalie Oziol, Mme Mathilde Panot, M. François Piquemal, M. Thomas Portes, M. Loïc Prud'homme, M. Jean-Hugues Ratenon, M. Sébastien Rome, M. François Ruffin, M. Aurélien Saintoul, M. Michel Sala, Mme Danielle Simonnet, Mme Ersilia Soudais, Mme Anne Stambach-Terrenoir, Mme Bénédicte Taurine, Mme Andrée Taurinya, M. Matthias Tavel, Mme Aurélie Trouvé, M. Paul Vannier et M. Léo Walter.

Groupe Les Républicains (62)

Groupe Démocrate (MODEM et indépendants) (51)

Groupe Socialistes et apparentés (membre de l'intergroupe NUPES) (31)

Groupe Horizons et apparentés (30)

Groupe Écologiste-NUPES (23)

Pour : 3

M. Karim Ben Cheikh, M. Benjamin Lucas et Mme Sophie Taillé-Polian.

Groupe Gauche démocrate et républicaine-NUPES (22)

Pour : 10

Mme Soumya Bourouaha, M. Moetai Brotherson, M. Pierre Dharréville, Mme Elsa Faucillon, M. Tematai Le Gayic, Mme Karine Lebon, M. Jean-Paul Lecoq, M. Stéphane Peu, M. Davy Rimane et M. Nicolas Sansu.

Groupe Libertés, indépendants, outre-mer et territoires (20)

Non inscrits (4)