

TEXTE COMPARATIF

(Document de travail - texte ne pouvant être amendé)

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022

(Première lecture)

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

– ~~en caractères barrés~~, les dispositions que la commission propose de supprimer ;

– **en caractères gras**, les dispositions que la commission propose d'introduire.

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

PREMIÈRE PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2020

Article 1^{er}

① Au titre de l'exercice 2020, sont approuvés :

② 1° Le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

③

(En milliards d'euros)

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

;

④ 2° Le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale :

⑤

(En milliards d'euros)

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

;

⑥ 3° Le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

⑦

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de Solidarité Vieillesse	16,7	19,1	-2,5

 ;

⑧

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

⑨

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

⑩

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

⑪

7° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 16,1 milliards d'euros.

Article 2

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2020, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits, tels qu'ils sont constatés dans les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2020 figurant à l'article 1^{er}.

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2021

Article 3

①

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

②

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

- ③ 2° Les personnes ne relevant pas du 1° du présent I sont affiliées au régime général dans les conditions applicables aux personnes mentionnées à l'article L. 311-2 du code de la sécurité sociale. Ces personnes sont redevables de cotisations et contributions sociales assises sur les rémunérations perçues diminuées d'un abattement forfaitaire, fixé par décret, qui ne peut être ni inférieur à l'abattement prévu au premier alinéa du 1 de l'article 102 *ter* du code général des impôts ni supérieur au plus élevé des abattements prévus à la première phrase du cinquième alinéa du 1 de l'article 50-0 du même code.
- ④ Les cotisations et contributions sociales dues par les personnes mentionnées aux 1° et 2° du présent I sont précomptées par l'organisme local d'assurance maladie qui les rémunère pour le compte des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale. Les dispositions relatives aux garanties et sanctions prévues pour le recouvrement des cotisations et contributions sociales du régime général leur sont applicables.
- ⑤ Le présent I s'applique aux rémunérations perçues depuis le 1^{er} janvier 2021.
- ⑥ II. – A. – À titre exceptionnel, par dérogation aux plafonds et délais de carence définis aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale, aux deux premiers alinéas de l'article L. 643-6 du même code et au deuxième alinéa de l'article L. 84 et à l'article L. 85 du code des pensions civiles et militaires de retraite, une pension de vieillesse liquidée au titre d'un régime de base légalement obligatoire peut être entièrement cumulée avec les revenus tirés d'une activité reprise ou poursuivie, durant les mois d'octobre 2020 à décembre 2021, en qualité de professionnel de santé au sens de la quatrième partie du code de la santé publique.
- ⑦ B. – Le présent II est applicable au régime de retraite défini à l'article 5 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte.

Article 4

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

Article 5

- ① I. – L'article 50 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 est ainsi modifié :
- ② 1° Le deuxième alinéa du I est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Lorsqu'un contrat ou un avenant au précédent contrat a pour seul objet de concourir à la compensation des charges résultant d'opérations d'investissements structurants, ils peuvent être conclus jusqu'au 31 décembre 2030. Les versements interviennent avant le 31 décembre 2030. » ;
- ④ 2° Le V est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤ « Par dérogation au premier alinéa du présent V, la dotation ou la fraction de la dotation concourant à la compensation des charges résultant d'opérations d'investissements structurants peut être comptabilisée en plusieurs fois en fonction de l'échéancier des versements. »

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

Commenté [CAS1]: Amendement [AS964](#)

Article 6

- ① I. – Le 1° de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À la fin du dernier alinéa, le taux : « 28,14 % » est remplacé par le taux : « 24,33 % » ;
- ③ 2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « – à la branche mentionnée au 5° du même article, pour une fraction correspondant à 3,81 % ; ».
- ⑤ II. – Après le 2° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un 2° bis ainsi rédigé :
- ⑥ « 2° bis Une fraction du produit de la taxe sur les salaires, dans les conditions fixées au 1° du même article L. 131-8 ; ».
- ⑦ III. – Les I et II du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

Commenté [CAS2]: Amendements [AS1093](#) et [AS758](#)

Article 7

- ① I. – Au titre de l'année 2021, sont rectifiés :
- ② 1° Les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	202,2	232,2	-30,0
Accidents du travail et maladies professionnelles .	14,6	13,9	0,7
Vieillesse.....	246,4	250,4	-4,0
Famille	50,5	49,4	1,2
Autonomie	31,8	32,2	-0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)...	531,3	563,8	-32,5
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	529,3	564,1	-34,8

- ④ 2° Les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

⑤

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie.....	200,7	230,7	-30,0
Accidents du travail et maladies professionnelles..	13,1	12,5	0,6
Vieillesse.....	140,0	143,7	-3,7
Famille	50,5	49,4	1,2
Autonomie.....	31,8	32,2	-0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches) ...	422,5	454,7	-32,3
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse.....	421,7	456,3	-34,6

⑥

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

⑦

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	17,2	19,6	-2,4

⑧

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

⑨

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

⑩

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

Article 8

①

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

②

(En milliards d'euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville.....	104,5
Dépenses relatives aux établissements de santé.....	94,8
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées.....	14,0
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées.....	12,5
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional.....	4,1
Autres prises en charge.....	7,3
Total.....	237,1

Article 9

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

①

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

②

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

TROISIÈME PARTIE

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

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET A LA TRÉSORERIE

CHAPITRE 1^{ER}

Poursuivre les actions de simplification et d'équité du prélèvement

Article 10

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À la deuxième phrase de l'article L. 133-4-11, après le mot : « principal », sont insérés les mots : « par les employeurs » ;
- ③ 2° Le I de l'article L. 213-1, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, est ainsi modifié :
- ④ a) Après le 2°, il est inséré un 2° *bis* ainsi rédigé :
- ⑤ « 2° *bis* Par dérogation au 2° du présent I, le recouvrement des cotisations et contributions sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 dues par les travailleurs indépendants libéraux affiliés à la section professionnelle compétente pour les psychothérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, ostéopathes, chiropracteurs et diététiciens mentionnés au 1° de l'article L. 640-1 ainsi que les experts devant les tribunaux, les experts automobile et les personnes bénéficiaires de l'agrément prévu à l'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles mentionnés au 2° et les professions mentionnées aux 3°, 4° et 6° à 8° du même article ; »
- ⑥ b) Au 4°, les références : « L. 137-10 à L. 137-17 et L. 834-1 du présent code » sont remplacées par les références : « et L. 137-10 à L. 137-17 du présent code, à l'article L. 813-4 du code de la construction et de l'habitation » ;
- ⑦ 3° L'article L. 225-1-1 est ainsi modifié :
- ⑧ a) Le 5° est ainsi modifié :
- ⑨ – les quatrième à sixième alinéas sont remplacés par les six alinéas ainsi rédigés :

- ⑩ « a) Pour les cotisations et contributions sociales mentionnées au 1° du I de l'article L. 213-1, à l'exception de celles affectées aux branches du régime général mentionnées à l'article L. 200-2 ainsi que de celles dues par les personnes qui relèvent du régime spécial de sécurité sociale des marins ;
- ⑪ « b) Pour les contributions mentionnées aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales ;
- ⑫ « c) Pour les cotisations mentionnées au 6° du I de l'article L. 213-1 du présent code, à l'exception de celle prévue à l'article L. 6331-48 du code du travail ;
- ⑬ « d) Pour la cotisation obligatoire et le prélèvement supplémentaire obligatoire mentionnés au 1° de l'article 12-2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ainsi que pour la majoration mentionnée à l'article 12-2-1 de la même loi ;
- ⑭ « e) Pour la contribution mentionnée au 1° du I de l'article L. 2135-10 du code du travail ;
- ⑮ « f) Pour les cotisations ou contributions autres que celles d'origine légale ou conventionnelle prévues par la loi mentionnées au 1° de l'article L. 133-5-7 du présent code. » ;
- ⑯ – au septième alinéa, après le mot : « fixé », sont insérés les mots : « par attributaire ou catégorie d'attributaires, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État, », les mots : « du taux mentionné au premier alinéa du B du I de l'article 1641 du code général des impôts ou » et, à la fin, les mots : « , si ce taux est inférieur » sont supprimés ;
- ⑰ – à l'avant-dernier alinéa, devenu le onzième, le mot : « septième » est remplacé par le mot : « dixième » ;
- ⑱ b) Le 7° est complété par les mots : « applicable sur les cotisations dues à ces régimes par les employeurs relevant des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 ainsi que des organismes de recouvrement mentionnés à l'article L. 723-1 du code rural et de la pêche maritime » ;
- ⑲ c) Le 7° bis est ainsi rédigé :
- ⑳ « 7° bis De compenser la perte de cotisations résultant, pour l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail, du dispositif de réduction dégressive prévu à l'article L. 241-13 du présent code, applicable sur les cotisations dues à cet organisme par les employeurs relevant des organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 133-9, L. 213-1 et L. 752-1 du présent code ainsi qu'à ceux mentionnés aux a, b et d à f de l'article L. 5427-1 du code du travail ; »
- ㉑ 4° L'article L. 225-1-5 est ainsi rédigé :
- ㉒ « Art. L. 225-1-5. – Sans préjudice des dispositions particulières prévoyant d'autres règles d'affectation, le produit des majorations de retard et pénalités dues par les redevables est réparti entre les branches du régime général de sécurité sociale dans des conditions déterminées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. » ;
- ㉓ 5° L'article L. 613-9 est ainsi modifié :

- 24 a) Après le mot : « revenu », la fin de la première phrase est supprimée ;
- 25 b) La seconde phrase est ainsi rédigée : « En cas de recouvrement partiel, les cotisations et contributions sont prélevées dans les conditions prévues à l'article L. 133-4-11. » ;
- 27 6° L'article L. 640-2 est ainsi rétabli :
- 28 « Art. L. 640-2. – Pour l'application du présent titre aux travailleurs indépendants libéraux affiliés à la section professionnelle compétente pour les psychothérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, ostéopathes, chiropracteurs et diététiciens mentionnés au 1° de l'article L. 640-1 ainsi que les experts devant les tribunaux, les experts automobile et les personnes bénéficiaires de l'agrément prévu à l'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles mentionnés au 2° et les professions mentionnées aux 3°, 4° et 6° à 8° du même article qui ne relèvent pas des dispositions mentionnées à l'article L. 613-7 du présent code, les cotisations et contributions sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 sont recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables en matière de cotisations et contributions de sécurité sociale dues par les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 611-1.
- 29 « Les cotisations et contributions sociales susmentionnées sont affectées :
- 30 « 1° À la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales pour la cotisation mentionnée à l'article L. 642-1, qui procèdera à sa répartition conformément aux dispositions de l'article L. 642-5 ;
- 31 « 2° À la section professionnelle mentionnée au premier alinéa pour les cotisations et contributions sociales mentionnées aux articles L. 644-1 et L. 644-2.
- 32 « Une convention conclue entre les organismes mentionnés aux 1° et 2° du présent article ainsi que ceux mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 et approuvée par le ministre chargé de la sécurité sociale définit les modalités d'affectation. » ;
- 33 7° Au début du premier alinéa de l'article L. 641-8 et de la première phrase du premier alinéa de l'article L. 642-5 sont insérés les mots : » Sous réserve des dispositions du 2° bis de l'article L. 213-1 et de l'article L. 640-2, ».
- 34 II. – Le dernier alinéa de l'article L. 5422-16 du code du travail est ainsi rédigé :
- 35 « Une convention conclue entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage mentionné à l'article L. 5427-1 précise les conditions garantissant à ce dernier la pleine autonomie de gestion. Elle régit les relations financières entre les deux organismes dans le cadre fixé à l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale, en fixant des modalités de reversement de recettes affectées à l'assurance chômage de manière à assurer la neutralité des flux financiers pour la trésorerie de l'organisme gestionnaire du régime, et précise les données nécessaires à l'exercice de ses activités, en particulier concernant les masses salariales assujetties et les établissements cotisants. Elle fixe également les conditions dans lesquelles est assurée la vérification de l'exhaustivité des sommes dues par les employeurs et définit les objectifs de la politique de contrôle et de lutte contre la fraude. Les modalités de rémunération du service rendu par les organismes chargés du

recouvrement des cotisations du régime général sont fixées conformément aux dispositions du même article L. 225-1-1. »

- ③⑥ III. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2023, sous réserve des A à F du présent III.
- ③⑦ A. – Les dispositions des 1^o, 3^o, 4^o et 5^o du I entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2022 et sont applicables aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'activité courant à compter de cette date. Les créances de cotisations et contributions sociales et les créances accessoires correspondant aux restes à recouvrer dus aux attributaires par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale avant cette date font l'objet d'un versement à hauteur de la valeur estimée recouvrable de ces créances à la date d'entrée en vigueur des mêmes 1^o, 3^o, 4^o et 5^o. Les modalités de règlement desdites créances, notamment leur échelonnement, sont fixées par convention entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et les attributaires concernés.
- ③⑧ B. – Le II entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022.
- ③⑨ C. – Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale assurent, à compter du 1^{er} janvier 2023, le recouvrement des cotisations et l'acquittement des dettes afférentes aux périodes antérieures, pour le compte de la section professionnelle compétente pour les psychothérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, ostéopathes, chiropracteurs et diététiciens mentionnés au 1^o de l'article L. 640-1 du même code ainsi que pour les experts devant les tribunaux, les experts automobile et les personnes bénéficiaires de l'agrément prévu à l'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles mentionnés au 2^o et les professions mentionnées aux 3^o, 4^o, 6^o, 7^o et 8^o du même article.
- ④⑩ Un décret prévoit, pour la période du 1^{er} janvier 2022 au 30 juin 2023, les modalités d'organisation des travaux conduits entre les deux organismes et la section professionnelle susmentionnés pour le transfert de ces compétences.
- ④⑪ D. – Au cours d'une période dont le terme ne peut excéder le 30 juin 2022, la section professionnelle mentionnée au C du présent III et les organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale préparent le transfert des contrats de travail des salariés de ladite section qui sont chargés du recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 du même code ou exerçant au sein des services supports associés à cette activité. Ils identifient les salariés à transférer selon l'emploi occupé par le salarié, selon la part de son activité consacrée au recouvrement directement ou indirectement, ainsi que selon ses compétences professionnelles. Ces critères sont repris par convention entre les organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 dudit code, laquelle prévoit également, le cas échéant, pour chaque salarié, une solution de reprise adaptée à sa situation.
- ④⑫ Au plus tard le 1^{er} janvier 2023, les contrats de travail des salariés de la section professionnelle mentionnée au C du présent III chargés du recouvrement qui ont été identifiés selon les modalités définies au premier alinéa du présent D sont transférés de plein droit aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale, dans le respect des solutions de reprise mentionnées au premier alinéa du présent D.

- ④③ Jusqu'au transfert de leur contrat de travail, les salariés de la section professionnelle mentionnée au C du présent III restent régis à titre exclusif par les statuts collectifs de cet organisme.
- ④④ E. – Avant le 31 juillet 2022, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale ayant vocation à accueillir les salariés transférés, la section professionnelle mentionnée au C du présent III et les organisations syndicales de salariés représentatives qui respectent les critères fixés à l'article L. 2121-1 du code du travail engagent des négociations au sein de ladite section afin de conclure des accords précisant les modalités, conditions et garanties s'appliquant aux salariés dans le cadre de leur transfert vers ces organismes et prévoyant, le cas échéant, les dispositions résultant des statuts collectifs de la section professionnelle susmentionnée s'appliquant pour les salariés transférés, à l'exclusion des stipulations portant sur le même objet des conventions collectives de sécurité sociale et des accords applicables dans les organismes dans lesquels leurs contrats de travail sont transférés.
- ④⑤ Ces accords sont conclus selon les modalités prévues aux articles L. 2232-12 à L. 2232-20 du code du travail.
- ④⑥ À défaut d'accord avant leur transfert, l'article L. 2261-14 du même code s'applique.
- ④⑦ Ces accords s'appliquent à compter du transfert des salariés concernés, et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2025. À l'issue de ce délai, les statuts collectifs des organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale s'appliquent intégralement et à titre exclusif aux salariés qui leur sont transférés.
- ④⑧ F. – Les dates d'entrée en vigueur prévues aux C à E du présent III peuvent être reportées par décret, dans la limite de deux ans.

Article 11

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 133-5-12 est ainsi modifié :
- ③ a) Le premier alinéa est ainsi modifié :
- au début, est ajoutée la mention : « I. – » ;
 - après la référence : « 6° », est insérée la référence : « à 9° » ;
- ④ b) À la première phrase du troisième alinéa, après le mot : « prélèvement », il est inséré le mot : « bancaire » ;
- ⑤ c) À la première phrase du quatrième alinéa, les mots : « présent article » sont remplacés par les mots : « présent I » ;
- ⑥ d) Le cinquième alinéa est ainsi modifié :
- au début, est insérée la mention : « II. – » ;

– le mot : « article » est remplacé par la référence : « I » ;

- ⑦ e) Le 3° est ainsi rédigé :
- ⑧ « 3° Du montant alloué au titre des prestations sociales prévues aux articles L. 232-1 et L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles, pour financer les dépenses d'aide humaine auxquelles se rapporte le prélèvement, lorsque le département débiteur a conclu la convention mentionnée à l'article L. 133-8-9 du présent code ; »
- ⑨ f) Sont ajoutés huit alinéas ainsi rédigés :
- ⑩ « 5° D'une aide spécifique au financement des services à la personne fournis à domicile, liquidée lors de ce prélèvement et servie par un organisme désigné selon les modalités prévues à l'article L. 133-5-10 pour le compte de l'État, accordée aux personnes domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts. Le montant de cette aide est égal à 50 % des dépenses effectivement supportées auxquelles se rapporte le prélèvement et qui sont éligibles au crédit d'impôt prévu à l'article 199 *sexdecies* du même code, dans la limite d'un plafond annuel fixé par décret en fonction de la composition du foyer fiscal des personnes concernées ;
- ⑪ « 6° D'une aide spécifique au financement de la garde des enfants en dehors du domicile, liquidée lors de ce prélèvement et servie par un organisme désigné selon les modalités prévues à l'article L. 133-5-10 du présent code pour le compte de l'État, accordée aux personnes domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts. Le montant de cette aide est égal à 50 % des dépenses effectivement supportées auxquelles se rapporte le prélèvement et qui sont éligibles au crédit d'impôt prévu à l'article 200 *quater* B du même code, dans la limite d'un plafond annuel fixé par décret en fonction de la composition du foyer fiscal des personnes concernées.
- ⑫ « Le montant des aides spécifiques prévues aux 5° et 6° du présent II est régularisé lors de l'établissement de l'impôt sur le revenu, dans les conditions prévues à l'article 1665 *ter* du code général des impôts.
- ⑬ « Pour les personnes mentionnées au 9° de l'article L. 133-5-6 du présent code, la contribution mentionnée à l'article L. 7233-1 du code du travail n'est pas éligible aux aides spécifiques prévues aux 5° et 6° du présent II.
- ⑭ « III. – Le prélèvement mentionné au troisième alinéa du I tient compte, le cas échéant, des sommes versées par le particulier employeur à son salarié, directement ou par l'intermédiaire des personnes mentionnés au 9° de l'article L. 133-5-6.
- ⑮ « Le montant de ces versements ne peut pas excéder 50 % de la rémunération et des cotisations et contributions sociales dues.
- ⑯ « Lorsque l'employeur réalise ces versements autrement que par des titres spéciaux de paiement émis par l'un des organismes habilités mentionnés à l'article L. 1271-10 du code du travail ayant conclu la convention prévue au 2° du II du présent article, il conserve les pièces justificatives, dans la limite de la prescription prévue à l'article L. 244-3 du présent code.
- ⑰ « IV. – Sans préjudice des sanctions pénales applicables, l'employeur ou le salarié mentionnés qui déclarent des prestations fictives sont exclus du dispositif, dans des conditions et pour une durée fixées par voie réglementaire. » ;

- ⑱ 2° À la fin de l'intitulé de la section 4 du chapitre III *bis* du titre III du livre I^{er}, le mot : « employeurs » est remplacé par les mots : « recourant à des services à la personne » ;
- ⑲ 3° L'article L. 133-8-3 est ainsi rédigé :
- ⑳ « *Art. L. 133-8-3.* – Sans préjudice des articles L. 133-5-12 et L. 133-8-4, lorsque le particulier bénéficie d'une prise en charge le dispensant de faire l'avance des dépenses de toute nature relevant d'un plan d'aide élaboré dans le cadre de l'allocation prévue à l'article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles ou de celle prévue à l'article L. 245-1 du même code et que cette allocation est versée sous forme de titres spéciaux de paiement mentionnés au B de l'article L. 1271-1 du code du travail, le montant de la prise en charge relative aux cotisations et contributions sociales dues par l'allocataire pour l'emploi d'un salarié est calculé par l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code au vu des éléments déclarés par le particulier employeur ou les organismes mentionnés à l'article L. 7232-6 du code du travail, dans la limite des montants prévus par le plan d'aide ou le plan personnalisé de compensation. Les modalités de paiement des cotisations et contributions sociales directement auprès de cet organisme par le département pour le compte du particulier et, le cas échéant, par ce dernier pour la part qui demeure à sa charge, sont prévues par décret. » ;
- ㉑ 4° La sous-section 2 de la section 4 du chapitre III *bis* du titre III du livre I^{er} est ainsi rédigée :
- ㉒ « *Sous-section 2*
- ㉓ « *Dispositifs simplifiés de déclaration et de paiement des organismes de services à la personne par les particuliers*
- ㉔ « *Art. L. 133-8-4.* – I. – Tout particulier domicilié en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts peut demander à utiliser un dispositif dématérialisé de déclaration et de paiement des prestations suivantes réalisées par des personnes morales ou des entreprises individuelles adhérant à ce dispositif :
- ㉕ « 1° Prestations de service à la personne réalisées à domicile selon les modalités prévues aux 2° et 3° de l'article L. 7232-6 du code du travail ;
- ㉖ « 2° Prestations d'accueil des enfants réalisées hors du domicile par un assistant maternel agréé mentionné à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles employé par une personne morale de droit public ou de droit privé.
- ㉗ « II. – Ce dispositif permet au particulier :
- ㉘ « 1° D'autoriser la personne morale ou l'entreprise individuelle qui réalise les prestations à déclarer à l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code les sommes dues au titre des prestations qu'elle a réalisées, dont il est simultanément informé ;
- ㉙ « 2° D'accepter ou de contester la déclaration mentionnée au 1° du présent II auprès de l'organisme de recouvrement. Sans préjudice des voies de recours qui sont ouvertes en cas de litige entre le particulier et le prestataire, cette déclaration est réputée acceptée en l'absence de contestation dans un délai de deux jours francs à compter de sa réception par le particulier ;

- ③⑩ « 3° D'autoriser l'organisme de recouvrement à prélever sur un compte bancaire les sommes nécessaires au paiement des prestations acceptées, à l'issue d'un délai de deux jours francs, après prise en compte, le cas échéant, des montants mentionnés aux 3°, 5° et 6° du II de l'article L. 133-5-12.
- ③⑪ « III. – Ce dispositif permet à la personne morale ou à l'entreprise individuelle qui réalise les prestations :
- ③⑫ « 1° D'enregistrer les particuliers qui en font la demande auprès de l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10, pour leur permettre d'utiliser ce dispositif ;
- ③⑬ « 2° De déclarer les informations relatives aux sommes dues par chaque particulier pour lequel elle a réalisé des prestations. Le prestataire est tenu de déclarer les sommes directement reçues, le cas échéant, du particulier. Dans ce cas, le particulier et le prestataire en conservent les pièces justificatives, dans la limite de la prescription prévue à l'article L. 244-3 ;
- ③⑭ « 3° De percevoir de l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10 le montant dû par chaque particulier, après déduction, le cas échéant, des sommes versées directement par lui dans les conditions mentionnées au 2° du présent III.
- ③⑮ « IV. – Les personnes dont l'activité consiste à mettre en relation un particulier avec une personne morale ou une entreprise individuelle réalisant les prestations mentionnées au I peuvent, lorsqu'elles sont mandatées par ce prestataire, effectuer les démarches mentionnées aux 1° et 2° du III dans les conditions prévues à l'article L. 133-11.
- ③⑯ « *Art. L. 133-8-5.* – Toute personne morale ou entreprise individuelle réalisant des prestations de service à la personne selon les modalités prévues aux 2° et 3° de l'article L. 7232-6 du code du travail peut être autorisée par l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 du présent code à adhérer au dispositif dématérialisé mentionné à l'article L. 133-8-4 sous réserve :
- ③⑰ « 1° De respecter les conditions d'agrément, de déclaration et d'autorisation posées aux articles L. 7232-1, L. 7232-1-1 et L. 7232-1-2 du code du travail ;
- ③⑱ « 2° De ne pas avoir fait l'objet d'un constat de l'infraction mentionnée à l'article L. 8211-1 du même code au cours des cinq années précédentes ;
- ③⑲ « 3° D'être à jour de ses obligations de déclaration et de paiement auprès des organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du présent code ;
- ④⑰ « 4° D'être à jour de ses obligations de déclaration et de paiement en matière d'impôts sur les sociétés ou, le cas échéant, d'impôt sur le revenu et de taxe sur la valeur ajoutée ;
- ④⑱ « 5° D'approuver la charte d'utilisation du service établie par l'organisme mentionné à l'article L. 225-1, qui précise notamment les modalités techniques d'accès au dispositif, de paiement des prestations et de reversement des sommes versées à tort, ainsi que ses engagements en matière d'accompagnement des particuliers, de réponse aux contestations et de communication sur le service.
- ④⑲ « *Art. L. 133-8-6.* – Sont exclus de la possibilité d'utiliser le dispositif, dans des conditions et pour une durée fixées par décret :

- ④③ « 1° Le particulier, en cas de défaut total ou partiel de paiement des sommes dues après acceptation de la prestation. La personne morale ou l'entreprise individuelle qui a réalisé les prestations recouvre alors elle-même les sommes qui lui sont dues auprès de son client ;
- ④④ « 2° Sans préjudice des sanctions pénales applicables, le particulier, la personne morale ou l'entreprise individuelle qui accepte ou déclare des prestations fictives ;
- ④⑤ « 3° La personne qui réalise les prestations, en cas de méconnaissance des exigences résultant de la charte mentionnée au 5° de l'article L. 133-8-5.
- ④⑥ « *Art. L. 133-8-7.* – Dans les cas mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 133-8-6, l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10 notifie au prestataire les sommes qui lui ont été versées à tort en l'invitant à les payer ou à produire ses observations sous un délai de trente jours puis, en l'absence de paiement ou d'observations, les recouvre par prélèvement bancaire au terme du même délai. Le cas échéant, ce même organisme restitue au particulier les montants que celui-ci a versés à tort.
- ④⑦ « Si le prélèvement mentionné au premier alinéa du présent article n'a pas permis de recouvrer les sommes versées à tort ou en cas de rejet total ou partiel des observations de l'intéressé, le directeur de l'organisme lui adresse, par tout moyen permettant de conférer date certaine à sa réception, une mise en demeure de payer dans un délai d'un mois. La mise en demeure peut concerner plusieurs montants préalablement notifiés.
- ④⑧ « Lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'organisme peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal judiciaire spécialement désigné en application de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire.
- ④⑨ « Une majoration de 10 % est applicable aux sommes réclamées qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure. Cette majoration peut faire l'objet d'une remise gracieuse totale ou partielle après règlement des sommes dues.
- ⑤⑩ « Sauf en cas de fraude, l'action en recouvrement se prescrit par trois ans à compter de la date de paiement de la somme versée à tort.
- ⑤⑪ « Un décret en Conseil d'État définit les modalités d'application du présent article.
- ⑤⑫ « *Art. L. 133-8-8.* – L'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10 met les organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 territorialement compétents en mesure de procéder, le cas échéant, à une compensation entre le montant des cotisations et contributions sociales leur restant dues au titre de l'emploi de salariés par la personne qui réalise les prestations et les sommes mentionnées au 3° du III de l'article L. 133-8-4. » ;
- ⑤⑬ 5° La même section 4 est complétée par une sous-section 3 ainsi rédigée :

54

« Sous-section 3

55

« Dispositions diverses

56

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

57

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

58

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

59

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

60

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

61

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

62

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

63

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

64

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

65

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

66

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

67

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

- 68 « 1° Du montant du crédit d'impôt prévu à l'article 199 *sexdecies*, après imputation de l'aide spécifique prévue au 5° du II de l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale servie au cours de l'avant-dernière année. Lorsque le montant de l'aide spécifique servie excède le montant du crédit d'impôt, ce dernier est retenu pour une valeur nulle ;
- 69 « 2° Du montant du crédit d'impôt prévu à l'article 200 *quater* B du présent code, après imputation de l'aide spécifique prévue au 6° du II de l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale servie au cours de l'avant-dernière année. Lorsque le montant de l'aide spécifique servie excède le montant du crédit d'impôt, ce dernier est retenu pour une valeur nulle.
- 70 « Le montant de l'acompte, calculé dans les conditions prévues aux deuxième à cinquième alinéas du présent article, est réduit du montant de l'aide spécifique mentionnée au 5° du II de l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale servie au cours des huit premiers mois de l'année précédant celle du versement de l'acompte, dans la limite de la fraction de l'acompte correspondant au crédit d'impôt prévu à l'article 199 *sexdecies* du présent code.
- 71 « Le montant de l'acompte, calculé dans les conditions prévues aux deuxième à cinquième alinéas du présent article, est réduit du montant de l'aide spécifique mentionnée au 6° du II de l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale perçue au cours des huit premiers mois de l'année précédant celle du versement de l'acompte, dans la limite de la fraction de l'acompte correspondant au crédit d'impôt prévu à l'article 200 *quater* B du présent code. » ;
- 72 *b)* À la fin du troisième alinéa, les mots : « calculé dans les conditions prévues au deuxième alinéa » sont remplacés par les mots : « déterminé dans les conditions prévues aux deuxième à septième alinéas du présent article » ;
- 73 2° L'article 1665 *ter* est ainsi rétabli :
- 74 « *Art. 1665 ter. – I. –* Le montant de l'aide spécifique mentionnée au 5° du II de l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale, constitutive d'un acompte du crédit d'impôt prévu à l'article 199 *sexdecies* du présent code, s'impute sur le montant du crédit d'impôt dont bénéficie l'intéressé au titre de l'année au cours de laquelle les dépenses sont réalisées. Le montant de cet acompte n'est pas déduit des dépenses effectivement supportées mentionnées au 3 du même article 199 *sexdecies*. Lorsque le montant de l'acompte excède celui du crédit d'impôt, l'excédent est régularisé lors de la liquidation de l'impôt.
- 75 « II. – Le montant de l'aide spécifique mentionnée au 6° du II de l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale, constitutive d'un acompte du crédit d'impôt prévu à l'article 200 *quater* B du présent code, s'impute sur le montant du crédit d'impôt dont bénéficie l'intéressé au titre de l'année au cours de laquelle les dépenses sont réalisées. Le montant de cet acompte n'est pas déduit des dépenses effectivement supportées mentionnées au premier alinéa du même article 200 *quater* B. Lorsque le montant de l'acompte excède celui du crédit d'impôt, l'excédent est régularisé lors de la liquidation de l'impôt. »
- 76 III. – L'article 20 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 est ainsi modifié :
- 77 1° Le 1 du I est ainsi modifié :

- 78) a) Au début, sont ajoutés les mots : « Dans la perspective de l'entrée en vigueur de l'article 11 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022, ;
- 79) b) L'année : « 2021 » est remplacée par l'année : « 2022 » ;
- 80) 2° À la fin de la première phrase du IV, les mots : « deux ans » sont remplacés par les mots : « trois ans, sans préjudice de la mise en œuvre des dispositions du b du 3 du I et du 1° du III après la fin de cette période ».
- 81) IV. – Les 1° et 5° du I s'appliquent aux déclarations réalisées au titre des périodes d'emploi de salariés à domicile par des particuliers employeurs courant à compter du 1^{er} janvier 2022 pour les activités de service à la personne mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 7231-1 du code du travail, et à compter du 1^{er} janvier 2024 pour les activités de garde d'enfant à domicile mentionnées au 1° du même article L. 7231-1 et pour l'accueil des enfants réalisés par les assistants maternels agréés mentionnés à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles.
- 82) Les 4° et 5° du I s'appliquent aux prestations de services à la personne mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 7231-1 du code du travail réalisées par des personnes morales ou des entreprises individuelles à compter du 1^{er} avril 2022, et aux activités de garde d'enfant à domicile mentionnées au 1° du même article L. 7231-1 ainsi qu'aux prestations d'accueil des enfants réalisées par les assistants maternels agréés mentionnés à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles à compter du 1^{er} janvier 2024.
- 83) Le 3° du I s'applique aux déclarations réalisées au titre des périodes d'emploi de salariés à domicile courant à compter du 1^{er} janvier 2023. Le 6° du I s'applique à compter du 1^{er} janvier 2024.

Article 12

- 2) I. – Le premier alinéa du 1° *quater* de l'article 83 du code général des impôts est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il en va de même de celles versées par les employeurs publics et leurs agents aux contrats collectifs de protection sociale complémentaire pour lesquels la souscription des agents est rendue obligatoire en application d'un accord prévu au II de l'article 22 *bis* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ou de l'arrêté mentionné au II de l'article L. 4123-3 du code de la défense. »
- 3) II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- 4) 1° Après le 4° du II de l'article L. 242-1, il est inséré 4° *bis* ainsi rédigé :
- 5) « 4° *bis* Dans des limites fixées par décret, la participation d'un employeur public au titre d'un contrat collectif de protection sociale complémentaire, versée obligatoirement en application d'un accord prévu au II de l'article 22 *bis* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ou de l'arrêté mentionné au II de l'article L. 413-3 du code de la défense, destinée au financement des garanties de protection sociale complémentaire. Cette participation est exclue de l'assiette des cotisations lorsque les agents de l'employeur public qu'il assure souscrivent obligatoirement à ce contrat ; »

- ⑥ 2° Le neuvième alinéa de l'article L. 137-15 est complété par les mots : « , ni les employeurs publics de moins de onze agents au titre de la participation mentionnée au 4° bis du II de l'article L. 242-1 du présent code » ;
- ⑦ 3° Au deuxième alinéa de l'article L. 137-16, après le mot : « droit, », sont insérés les mots : « pour les contributions des employeurs publics mentionnées au 4° bis du II de l'article L. 242-1 du présent code ».
- ⑧ III. – Jusqu'à la date d'entrée en vigueur des contrats sélectionnés conformément au III de l'article 22 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, le 4° bis du II de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, le neuvième alinéa de l'article L. 137-15 du même code et le deuxième alinéa de l'article L. 137-16 dudit code sont applicables au remboursement mentionné au II de l'article 4 de l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique versé aux agents publics de l'État et aux militaires.
- ⑨ IV. – Le présent article entre en vigueur 1^{er} janvier 2022.

Article additionnel après l'article 12

(Nouveau)

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

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

III. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Commenté [CAS3]: Amendements [AS1095](#) et [AS1040](#)

CHAPITRE II

Améliorer les droits sociaux des travailleurs indépendants

Article 13

- ① I. – L'article L. 243-15 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase du deuxième alinéa, après le mot : « personne », sont insérés les mots : « déclare ses revenus d'activité, » ;
- ③ 2° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « Pour les travailleurs indépendants débutant leur activité et non encore tenus de déclarer ou de payer des cotisations sociales, une attestation provisoire est délivrée dès lors que l'activité a été régulièrement déclarée et que l'ensemble des formalités et procédures afférentes à la

création d'activité ont été respectées. Cette attestation n'est valide que pour la période courant jusqu'à la première échéance déclarative ou de paiement à laquelle le travailleur indépendant est soumis. »

- ⑤ II. – Les deux dernières phrases de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale sont supprimées.
- ⑥ III. – Le XVII de l'article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est ainsi modifié :
- ⑦ 1° À la première phrase du premier alinéa, l'année : « 2020 » est remplacée par l'année : « 2023 » et les mots : « les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du même code peuvent proposer à des travailleurs indépendants » sont remplacés par les mots : « les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 611-1 du même code, autres que ceux relevant des articles L. 613-7 et L. 642-4-2 dudit code, peuvent demander aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du même code » ;
- ⑧ 2° Après le même premier alinéa, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :
- ⑨ « Pour les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 640-1 du code de la sécurité sociale, le présent XVII s'applique à compter du 1^{er} janvier 2023.
- ⑩ « La déclaration des revenus mensuels ou trimestriels et le paiement des cotisations et des contributions sociales provisionnelles qui en découlent sont effectués par les travailleurs indépendants mentionnés au premier alinéa du présent XVII au moyen d'un téléservice mis en place à cette intention par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale.
- ⑪ « Le présent XVII n'est pas applicable aux cotisations et contributions sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1, L. 645-2 et L. 654-2 du code de la sécurité sociale dont sont redevables, auprès de la section professionnelle compétente, les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 640-1 du même code, à l'exception de ceux affiliés à la section professionnelle compétente pour les psychothérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, ostéopathes, chiropracteurs et diététiciens mentionnés au 1° du même article L. 640-1 ainsi que pour les experts devant les tribunaux et experts automobiles et les personnes bénéficiaires de l'agrément prévu à l'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles mentionnés au 2° et les professions mentionnées aux 3°, 4° et 6° à 8° du même article. » ;
- ⑫ 3° À la fin de la dernière phrase de l'avant-dernier alinéa, l'année : « 2020 » est remplacée par l'année : « 2022 » ;
- ⑬ 4° Le dernier alinéa est supprimé.
- ⑭ IV. – À la fin de la deuxième phrase du deuxième alinéa du VI de l'article 65 de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020, la date : « 30 septembre 2021 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2021 ».
- ⑮ V. – À la fin du deuxième alinéa de l'article L. 642-5 du code de la sécurité sociale, les mots : « dispositions prévues à l'article L. 613-7 » sont remplacés par les références : « articles L. 613-7 et L. 642-4-2 ».

Article additionnel après l'article 13

(Nouveau)

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

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

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

Commenté [CAS4]: Amendement [AS1097](#)

Article additionnel après l'article 13

(Nouveau)

I. – Après les mots : « présent article », la fin de l'article L. 382-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée : « qui met à disposition des personnes mentionnées à l'article L. 382-1 le certificat de précompte afférent. »

II. – Le présent article entre en vigueur au 1^{er} janvier 2023.

Commenté [CAS5]: Amendement [AS1096](#)

Article 14

- ① I. – La section 2 du chapitre I^{er} du titre II du livre I^{er} du code de commerce est ainsi modifiée :
- ② 1° L'intitulé est ainsi rédigé : « Du conjoint, du partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou du concubin du chef d'entreprise, travaillant dans l'entreprise familiale » ;
- ③ 2° Après le IV de l'article L. 121-4, il est inséré un IV *bis* ainsi rédigé :
- ④ « IV *bis*. – Une personne ne peut conserver le statut de conjoint collaborateur pendant une durée supérieure à cinq ans, en tenant compte de l'ensemble des périodes et des entreprises au titre desquelles elle a opté pour ce statut.
- ⑤ « Au delà de cette durée, le conjoint continuant à exercer une activité professionnelle de manière régulière dans l'entreprise opte pour le statut de conjoint salarié ou de conjoint associé. À défaut, il est réputé avoir opté pour le statut de conjoint salarié. » ;
- ⑥ 3° L'article L. 121-8 est complété par les mots : « ou qui vivent en concubinage avec le chef d'entreprise ».
- ⑦ II. – Le titre VI du livre VI du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

- ⑧ 1° Le chapitre I^{er} est complété par un article L. 661-2 ainsi rédigé :
- ⑨ « Art. L. 661-2. – L'organisme de sécurité sociale dont relève le conjoint collaborateur mentionné au second alinéa de l'article L. 661-1 peut procéder à sa radiation en cas de dépassement de la durée de cinq ans au delà de laquelle il est réputé exercer son activité sous le statut de conjoint salarié en application du IV *bis* de l'article L. 121-4 du code de commerce. La radiation est décidée à l'issue d'une procédure contradictoire, dont les modalités sont précisées par décret en Conseil d'État, et prend effet au terme de la dernière année civile au cours de laquelle la période de cinq ans arrive à échéance.
- ⑩ « Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article. » ;
- ⑪ 2° L'article L. 662-1 est ainsi modifié :
- ⑫ a) Au premier alinéa, les mots : « au cinquième alinéa » sont remplacés par les mots : « aux cinquième et septième alinéas » ;
- ⑬ b) Le septième alinéa est ainsi rédigé :
- ⑭ « Pour les conjoints collaborateurs des assurés mentionnés à l'article L. 613-7, les cotisations sont calculées, à leur demande, soit sur la base d'un montant forfaitaire, soit sur la base du chiffre d'affaires ou des recettes du chef d'entreprise. Le taux global de cotisation mentionné au I du même article L. 613-7 est déterminé à raison des seuls risques mentionnés au second alinéa de l'article L. 661-1. » ;
- ⑮ c) La première phrase du huitième alinéa est complétée par les mots : « ainsi que le montant forfaitaire mentionné au septième alinéa ».
- ⑯ III. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022.
- ⑰ Pour les personnes exerçant au 1^{er} janvier 2022 une activité professionnelle sous le statut de conjoint collaborateur, la durée de cinq ans mentionnée au IV *bis* de l'article L. 121-4 du code de commerce s'apprécie au regard des seules périodes postérieures à cette date.

CHAPITRE III

Poursuivre les actions de lutte contre la fraude

Article 15

- ① L'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au 2°, la référence : « à l'article L. 324-12 » est remplacée par les références : « aux articles L. 8271-7 et suivants » ;
- ③ 2° Au septième alinéa, après le mot : « gratuit », sont insérés les mots : « , par voie dématérialisée sur demande de l'agent chargé du contrôle ou du recouvrement, ».

CHAPITRE IV

Harmoniser les règles relatives aux contributions pharmaceutiques

Article 16

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 138-10 est ainsi modifié :
- ③ a) Au I, les mots : « et L. 162-22-7-1 du présent code » sont remplacés par les mots : « , L. 162-18-1 et L. 162-22-7-1 du présent code et à l'article 36 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022 » ;
- ④ b) Le II est ainsi modifié :
 - au 1°, les mots : « la liste mentionnée au premier alinéa » sont remplacés par les mots : « les listes mentionnées aux deux premiers alinéas » ;
 - ⑤ – au 2°, les mots : « les listes prévues » sont remplacés par les mots : « la liste prévue » et, après la référence : « L. 162-22-7 », la fin est supprimée ;
 - ⑥ – au 3°, les mots : « même code » sont remplacés par les mots : « code de la santé publique » ;
 - ⑦ – sont ajoutés des 4° et 5° ainsi rédigés :
 - ⑧ « 4° Ceux bénéficiant d'une autorisation d'importation délivrée en application du premier alinéa de l'article L. 5124-13 dudit code et pris en charge par l'assurance maladie ;
 - ⑨ « 5° Ceux bénéficiant du dispositif de prise en charge d'accès direct prévu à l'article 36 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022. » ;
 - ⑩ 2° À la fin du premier alinéa de l'article L. 138-11, la référence : « et L. 162-22-7-1 » est remplacée par les références : « , L. 162-18-1 et L. 162-22-7-1 et à l'article 36 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022 » ;
 - ⑪ 3° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 138-13, après la seconde occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « ou du dispositif de prise en charge d'accès direct prévu à l'article 36 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022 » ;
- ⑫ 4° L'article L. 138-19-8 est ainsi modifié :
- ⑬ a) Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ⑭ – après la référence : « L. 162-22-7 », sont insérés les mots : « ainsi qu'au titre des produits et prestations bénéficiant de la prise en charge transitoire mentionnée à l'article L. 165-1-5 » ;

- ⑮ – les références : « L. 162-17-5 et L. 165-4 » sont remplacées par les mots : « aux articles L. 162-17-5, L. 165-1-5 et L. 165-4 et des majorations prévues à l'article L. 165-7 » ;
- ⑯ *b)* Le second alinéa est ainsi modifié :
- ⑰ – les mots : « est subordonnée » sont remplacés par les mots : « et celle mentionnée à l'article L. 165-1-5 au titre d'une prise en charge transitoire sont subordonnées » ;
- ⑱ 5° À la fin du premier alinéa de l'article L. 138-19-9, les références : « aux articles L. 162-17-5 et L. 165-4 » sont remplacées par les mots : « aux articles L. 162-17-5, L. 165-1-5 et L. 165-4 et des majorations prévues à l'article L. 165-7 » ;
- ⑳ 6° L'article L. 138-19-10 est ainsi modifié :
- ㉑ *a)* À la première phrase du premier alinéa, la référence : « et L. 165-4 » est remplacée par les mots : « , L. 165-1-5 et L. 165-4 et des majorations prévues à l'article L. 165-7 » ;
- ㉒ *b)* Le troisième alinéa est ainsi rédigé :
- ㉓ « Le montant de la contribution due par chaque exploitant redevable ne peut excéder 10 % du montant remboursé au titre des produits et prestations qu'il exploite, calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-19-9. » ;
- ㉔ 7° Le second alinéa de l'article L. 138-19-12 est supprimé ;
- ㉕ 8° Après le mot : « pharmaceutiques », la fin de l'article L. 245-1 est ainsi rédigée : « , de spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités ou de spécialités prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou au titre de l'article 36 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022. » ;
- ㉖ 9° L'article L. 245-2 est ainsi modifié :
- ㉗ *a)* La seconde phrase du 1° du I est complétée par les mots : « ou prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou au titre de l'article 36 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022 » ;
- ㉘ *b)* La seconde phrase du 3° du même I est complétée par les mots : « et qui n'est pas prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou de l'article 36 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022 » ;
- ㉙ *c)* À la première phrase du dernier alinéa du même I, après le mot : « publique », sont ajoutés les mots : « ou prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou de l'article 36 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022 » ;
- ㉚ *d)* Au 3° du II, après le mot : « publique », sont insérés les mots : « ou pris en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou de l'article 36 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022, » ;
- ㉛ *e)* Le premier alinéa du III est complété par les mots : « ou pris en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou de l'article 36 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022 » ;

- ③② 10° Au premier alinéa de l'article L. 245-4, après le mot : « et », il est inséré le mot : « soit » et, après la seconde occurrence du mot : « publique », sont insérés les mots : « , soit prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou de l'article 36 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022 » ;
- ③③ 11° L'article L. 245-6 est ainsi modifié :
- ③④ a) À la fin du VI, les mots : « ou d'une ou plusieurs spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités » sont remplacés par les mots : « inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités ou prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou de l'article 36 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022 » ;
- ③⑤ b) Le VII est complété par les mots : « ou prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou de l'article 36 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022 ».
- ③⑥ II. – Les 1° à 7° et le 11° du I s'appliquent aux contributions prévues à l'article L. 138-10, à l'article L. 138-19-9 et au VI de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale dues au titre de l'année 2021 et des années suivantes.
- ③⑦ III. – Les 8°, 9° et 10° du I s'appliquent à la contribution prévue à l'article L. 245-1 du code de la sécurité sociale due au titre des exercices clos à compter du 31 décembre 2021.
- ③⑧ IV. – Pour l'année 2022, le montant M mentionné à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale est fixé à 24,5 milliards d'euros.
- ③⑨ V. – Pour l'année 2022, le montant Z mentionné à l'article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale est fixé à 2,15 milliards d'euros.

TITRE II

CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 17

- ① I. – A. – À compter du 1^{er} janvier 2022, le 1° de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de l'article 6 de la présente loi, est ainsi modifié :
- ② 1° À la fin du troisième alinéa, le taux : « 18,49 % » est remplacé par le taux : « 10,74 % » ;
- ③ 2° À la fin de l'avant-dernier alinéa, le taux : « 24,33 % » est remplacé par le taux : « 31,64 % » ;
- ④ 3° À la fin du dernier alinéa, le taux : « 3,81 % » est remplacé par le taux : « 4,25 % ».

- ⑤ B. – À compter du 1^{er} janvier 2023, le 1^o de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du A du présent I, est ainsi modifié :
- ⑥ 1^o À la fin du troisième alinéa, le taux : « 10,74 % » est remplacé par le taux : « 17,19 % » ;
- ⑦ 2^o À la fin de l'avant-dernier alinéa, le taux : « 31,64 % » est remplacé par le taux : « 25,19 % ».
- ⑧ II. – À compter du 1^{er} janvier 2022, le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ⑨ 1^o Au 3^o de l'article L. 731-3, le taux : « 39,59 % » est remplacé par le taux : « 26,67 % » ;
- ⑩ 2^o Au troisième alinéa de l'article L. 732-58, le taux : « 13,81 % » est remplacé par le taux : « 26,73 % ».

Article 18

Est approuvé le montant de 5,4 milliards d'euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 5 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022.

Article 19

- ① Pour l'année 2022, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :
- ②

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	209,9	229,6	-19,7
Accidents du travail et maladies professionnelles...	15,6	14,1	1,4
Vieillesse	253,1	256,6	-3,6
Famille	51,4	49,7	1,7
Autonomie	33,3	34,2	-0,9
Toutes branches (hors transferts entre branches) ..	548,4	569,5	-21,0
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	547,2	569,8	-22,6

Article 20

- ① Pour l'année 2022, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général :

②

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	208,4	228,1	-19,7
Accidents du travail et maladies professionnelles...	14,0	12,7	1,3
Vieillesse	145,3	147,8	-2,5
Famille	51,4	49,7	1,7
Autonomie	33,3	34,2	-0,9
Toutes branches (hors transferts entre branches) ..	438,2	458,2	-20,0
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse.....	438,2	459,8	-21,6

Article 21

- ① I. – Pour l'année 2022, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.
- ② II. – Pour l'année 2022, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 18,3 milliards d'euros.
- ③ III. – Pour l'année 2022, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à 0.
- ④ IV. – Pour l'année 2022, les prévisions de recettes par catégorie mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à 0.

Article 22

- ① Sont habilités en 2022 à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les organismes mentionnés dans le tableau ci-dessous, dans les limites indiquées :

②

(En millions d'euros)

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

Article 23

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2022 à 2025), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2022

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

CHAPITRE I^{ER}

Poursuivre la transformation du système de santé

Article 24

- ① I. – L'article L. 160-8 du code de la sécurité sociale est complété par un 8° ainsi rédigé :
- « 8° La couverture des frais relatifs à la télésurveillance médicale. »
- ② II. – Le chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par une section 11 ainsi rédigée :
- ③ « Section 11
- ④ « *Télésurveillance médicale*
- ⑤ « Art. L. 162-48. – Pour l'application de la présente section, constituent des activités de télésurveillance médicale des interventions associant :
- ⑥ « 1° Une surveillance médicale ayant pour objet l'analyse des données et alertes transmises au moyen des dispositifs médicaux numériques mentionnés au 2°, toutes les actions nécessaires à sa mise en place, au paramétrage du dispositif, à la formation du patient en vue de son utilisation, à la vérification et au filtrage des alertes ainsi, le cas échéant, des activités complémentaires, notamment d'accompagnement thérapeutiques ;
- ⑦ « 2° L'utilisation de dispositifs médicaux numériques ayant pour fonction de collecter, analyser et transmettre des données physiologiques, cliniques ou psychologiques et d'émettre des alertes lorsque des valeurs seuils prédéfinies sont dépassées et, le cas échéant, des accessoires de collecte associés, lorsqu'ils ne sont ni implantables, ni invasifs et sans visée thérapeutique.
- ⑧ « Constitue un dispositif médical numérique tout logiciel répondant à la définition de dispositif médical énoncée à l'article 2 du règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux, modifiant la directive 2001/83/CE, le règlement (CE) n° 178/2002 et le règlement (CE) n° 1223/2009 et abrogeant les directives du Conseil 90/385/CEE et 93/42/CEE.

- ⑨ « Ce dispositif médical numérique peut nécessiter l’usage d’un accessoire de collecte destiné par son fabricant à être utilisé avec ledit dispositif médical pour permettre une utilisation de ce dernier conforme à sa destination ou pour contribuer spécifiquement et directement à sa fonction médicale.
- ⑩ « Lorsque des dispositifs médicaux numériques présentent, d’une part, des fonctionnalités de télésurveillance médicale au sens du présent article et, d’autre part, d’autres fonctionnalités, notamment thérapeutiques, ils ne relèvent de la présente section que pour leurs fonctionnalités de télésurveillance médicale. Ils sont soumis, le cas échéant, aux dispositions de la section 1 du chapitre V en ce qui concerne leurs fonctionnalités thérapeutiques.
- ⑪ « *Art. L. 162-49.* – Les activités de télésurveillance médicale mentionnées à l’article L. 162-48 ne peuvent être prises en charge ou remboursées par l’assurance maladie que si :
- ⑫ « 1° Elles sont inscrites sur la liste mentionnée à l’article L. 162-52 ;
- ⑬ « 2° La surveillance médicale est assurée par un opérateur de télésurveillance médicale disposant du récépissé prévu à l’article L. 162-51 ;
- ⑭ « 3° Cet opérateur a mis à la disposition de l’assuré, soit directement en tant qu’exploitant, soit par l’intermédiaire d’un exploitant ou d’un distributeur au détail avec lequel il a conclu une convention dans des conditions précisées par voie réglementaire, le dispositif médical numérique au moyen duquel la surveillance médicale est exercée.
- ⑮ « L’article L. 165-1-1-1 est applicable à l’exploitant mentionné au 3° du présent article.
- ⑯ « *Art. L. 162-50.* – L’opérateur de télésurveillance médicale est un professionnel médical mentionné au livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique ou une personne morale regroupant ou employant un ou plusieurs professionnels de santé, dont au moins un professionnel médical mentionné au même livre I^{er}.
- ⑰ « Les professionnels mentionnés au premier alinéa du présent article peuvent notamment exercer en libéral ou au sein d’un établissement de santé, d’un centre de santé, d’une maison de santé pluriprofessionnelle ou d’un établissement ou service médico-social.
- ⑱ « *Art. L. 162-51.* – Un opérateur de télésurveillance médicale souhaitant bénéficier de la prise en charge ou du remboursement par l’assurance maladie obligatoire de tout ou partie de ses activités de télésurveillance doit, au préalable, déclarer ces activités à l’agence régionale de santé territorialement compétente.
- ⑲ « Cette déclaration précise notamment les professionnels impliqués dans l’organisation et les dispositions prises pour assurer la continuité des soins. Un décret définit son contenu, en tenant compte, pour les activités que l’opérateur entend assurer, des référentiels mentionnés à l’article L. 162-52.
- ⑳ « Le récépissé de cette déclaration, établi par le directeur général de l’agence régionale de santé, est remis ou transmis à l’opérateur et à l’organisme local d’assurance maladie territorialement compétent. Il vaut éligibilité au remboursement des activités de télésurveillance médicale prévues à l’article L. 162-48 pour les indications mentionnées dans la déclaration de l’opérateur concerné.

- ②① « Lorsqu'il est constaté un manquement de l'opérateur réalisant des activités de télésurveillance à l'obligation de transmission de la déclaration préalable ou au respect des dispositions législatives et réglementaires relatives à la réalisation d'activités de télésurveillance, et après mise en demeure de mise en conformité, le directeur général de l'agence régionale de santé met fin à la validité de la déclaration et en informe la caisse primaire d'assurance maladie territorialement compétente, qui suspend les remboursements.
- ②② « *Art. L. 162-52.* – La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie des activités de télésurveillance médicale mentionnées à l'article L. 162-48 est subordonnée à leur inscription sur une liste établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la commission spécialisée de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 165-1. La liste précise les indications de l'activité de télésurveillance ouvrant droit à cette prise en charge ou à ce remboursement.
- ②③ « L'inscription, faisant suite à une demande présentée par l'exploitant du dispositif médical numérique mentionné au 3° de l'article L. 162-49, est effectuée par l'arrêté mentionné au premier alinéa du présent article, sous la forme d'un référentiel proposé par la Haute Autorité de santé. Ce référentiel mentionne :
- ②④ « 1° Les exigences minimales applicables à l'opérateur de télésurveillance médicale, notamment la qualification des professionnels de santé et les dispositions nécessaires pour assurer la qualité des soins ;
- ②⑤ « 2° La description d'une ligne générique du dispositif médical numérique concerné et, le cas échéant, des accessoires de collecte associés ou, à titre alternatif, le nom de marque ou le nom commercial de ces derniers ;
- ②⑥ « L'inscription peut être subordonnée par l'arrêté mentionné au premier alinéa au respect de spécifications techniques, d'indications de télésurveillance médicale et de conditions particulières de prescription, d'utilisation et de distribution.
- ②⑦ « Cette inscription peut également être subordonnée par ce même arrêté au dépôt auprès des ministres, par les exploitants des dispositifs, d'une déclaration de conformité aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité prévus à l'article L. 1470-5 du code de la santé publique. La déclaration de conformité est établie par un organisme désigné par décret.
- ②⑧ « *Art. L. 162-53.* – Lorsqu'elle examine les demandes d'inscription mentionnées à l'article L. 162-52, la commission spécialisée de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 165-1 indique si elle reconnaît l'existence d'une amélioration de la prestation médicale par l'activité de télésurveillance médicale au regard des référentiels inscrits dans l'indication concernée, lorsqu'ils existent, ou, à défaut, au regard de la même prise en charge sans télésurveillance.
- ②⑨ « En cas de reconnaissance d'une telle amélioration au regard d'un référentiel existant, ce dernier est radié de la liste mentionnée à l'article L. 162-52 au terme d'une période de dégressivité de la rémunération, dans des conditions définies par décret.
- ③⑩ « *Art. L. 162-54.* – Le montant forfaitaire de l'activité de télésurveillance médicale prise en charge ou remboursée par l'assurance maladie est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

- ① « Il comprend une base forfaitaire, déterminée, dans des conditions fixées par voie réglementaire, en fonction des moyens humains nécessaires à la surveillance médicale et des caractéristiques des dispositifs médicaux numériques.
- ② « Cette base forfaitaire est modulée en fonction, notamment :
- ③ « 1° De la fréquence du suivi réalisé par l'organisation de télésurveillance médicale pour une période donnée, au regard des exigences minimales définies par le référentiel mentionné à l'article L. 162-52 ;
- ④ « 2° De la complexité de la prise en charge ;
- ⑤ « 3° Du recours à des accessoires de collecte associés ;
- ⑥ « 4° Des volumes prévus ou constatés ;
- ⑦ « 5° Des montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés ;
- ⑧ « 6° Des conditions prévisibles et réelles de recours.
- ⑨ « Le patient ne peut être redevable à un opérateur de télésurveillance, au titre de la surveillance médicale, d'autres montants que les montants forfaitaires mentionnés au présent article.
- ⑩ « *Art. L. 162-55* – Les ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale peuvent fixer par arrêté le prix maximal des dispositifs médicaux numériques de télésurveillance médicale et des accessoires de collecte associés, dans les conditions prévues à l'article L. 162-38.
- ⑪ « Ce prix comprend les marges prévues ainsi que les taxes en vigueur.
- ⑫ « *Art. L. 162-56*. – La prise en charge ou le remboursement sont subordonnés à l'utilisation effective du dispositif médical numérique de télésurveillance par le patient et, lorsqu'ils existent, à l'atteinte de résultats individualisés ou nationaux d'utilisation en vie réelle évalués sur le fondement d'indicateurs définis dans le référentiel mentionné à l'article L. 162-53.
- ⑬ « Les opérateurs de télésurveillance peuvent transmettre, avec l'accord du patient, les données nécessaires à la mise en œuvre du contrôle mentionné au premier alinéa du présent article au service du contrôle médical mentionné à l'article L. 315-1.
- ⑭ « Le recueil et la transmission des données personnelles de santé relevant du présent article sont effectués dans le respect du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données).
- ⑮ « *Art. L. 162-57*. – Les modalités d'application de la présente sous-section, notamment les conditions de fixation des forfaits et des prix, sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

- 47 III. – Le dernier alinéa du I de l'article L. 165-2 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elle ne peut tenir compte des fonctions de télésurveillance, lorsqu'elles existent. »
- 48 IV. – La première phrase du premier alinéa de l'article L. 165-3-1 est ainsi modifiée :
- 49 1° Après la référence : « L. 165-1 », sont insérés les mots : « ou un dispositif médical de télésurveillance ou un accessoire de collecte associé inscrit sur la liste prévue à l'article L. 162-52 » ;
- 50 2° La référence : « à l'article L. 165-3 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-55 ou ».
- 51 V. – Le V de l'article 54 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est ainsi modifié :
- 52 1° Au premier alinéa, les mots : « pour une durée maximale de quatre ans » sont remplacés par les mots : « jusqu'au 1^{er} août 2022 au plus tard » ;
- 53 2° Au dixième alinéa, les mots : « la liste mentionnée à l'article L. 165-1 » sont remplacés par les mots : « les listes mentionnées aux articles L. 165-1 et L. 162-52 » ;
- 54 3° Après le troisième alinéa du 5°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- 55 « À l'échéance de l'expérimentation, les expérimentateurs engagés continuent à bénéficier de la prise en charge financière prévue au titre de l'expérimentation, sous réserve d'un dépôt auprès des ministres compétents et de la Haute Autorité de santé d'une demande d'inscription de ces produits ou prestations en application de l'article L. 162-52 du code de la sécurité sociale au plus tard un mois après l'entrée en vigueur du présent article. Cette prise en charge transitoire prend fin au plus tard le 31 décembre 2022. » ;
- 56 4° Le quatrième alinéa du 5° est supprimé.
- 57 VI. – Le présent article entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} juillet 2022.
- 58 L'expérimentation prévue à l'article 54 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 prend fin un mois après cette date d'entrée en vigueur.
- 59 Les dispositifs médicaux de télésurveillance médicale inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale sont radiés de cette liste au plus tard le 1^{er} janvier 2023.

Article 25

- 1 I. – A. – L'article L. 162-20-1 du code de la sécurité sociale est complété par un V ainsi rédigé :
- 2 « V. – Les tarifs issus de la tarification nationale journalière des prestations prennent effet le 1^{er} mars de l'année en cours. »

- ③ B. – Le VI de l'article 35 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 est ainsi modifié :
- ④ 1° Au premier alinéa, après la seconde occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « et les tarifs servant de base au calcul de la participation du patient des établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 dudit code exerçant des activités mentionnées aux 2° et 4° de l'article L. 162-22 du même code » ;
- ⑤ 2° À la fin du quatrième alinéa, les mots : « et prennent effet au 1^{er} janvier de l'année en cours » sont supprimés ;
- ⑥ 3° Après le même quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑦ « 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. » ;
- ⑧ 4° Les deux derniers alinéas sont supprimés.
- ⑨ II. – A. – L'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2019, est complété par un IV ainsi rédigé :
- ⑩ « IV. – Un décret en Conseil d'État détermine les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. »
- ⑪ B. – Le A du présent II entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022.
- ⑫ III. – A. – Au 2° du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, la référence : « 2° » est remplacée par la référence : « 1° ».
- ⑬ B. – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 6145-1 et au premier alinéa du I de l'article L. 6145-4 du code de la santé publique, la référence : « 2° » est remplacée par la référence : « 1° ».
- ⑭ C. – Le III de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est ainsi modifié :
- ⑮ 1° Le B est abrogé ;
- ⑯ 2° Au dernier alinéa du C, l'année : « 2022 » est remplacée par l'année : « 2027 » ;
- ⑰ 3° Le E est ainsi rédigé :
- ⑱ « E. – 1. Du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2022, par dérogation aux articles L. 162-23 à L. 162-23-11, L. 174-2 et L. 174-18 du code de la sécurité sociale ainsi qu'aux C et F du présent III, les forfaits, les dotations et les montants arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé ou, pour le service de santé des armées, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale au titre des soins de suite et de réadaptation, mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, exercées par les établissements mentionnés à

l'article L. 162-22-6 du même code et par le service de santé des armées, ne sont pas versés par les caisses.

- ⑲ « 2. Pour la même période, les activités mentionnées au 1 du présent E sont financées par des dotations provisionnelles calculées à partir des recettes perçues en 2021, hors recettes exceptionnelles.
- ⑳ « Le montant définitivement alloué à chaque établissement est régularisé au plus tard le 31 mai 2023, dans la limite de l'objectif de dépenses mentionné au I de l'article L. 162-23 du code de la sécurité sociale fixé pour l'année 2022, lorsque celui-ci est inférieur à la somme des montants arrêtés par les directeurs généraux d'agence régionale de santé et, pour le service de santé des armées, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale au titre des financements mentionnés à l'article L. 162-23-2 du même code. Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent alinéa. » ;
- ㉑ 4° Sont ajoutés des I et J ainsi rédigés :
- ㉒ « I. – Par dérogation au I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, pour l'année 2022, les tarifs nationaux de prestations mentionnés au 1° du même I sont applicables à compter du 1^{er} janvier.
- ㉓ « J. – Par dérogation à l'article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale et à titre transitoire pour l'année 2022, pour chaque spécialité pharmaceutique inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 162-23-6 du même code, tant que le tarif de responsabilité et le prix limite de vente aux établissements n'ont pas été fixés par convention entre l'entreprise titulaire des droits d'exploitation de ces spécialités, l'entreprise assurant leur importation parallèle ou l'entreprise assurant leur distribution parallèle et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision de ce dernier, et publiés par ce dernier :
- ㉔ « 1° Lorsque la spécialité est inscrite sur l'une des listes mentionnées aux articles L. 162-17 ou L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et que pour la ou les indications de cette spécialité, un prix ou un tarif ont été fixés en application d'au moins l'un des articles L. 162-16-4-3, L. 162-16-5, L. 162-16-5-4 et L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale au titre de l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du même code, le tarif de responsabilité et le prix limite de vente aux établissements au titre de l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-23-6 dudit code sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale au niveau du prix ou du tarif susmentionnés ;
- ㉕ « 2° Dans le cas contraire, la spécialité est facturée à l'assurance maladie et est prise en charge au titre de son inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-23-6 du même code sur la base de son prix d'achat par l'établissement de santé. »
- ㉖ IV – A. – À la deuxième phrase du I de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale, après les mots : « cette activité », sont insérés les mots : » , selon la catégorie d'établissements mentionnée à l'article L. 162-22-6 à laquelle il appartient ».
- ㉗ B. – Le VII de l'article 51 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 est ainsi modifié :

- 28 1° Les mots : « de l'année 2021 » sont remplacés par les mots : « des années 2021 et 2022 » ;
- 29 2° Les mots : « pour l'année 2021 » sont remplacés par les mots : « pour les années 2021 et 2022 ».
- 30 V. – Le III de l'article 65 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est remplacé par les dispositions suivantes :
- 31 « III. – Pour les établissements mentionnés au I du présent article, la facturation établie selon les règles prévues à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale est mise en œuvre de la façon suivante :
- 32 « 1° À compter du 1^{er} mars 2022 pour les établissements se déclarant volontaires pour son déploiement ;
- 33 « 2° À compter du 1^{er} mars 2024 pour les autres établissements, lorsqu'ils remplissent des critères fixés par voie réglementaire relatifs aux activités, à l'organisation et à la capacité de l'établissement.
- 34 « La dérogation prévue au I du présent article prend fin au plus tard le 1^{er} mars 2027.
- 35 « Les modalités d'application du présent III et le calendrier de leur mise en œuvre sont fixés par décret. »
- 36 VI. – L'article 57 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 précitée est ainsi modifié :
- 37 1° Au premier alinéa du I, l'année : « 2021 » est remplacée par l'année : « 2022 » ;
- 38 2° À la fin du troisième alinéa du même I, les mots : « l'année précédente au sein de l'établissement concerné » sont remplacés par les mots et une phrase ainsi rédigée : « au cours d'une année de référence qui est arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les modalités de modification de cette année de référence sont fixées par arrêté des mêmes ministres. » ;
- 39 3° À la fin du premier alinéa du II, la date : « 31 décembre 2021 » est remplacée par la date : « 31 mars 2022 ».

Article 26

- 1 I. – Le dernier alinéa du I de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- 2 1° Après le mot : « réduit », la fin de la troisième phrase est ainsi rédigée : « pour les assurés mentionnés aux 3° et 4° de l'article L. 160-14 et pour les bénéficiaires des prestations mentionnées à l'article L. 431-1, quel que soit le motif du passage. » ;
- 3 2° À la fin de la dernière phrase, les mots : « dans les cas prévus à l'article L. 160-9, aux 11°, 15° et 18° de l'article L. 160-14 ainsi qu'aux articles L. 169-1 et L. 16-10-1 du présent code » sont remplacés par les mots : « pour les bénéficiaires des prestations mentionnées à

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

- ④ II. – Au 5° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « publique, », sont insérés le mot : « des forfaits et suppléments versés au titre des soins de médecine d'urgence, en application du 2° de l'article L. 162-22-8-2 du présent code, ».
- ⑤ III. – Le 2° de l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑥ « Dans les établissements de santé mentionnés aux *d* et *e* du même article L. 162-22-6, pour les passages dans une structure des urgences non programmés et non suivis d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement, ces recettes comprennent des forfaits et suppléments par patient, fixés dans les mêmes conditions et exclusifs de toute autre rémunération, destinés à rémunérer les consultations et les actes des médecins mentionnés à l'article L. 162-5 intervenant dans le cadre de leur activité libérale et les actes des laboratoires de biologie médicale mentionnés à l'article L. 162-14 ; »
- ⑦ IV. – À la fin du VIII de l'article 51 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, la date : « 1^{er} septembre 2021 » est remplacée par la date : « 1^{er} janvier 2022 ».
- ⑧ V. – Pour l'année 2022, par dérogation au I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, les tarifs nationaux des prestations correspondant aux forfaits et suppléments applicables aux passages dans une structure des urgences non programmés et non suivis d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie de l'établissement prennent effet le 1^{er} janvier.
- ⑨ VI. – Le I du présent article entre en vigueur **au 1^{er} janvier** à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} juillet 2022.
- ⑩ VII. – Au I de l'article 66 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, le mot : « dix » est remplacé par le mot : « onze ».
- VIII (nouveau).** – Au IV de l'article 66 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 précitée, après le mot : « financier », sont insérés les mots : « , l'impact sur le reste à charge des patients ».

Commenté [CAS6]: Amendement [AS1094](#)

Commenté [CAS7]: Amendements [AS428](#), [AS849](#) et [AS1024](#)

Article 27

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'avant-dernier alinéa de l'article L. 1151-1 est ainsi modifié :
- ③ a) La première phrase est complétée par les mots : « ou hôpitaux des armées » ;
- ④ b) La seconde phrase est ainsi modifiée :

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

⑤ – après le mot : « établissements », sont insérés les mots : « ou hôpitaux » ;

⑥ – à la fin, les mots : « cette liste » sont remplacés par les mots : « la liste de ces établissements » ;

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

⑧ « L'article L. 6111-1-6 est applicable aux hôpitaux des armées. »

⑨ II. – Le I de l'article L. 162-30-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

⑩ 1° Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Un hôpital des armées peut, par arrêté du ministre de la défense et des ministres chargés de la santé et de la sécurité social, sur avis conforme du même comité, être autorisé à pratiquer ces mêmes activités. » ;

⑪ 2° Au troisième alinéa, après le mot : « manquement », sont insérés les mots : « d'un établissement de santé ».

Article 28

① I. – Le deuxième alinéa du I de l'article L. 3211-12 du code de la santé publique est ainsi modifié :

② 1° Les mots : « du troisième alinéa du II » sont supprimés ;

③ 2° Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Dans ce cas, il statue dans les délais prévus au II de l'article L. 3222-5-1 ou, à défaut, dans un délai de vingt-quatre heures à compter de sa saisine. » ;

④ II. – Le III de l'article L. 3211-12-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

⑤ 1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

⑥ a) La référence : « du II » est supprimée ;

⑦ b) Les mots : « ou qui s'en saisit d'office » sont remplacés par les mots : « , qui s'en saisit d'office ou qui a été saisi aux fins de prolongation de celle-ci » ;

⑧ 2° L'avant-dernier alinéa est supprimé ;

⑨ 3° À la deuxième phrase du cinquième alinéa, après le mot : « hypothèse, », sont insérés les mots : « la procédure devient orale et » ;

⑩ 4° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

⑪ « Le juge des libertés et de la détention statue dans les conditions prévues par décret en Conseil d'État. »

- ⑫ III. – A la première phrase du premier alinéa de l'article L. 3211-12-4 du code de la santé publique, la référence : « ou L. 3211-12-1 » est remplacée les références : « L. 3211-12-1 ou L. 3222-5-1 » ;
- ⑬ IV. – L'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ⑭ 1° Le I est complété par deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑮ « La mesure d'isolement est prise pour une durée maximale de douze heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée, dans les conditions et selon les modalités prévues au premier alinéa du présent I, dans la limite d'une durée totale de quarante-huit heures, et fait l'objet de deux évaluations par vingt-quatre heures.
- ⑯ « La mesure de contention est prise dans le cadre d'une mesure d'isolement pour une durée maximale de six heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée, dans les conditions et selon les modalités prévues au même premier alinéa, dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre heures, et fait l'objet de deux évaluations par douze heures. » ;
- ⑰ 2° Le II est ainsi rédigé :
- ⑱ « II. – À titre exceptionnel, le médecin peut renouveler, au delà des durées totales prévues au I, les mesures d'isolement et de contention, dans le respect des conditions prévues au même I. Le directeur de l'établissement informe sans délai le juge des libertés et de la détention du renouvellement de ces mesures. Ce dernier peut se saisir d'office pour y mettre fin. Le médecin en informe également les personnes mentionnées à l'article L. 3211-12, dès lors qu'elles sont identifiées, dans le respect de la volonté du patient et du secret médical.
- ⑲ « Le directeur de l'établissement saisit le juge des libertés et de la détention avant l'expiration de la soixante-douzième heure d'isolement ou de la quarante-huitième heure de contention, si l'état de santé du patient rend nécessaire le renouvellement de la mesure au delà de ces durées.
- ⑳ « Le juge statue dans les vingt-quatre heures qui suivent l'expiration des durées prévues au deuxième alinéa du présent II.
- ㉑ « Si les conditions prévues au I ne sont plus réunies, il ordonne la mainlevée de la mesure. Dans ce cas, aucune nouvelle mesure ne peut être prise avant l'expiration d'un délai de quarante-huit heures, sauf survenance d'éléments nouveaux dans la situation du patient qui rendent impossibles d'autres modalités de prise en charge permettant d'assurer sa sécurité ou celle d'autrui. Le directeur de l'établissement informe alors sans délai le juge des libertés et de la détention, qui peut se saisir d'office pour mettre fin à la mesure.
- ㉒ « Si les conditions prévues au même I sont toujours réunies, le juge autorise le maintien de la mesure d'isolement ou de contention. Dans ce cas, le médecin peut la renouveler dans les conditions prévues audit I et aux deux premiers alinéas du présent II. Toutefois, si le renouvellement d'une mesure d'isolement est encore nécessaire après deux décisions de maintien prises par le juge, celui-ci est saisi au moins vingt-quatre heures avant l'expiration d'un délai de sept jours à compter de sa précédente décision et le médecin en informe les personnes mentionnées à l'article L. 3211-12, dès lors qu'elles sont identifiées, dans le respect de la volonté du patient et du secret médical. Le juge statue avant l'expiration de ce délai de sept

jours. Le cas échéant, il est à nouveau saisi au moins vingt-quatre heures avant l'expiration de chaque nouveau délai de sept jours et statue dans les mêmes conditions. Le médecin réitère l'information susmentionnée lors de chaque saisine du juge.

- ②③ « Pour l'application des deux premiers alinéas du présent II, lorsqu'une mesure d'isolement ou de contention est prise moins de quarante-huit heures après qu'une précédente mesure d'isolement ou de contention a pris fin, sa durée s'ajoute à celle des mesures d'isolement ou de contention qui la précèdent.
- ②④ « Les mêmes deux premiers alinéas s'appliquent également lorsque le médecin prend plusieurs mesures d'une durée cumulée de quarante-huit heures pour l'isolement et de vingt-quatre heures pour la contention, sur une période de quinze jours.
- ②⑤ « Les mesures d'isolement et de contention peuvent également faire l'objet d'un contrôle par le juge des libertés et de la détention en application du IV de l'article L. 3211-12-1.
- ②⑥ « Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent II. »
- ②⑦ V. – Le I de l'article L. 3844-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ②⑧ 1° Au second alinéa, la référence : « L. 3211-12-2, » est supprimée ;
- ②⑨ 2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ③⑩ « Les articles L. 3211-12, L. 3211-12-2 et L. 3211-12-4 sont applicables en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française dans leur rédaction résultant de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022, sous réserve des adaptations prévues au II. »
- ③⑪ VI. – Au second alinéa du I de l'article L. 3844-2 du code de la santé publique, les mots : « version résultant de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 » sont remplacés par les mots : « rédaction résultant de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022 ».
- ③⑫ VII. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

CHAPITRE II

Renforcer la politique de soutien à la perte d'autonomie

Article 29

- ① L'article 48 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 est ainsi modifié :
- ② 1° Le I est ainsi modifié :
- a) Au premier alinéa, après la mention : « I. – », est insérée la mention : « A. – » et les mots : « , à compter du 1^{er} septembre 2020, » sont supprimés ;

- ③ b) À la fin du 1^o, les mots : « , à l'exception des structures créées en application de l'article L. 6111-3 du même code » sont supprimés ;
- ⑤ c) Au 3^o, les mots : « , y compris rattachés aux établissements publics de santé, » sont supprimés ;
- ⑥ d) Après le 5^o, sont insérés dix-sept alinéas ainsi rédigés :
- ⑦ « 6^o Des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles rattachés à un établissement public de santé mentionné à l'article L. 6111-3 du code de la santé publique ;
- ⑧ « 7^o Des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles relevant d'un établissement public gérant un ou plusieurs établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionnés au 3^o de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;
- ⑨ « 8^o Des groupements d'intérêt public mentionnés à l'article L. 6134-1 du code de la santé publique satisfaisant aux critères suivants :
- ⑩ « a) Le groupement exerce, à titre principal, une activité en lien direct avec la prise en charge des patients ou des résidents ;
- ⑪ « b) L'un au moins des établissements membres du groupement d'intérêt public est soit un établissement public de santé mentionné à l'article L. 6111-3 du même code, soit un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionné au 3^o de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée ;
- ⑫ « c) L'activité principale du groupement bénéficie majoritairement à un établissement public de santé ou à un établissement public d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;
- ⑬ « 9^o Des groupements de coopération sociale ou médico-sociale mentionnés à l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles comprenant un ou plusieurs établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionnés au 3^o de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée ;
- ⑭ « 10^o Des établissements expérimentaux qui accueillent des personnes âgées mentionnés au 12^o du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et qui relèvent de l'objectif de dépenses mentionné au I de l'article L. 314-3 du même code.
- ⑮ « B. – Le complément de traitement indiciaire est également versé, dans des conditions fixées par décret, aux fonctionnaires et militaires exerçant les fonctions d'aide-soignant, d'infirmiers, de cadre de santé de la filière infirmière et de la filière de rééducation, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue, d'orthophoniste, d'orthoptiste, d'ergothérapeute, d'audioprothésiste, de psychomotricien, de sage-femme, d'auxiliaire de puériculture, de diététicien, d'aide médico-psychologique, d'auxiliaire de vie sociale, d'accompagnant éducatif et social au sein ;
- ⑯ « 1^o Des services de soins infirmiers à domicile mentionnés aux 6^o et 7^o du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

- 17 « 2° Des établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5° et 7° du même I et relevant de l'objectif de dépenses mentionné au I de l'article L. 314-3 du même code ;
- 18 « 3° Des établissements et services mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 dudit code.
- 19 « C. – Une indemnité équivalente au complément de traitement indiciaire est versée, dans des conditions fixées par décret, aux agents contractuels de droit public et aux ouvriers des établissements industriels de l'État :
- 20 « 1° Exerçant leurs fonctions au sein des structures mentionnées au A du présent I ;
- 21 « 2° Exerçant au sein des structures mentionnées au B du présent I et occupant des fonctions analogues à celles mentionnées au même B.
- 22 « D. – Par dérogation aux A et B du présent I, un complément de traitement indiciaire est versé aux agents relevant de la fonction publique hospitalière lorsqu'ils suivent des études favorisant la promotion professionnelle et débouchant sur les diplômes ou certificats du secteur sanitaire et social.
- 23 « Le complément de traitement indiciaire ou l'indemnité équivalente versé au titre des mêmes A et B aux militaires, aux fonctionnaires de l'État, aux agents contractuels de droit public et aux ouvriers des établissements industriels de l'État est maintenu lorsqu'ils suivent des études favorisant la promotion professionnelle et débouchant sur les diplômes ou certificats du secteur sanitaire et social. » ;
- 24 e) L'avant-dernier alinéa est supprimé ;
- 25 f) Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « E. – » ;
- 26 2° Au premier alinéa du II, les mots : « à compter du 1^{er} septembre 2020 » sont supprimés ;
- 27 3° Le IV devient un V ;
- 28 4° Après le III, il est rétabli un IV ainsi rédigé :
- 29 « IV. – Les I à III s'appliquent à compter du 1^{er} septembre 2020, à l'exception :
- 30 « 1° Des personnels exerçant dans les structures mentionnées aux 6° à 10° du A du I, pour lesquels les I à III s'appliquent à compter du 1^{er} juin 2021 ;
- 31 « 2° Des personnels exerçant dans les structures mentionnées au B du I, pour lesquels les I à III s'appliquent aux rémunérations versées à compter du 1^{er} octobre 2021 ;
- 32 « 3° Des personnels mentionnés au D du I, pour lesquels les I à III s'appliquent aux rémunérations versées à compter du 1^{er} septembre 2021.
- 33 « Le C du I s'applique à la même date que les dispositions auxquelles il fait référence. »

Article 30

- ① I. – A. – Le titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 313-1-3 est ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 313-1-3.* – Les prestations d'aide, d'accompagnement et de soins à domicile relevant des 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 sont dispensées par des services dénommés services autonomie à domicile.
- ④ « Les services autonomie à domicile concourent à préserver l'autonomie des personnes qu'ils accompagnent et à favoriser leur maintien à domicile.
- ⑤ « À cette fin, ils assurent une activité d'aide et d'accompagnement à domicile et proposent une réponse aux éventuels besoins de soins des personnes accompagnées :
- ⑥ « 1° Soit en assurant eux-mêmes une activité de soins à domicile. Ils perçoivent, à ce titre, les dotations définies au II de l'article L. 314-2-1 ;
- ⑦ « 2° Soit en organisant une réponse aux besoins de soins avec d'autres services ou professionnels dispensant une activité de soins à domicile, le cas échéant par le biais de conventions.
- ⑧ « Un décret fixe le cahier des charges national que doivent respecter ces services. » ;
- ⑨ 2° La section 1 du chapitre IV est complétée par un article L. 314-2-1 ainsi rédigé :
- ⑩ « *Art. L. 314-2-1.* – Les services autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 313-1-3 sont financés selon les modalités suivantes.
- ⑪ « I. – Au titre de l'activité d'aide et d'accompagnement à domicile :
- ⑫ « 1° Pour les services habilités sur le fondement de l'article L. 313-6 à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, les tarifs horaires définis par le président du conseil départemental en application du II de l'article L. 314-1 ne peuvent être inférieurs à un montant fixé par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées, des collectivités territoriales et de la sécurité sociale ;
- ⑬ « 2° Pour les services mentionnés à l'article L. 347-1, le montant de la prestation mentionnée aux articles L. 232-1 ou L. 245-1 et destinée à couvrir en tout ou partie le prix facturé par le service ne peut être inférieur au montant résultant de l'application du montant minimal mentionné au 1° du présent I ;
- ⑭ « II. – Au titre de l'activité de soins dispensée en application du 1° de l'article L. 313-1-3, le directeur général de l'agence régionale de santé verse chaque année :
- ⑮ « 1° Une dotation globale relative aux soins, dont le montant tient compte notamment du niveau de perte d'autonomie et des besoins de soins des personnes accompagnées ;

- ⑩ « 2° Une dotation destinée au financement des actions garantissant le fonctionnement intégré de la structure et la cohérence de ses interventions auprès de la personne accompagnée. »
- ⑪ B. – Le 3° de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est complété par un *e* ainsi rédigé :
- ⑫ « *e*) Du surcroît des coûts mentionnés aux *a* et *b* du présent 3° résultant pour chaque département, le cas échéant, de l'application du tarif horaire minimal prévu au I de l'article L. 314-2-1. Les modalités de détermination de ce montant sont précisées par décret en Conseil d'État, en tenant compte des dernières données disponibles portant sur le volume total d'activité des services réalisant une activité d'aide et d'accompagnement à domicile à la date d'effet de la première application du tarif minimal et de chacune de ses revalorisations ; ».
- ⑬ C. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ⑭ 1° Au *d* du 3° de l'article L. 14-10-5, les références : « aux 1°, 2°, 4°, 5° et 6° de » sont remplacées par le mot : « à » ;
- ⑮ 2° L'article L. 233-1 est ainsi modifié :
- ⑯ *a*) Au 3°, les mots : « d'aide et d'accompagnement » sont remplacés par le mot : « autonomie » ;
- ⑰ *b*) Le 4° est abrogé ;
- ⑱ *c*) Les 5° et 6° deviennent, respectivement, les 4° et 5° ;
- ⑲ 3° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 313-1-2, le mot : « intervenir » est remplacé par les mots : « exercer l'activité d'aide et d'accompagnement » et les mots : « d'aide et d'accompagnement » sont remplacés par le mot : « autonomie » ;
- ⑳ 4° Au dernier alinéa de l'article L. 313-8-1, les mots : « d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1 » sont remplacés par les mots : « autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 313-1-3 » ;
- ㉑ 5° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 313-11-1, les mots : « d'aide et d'accompagnement à domicile autorisés relevant des 1°, 6° et 7° » sont remplacés par les mots : « autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 313-1-3 et les services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant du 1° » ;
- ㉒ 6° Le quatrième alinéa du III de l'article L. 313-12 est ainsi modifié :
- ㉓ *a*) À la première phrase, les mots : « d'aide et de soins » sont remplacés par le mot : « autonomie » ;
- ㉔ *b*) À la seconde phrase, les mots : « de soins infirmiers à domicile, un service polyvalent d'aide et de soins » sont remplacés par le mot : « autonomie » ;
- ㉕ 7° À l'intitulé du chapitre VII du titre IV du livre III, les mots : « d'aide et d'accompagnement » sont remplacés par les mots : « autonomie à domicile » ;

- 32 8° L'article L. 347-1 est ainsi modifié :
- 33 a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1 » sont remplacés par les mots : « autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 313-1-3 » et, après les mots : « prestations de service », sont insérés les mots : « d'aide et d'accompagnement » ;
- 34 b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- 35 « Les services peuvent appliquer un pourcentage d'évolution annuelle des prix supérieur à celui mentionné au deuxième alinéa lorsque le prix résultant de l'application de ce dernier taux demeure inférieur au tarif horaire arrêté par le département en application des articles L. 232-3 et L. 245-6. »
- 36 D. – L'article 49 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement est abrogé.
- 37 II. – A. – Le I entre en vigueur à la date de publication du décret définissant le cahier des charges des services autonomie à domicile pris en application de l'article L. 313-1-3 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction résultant du I du présent article, et au plus tard le 30 juin 2023, dans les conditions et sous les réserves définies aux B à D du présent II.
- 38 B. – Les services dont la liste suit qui, à la date mentionnée au A du présent II, disposent d'une autorisation délivrée dans les conditions prévues à l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles sont réputés autorisés en qualité de service autonomie à domicile, au sens de l'article L. 313-1-3 du même code, pour la durée de l'autorisation restant à courir. Ils disposent alors d'un délai maximal de deux ans pour se mettre en conformité avec les dispositions du cahier des charges mentionné au A du présent II. Pendant cette période, ils restent régis par les dispositions qui leur étaient applicables à la date mentionnée au même A.
- 39 Le présent B est applicable :
- 40 1° Aux services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- 41 2° Aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile relevant des mêmes 6° et 7° ;
- 42 3° Aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile constitués, à la date de publication de la présente loi, en application du b de l'article 49 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, sous la forme d'un groupement de coopération sociale ou médico-sociale ou d'une convention de coopération prévus à l'article L. 312-7 du même code.
- 43 Les autorisations arrivant à échéance dans un délai de six mois à compter de la date mentionnée au A du présent II sont prorogées pour une durée de trois mois.
- 44 C. – Les services de soins infirmiers à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles qui, à la date mentionnée au A du présent II, disposent d'une autorisation délivrée dans les conditions prévues à l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles déposent, dans un délai maximal de deux ans, une demande en vue de leur autorisation en qualité de service autonomie à domicile au titre du 1° de l'article

L. 313-1-3 du même code, dans sa rédaction résultant du I du présent article. Pendant cette période, ils restent régis par les dispositions qui leur étaient applicables à la date mentionnée au A du présent II, sous réserve du D du présent II.

- ④5 Les autorisations délivrées en application du présent C sont exonérées de la procédure d'appel à projets prévue au I de l'article L. 313-1-1 du même code.
- ④6 D. – Dans l'attente de leur constitution en services autonomie à domicile, sont rendues applicables, jusqu'à la date mentionnée au A du présent II :
- ④7 1° Aux services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, à compter du 1^{er} janvier 2022 : les règles relatives au tarif minimal définies aux 1° et 2° du I de l'article L. 314-2-1 du même code, ainsi que la compensation financière correspondante définie au e du 3° de l'article L. 14-10-5 dudit code ;
- ④8 2° Aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile mentionnés aux 3° et 4° du B du présent II :
- ④9 a) À compter du 1^{er} janvier 2022 :
- ⑤0 – les règles relatives au tarif minimal définies aux 1° et 2° du I de l'article L. 314-2-1 du code de l'action sociale et des familles, ainsi que la compensation financière correspondante définie au e du 3° de l'article L. 14-10-5 du même code ;
- ⑤1 – la dotation mentionnée au 2° du II de l'article L. 314-2-1 dudit code ;
- ⑤2 b) À compter du 1^{er} janvier 2023 : la dotation globale mentionnée au 1° du même II ;
- ⑤3 3° Aux services de soins infirmiers à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1 du même code, à compter du 1^{er} janvier 2023 : la dotation globale mentionnée au 1° du II de l'article L. 314-2-1 du même code.

III (nouveau). – **D'ici au 1^{er} janvier 2024, le Gouvernement remet au Parlement un rapport dressant un bilan de la mise en place du tarif plancher national visant à consolider le financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile. Ce rapport évaluera notamment l'impact de la mise en place du tarif socle sur le financement des services d'une part et sur les procédures de tarifications des différents opérateurs d'autre part.**

Commenté [CAS8]: Amendement [AS1065](#)

Article 31

- ① Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° La section 3 du chapitre III du titre I^{er} du livre III est complétée par un article L. 313-12-3 ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 313-12-3.* – Les établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 peuvent assurer, dans des conditions fixées par voie réglementaire **et en garantissant l'équité territoriale entre les départements**, une mission de centre de ressources territorial. Ils proposent dans ce cadre, en lien avec d'autres professionnels des secteurs sanitaire et

Commenté [CAS9]: Amendement [AS1066](#)

médico-social du territoire **en charge du parcours gériatrique des personnes âgées**, des actions visant à :

Commenté [CAS10]: Amendement [AS1067](#)

- ④ « 1° Appuyer les professionnels du territoire intervenant auprès des personnes âgées, notamment afin de les soutenir dans l'exercice de leurs missions, d'organiser des formations ou de mettre les ressources humaines et les plateaux techniques de l'établissement à leur disposition ;
- ⑤ « 2° Accompagner, en articulation avec les services à domicile, les personnes âgées ne résidant pas dans l'établissement ou les aidants, afin d'améliorer la cohérence de leur parcours de santé **et de leur parcours vaccinal**, de prévenir leur perte d'autonomie physique, cognitive ou sociale et de favoriser leur vie à domicile. À ce titre, ils peuvent proposer une offre d'accompagnement renforcé au domicile.
- ⑥ « Lorsqu'ils ont une mission de centre de ressources territorial, les établissements reçoivent les financements complémentaires mentionnés à l'article L. 314-2. » ;
- ⑦ 2° À la deuxième phrase du 1° du I de l'article L. 314-2, après le mot : « particulières », sont insérés les mots : « ou à la mission de centre de ressources territorial mentionnée à l'article L. 313-12-3 ».

Commenté [CAS11]: Amendement [AS1052](#)

Article 32

- ① I. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° La troisième phrase du 2° de l'article L. 14-10-1 est complétée par les mots : « , dont le système d'information unique pour la gestion par les départements de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile **mentionnée et de la prestation de compensation mentionnées** à l'article L. 232-21-5 » ;
- ③ 2° La section 3 du chapitre II du titre III du livre II est complétée par un article ainsi rédigé :
- ④ « *Art. L. 232-21-5.* – Les départements et, le cas échéant, les institutions et organismes avec lesquels des conventions sont conclues en application de l'article L. 232-13 ont recours, pour la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile, à un système d'information unique mis à leur disposition par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. **Les départements ont également recours à ce système d'information unique pour la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1.**
- ⑤ « Ce système d'information unique a pour finalités :
- ⑥ « 1° De mettre en œuvre l'ensemble des procédures nécessaires au recueil des demandes et à leur instruction ainsi qu'à l'attribution, à la gestion et au contrôle de l'effectivité de **ces** prestations ;
- ⑦ « 2° D'assurer le suivi et l'analyse de ces procédures, des dépenses afférentes à cette prestation ainsi que des caractéristiques de ses bénéficiaires.

Commenté [CAS12]: Amendement [AS528](#)

Commenté [CAS13]: Amendement [AS528](#)

Commenté [CAS14]: Amendement [AS528](#)

- ⑧ « Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent article, notamment les catégories de données traitées et les règles d'utilisation de ce système d'information unique. »
- ⑨ II. – Le 2° du I entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2025. À cette fin, ce décret précise les modalités suivant lesquelles le système d'information unique mentionné au même 2° est progressivement déployé dans l'ensemble des départements à partir du 1^{er} janvier 2024.

CHAPITRE III

Rénover la régulation des dépenses de produits de santé

Article 33

- ① I. – La cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :
- ② 1° L'article L. 5121-12-1 est ainsi modifié :
- ③ a) Le II est ainsi modifié :
- ④ – au deuxième alinéa, les mots : « l'entreprise qui assure l'exploitation » sont remplacés par les mots : « le titulaire des droits d'exploitation » ;
- ⑤ – la seconde phrase du dernier alinéa est supprimée ;
- ⑥ b) Au IV, les mots : « l'entreprise qui assure l'exploitation » sont remplacés par les mots : « le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché » ;
- ⑦ c) À la fin de la deuxième phrase du premier alinéa du V, les mots : « l'entreprise qui l'exploite » sont remplacés par les mots : « le titulaire des droits d'exploitation du médicament » ;
- ⑧ d) Il est ajouté un VIII ainsi rédigé :
- ⑨ « VIII. – Toutefois et, le cas échéant, par dérogation aux I et II :
- ⑩ « 1° L'absence de dépôt de demande d'autorisation d'accès précoce au titre de l'article L. 5121-12 dans le délai mentionné au deuxième alinéa du II du présent article ou le refus opposé à cette demande ne fait obstacle ni au maintien d'une autorisation d'accès compassionnel en cours de validité ni à son renouvellement pour tenir compte de la situation particulière d'un patient donné, pour une durée maximale prévue par décret ;
- ⑪ « 2° La mise en place d'une recherche impliquant la personne humaine à des fins commerciales dans une indication donnée ne fait obstacle ni au maintien d'un cadre de prescription compassionnelle établi au préalable dans cette même indication en cours de validité ni à son renouvellement pour des motifs de santé publique. » ;
- ⑫ 2° L'article L. 5123-2 est ainsi modifié :

- 14) a) Le début deuxième alinéa est ainsi rédigé : « Les médicaments faisant l'objet dans une indication considérée des autorisations d'accès précoce mentionnées à l'article L. 5121-12 ou du dispositif relatif aux continuités des traitements initiés à ce titre en application de l'article L. 162-16-5-4 du code de la sécurité sociale, des autorisations ou cadres de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L. 5121-12-1 du présent code ou du dispositif relatif aux continuités des traitements initiés à ce titre en application du VI de l'article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale, les médicaments faisant l'objet d'une autorisation de médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement mentionnés au 17° de l'article L. 5121-1 du présent code, ainsi que ceux faisant l'objet, en association, dans une indication considérée, d'une autorisation en application de l'article L. 162-18-1 du code de la sécurité sociale et ceux bénéficiant d'une autorisation d'importation délivrée en application de l'article L. 5124-13 du présent code dans le cadre...(*le reste sans changement*). »
- 15) b) La seconde phrase du troisième alinéa est complétée par les mots : « ni aux médicaments inscrits, au titre de leur autorisation de mise sur le marché, sur la liste mentionnée au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique » ;
- 16) 3° La première phrase du deuxième alinéa du 1° de l'article L. 5126-6 est ainsi rédigée : « Sont réputés inscrits sur cette liste les médicaments qui ne sont pas classés dans la catégorie des médicaments réservés à l'usage hospitalier et qui font l'objet d'une autorisation d'accès précoce mentionnée à l'article L. 5121-12 ou qui bénéficient du dispositif relatif aux continuités des traitements initiés à ce titre en application de l'article L. 162-16-5-4 du code de la sécurité sociale, ainsi que les médicaments qui font l'objet d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L. 5121-12-1 du présent code ou qui bénéficient du dispositif relatif aux continuités des traitements initiés à ce titre en application du VI de l'article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale. » ;
- 18) 4° Après le mot : « médicament », la fin de l'article L. 5422-3 est ainsi rédigée : « mentionné au 1° du II de l'article L. 5121-12 bénéficiant d'une autorisation d'accès précoce au titre du même article L. 5121-12 ou d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L. 5121-12-1, pour la ou les indications autorisées ou encadrées, est punie d'un an d'emprisonnement et de 150 000 € d'amende. » ;
- 19) 5° Au 7° de l'article L. 5422-18, les mots : « bénéficiant d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » sont remplacés par les mots : « mentionné au 1° du II de l'article L. 5121-12 bénéficiant d'une autorisation d'accès précoce au titre du même article L. 5121-12 ou pour un médicament bénéficiant d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L. 5121-12-1, pour la ou les indications autorisées ou encadrées ».
- 20) II. – Le titre VI du livre I^{er} code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- 21) 1° Après l'article L. 162-1-22, il est inséré un article L. 162-1-23 ainsi rédigé :
- 22) « Art. L. 162-1-23. – I. – Dans les conditions prévues au présent article, l'assurance maladie peut prendre en charge de manière anticipée, concernant une indication particulière, en vue de leur inscription sur l'une des listes mentionnées aux articles L. 165-1 et L. 162-52 et, pour une durée limitée à un an, non renouvelable :

- 23 « 1° Un dispositif médical numérique répondant à la définition mentionnée au quatrième alinéa de l'article L. 162-48 et présentant une visée thérapeutique ;
- 24 « 2° Des activités de télésurveillance médicale définies au même article L. 162-48.
- 25 « L'article L. 162-51 est applicable aux activités de télésurveillance médicale relevant du présent article.
- 26 « II. – La prise en charge anticipée prévue au I du présent article est demandée par l'exploitant du dispositif médical numérique mentionné au 1° du même I ou du dispositif médical numérique utilisé dans le cadre des activités de télésurveillance médicale mentionnées au 2° dudit I. Elle est décidée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la commission mentionnée à l'article L. 165-1, lorsque les conditions suivantes sont remplies :
- 27 « 1° Le dispositif médical numérique mentionné au 1° du I du présent article ou les activités de télésurveillance médicale mentionnées au 2° du même I sont présumés innovants, en termes notamment de bénéfice clinique ou de progrès dans l'organisation des soins, d'après les premières données disponibles et compte tenu d'éventuels comparateurs pertinents ;
- 28 « 2° Le dispositif médical numérique mentionné au 1° dudit I ou utilisé dans le cadre des activités de télésurveillance médicale mentionnées au 2° du même I bénéficie du marquage "CE" dans l'indication considérée ;
- 29 « 3° L'exploitant du dispositif médical numérique mentionné au 1° du même I ou utilisé dans le cadre des activités de télésurveillance médicale mentionnées au 2° du même I en garantit la conformité aux règles relatives à la protection des données personnelles ainsi qu'aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité applicables sur le fondement de l'article L. 1470-5 du code de la santé publique ;
- 30 « 4° Le dispositif médical numérique mentionné au 1° du I du présent article ou utilisé dans le cadre des activités de télésurveillance médicale mentionnées au 2° du même I permet d'exporter les données traitées dans des formats interopérables appropriés et comporte, le cas échéant, des interfaces permettant l'échange de données avec des dispositifs ou accessoires de collecte des paramètres vitaux du patient.
- 31 « III. – L'arrêté des ministres fixe, sur une base forfaitaire, le montant de la compensation financière versée à l'exploitant du dispositif médical numérique mentionné au 1° du I du présent article ou utilisé dans le cadre des activités de télésurveillance médicale mentionnées au 2° du même I ou, le cas échéant, au distributeur au détail ou à l'opérateur de télésurveillance médicale, dans des conditions précisées par voie réglementaire.
- 32 « Cette prise en charge anticipée pour l'indication considérée ne peut être cumulée avec un autre mode de prise en charge prévu aux articles L. 165-1, L. 165-1-1, L. 165-1-5, L. 162-52, L. 165-11 ou L. 162-22-7.
- 33 « IV. – La prise en charge anticipée prévue au I du présent article implique l'engagement du bénéficiaire de :

- 34 « 1° Déposer une demande d'inscription pour l'indication considérée sur l'une des listes mentionnées aux articles L. 165-1 et L. 162-52, dans des délais respectifs de six mois et neuf mois à compter de la décision de prise en charge transitoire ;
- 35 « 2° Permettre d'assurer la continuité des traitements ou de la surveillance médicale initiés :
- 36 « a) Pendant la durée de la prise en charge anticipée ;
- 37 « b) Pendant une durée d'au moins six mois à compter de l'arrêt de cette prise en charge. Ce délai est ramené à quarante-cinq jours lorsque l'indication concernée fait l'objet d'un refus de prise en charge au titre de l'une des listes mentionnées au 1° du présent IV.
- 38 « Durant cette période de continuité des traitements ou de la surveillance médicale postérieure à la prise en charge, le dispositif médical numérique mentionné au 1° du I du présent article ou les activités de télésurveillance médicale mentionnée au 2° du même I sont pris en charge selon les conditions prévues au titre des listes mentionnées aux articles L. 165-1 ou L. 162-52 en cas d'inscription sur l'une de celles-ci et, dans le cas contraire, selon les conditions prévues au III du présent article.
- 39 « Les engagements mentionnés au présent IV cessent de s'appliquer si le dispositif médical numérique mentionné au 1° du I ou utilisé dans le cadre des activités de télésurveillance médicale mentionnées au 2° du même I ou son accessoire de collecte font l'objet d'un arrêt de commercialisation pour des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients.
- 40 « V. – Pour chaque indication, la prise en charge anticipée mentionnée au I cesse :
- 41 « 1° Lorsqu'aucune demande d'inscription n'est déposée dans les délais mentionnés au 1° du IV ;
- 42 « 2° Lorsqu'une décision relative à l'inscription ou au refus d'inscription de cette indication sur l'une de ces listes est prise et que, dans les cas où un tel avis est prévu, l'avis de fixation du tarif de responsabilité est publié ;
- 43 « 3° Lorsque les conditions mentionnées aux 2° à 4° du II cessent d'être remplies, ainsi que dans le cas mentionné au dernier alinéa du IV. »
- 44 « VI. – En cas de manquement aux obligations de continuité des traitements définies au V, les ministres peuvent prononcer, à l'encontre de l'exploitant du dispositif médical numérique mentionné au 1° du I ou utilisé dans le cadre des activités de télésurveillance médicale mentionnées au 2° du même I, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à sa charge.
- 45 « Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre du dispositif médical numérique concerné, durant les vingt-quatre mois précédant la constatation du manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté.
- 46 « La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au

recouvrement de la pénalité. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

- ④⑦ « VII. – Les modalités d’application du présent article, notamment les modalités d’appréciation des conditions de prise en charge mentionnées au II et les règles de fixation du montant de la compensation financière mentionnée au III ainsi que ses modalités de versement, sont fixées par décret en Conseil d’État. » ;
- ④⑧ 2° Le premier alinéa du I de l’article L. 162-16-5 est ainsi rédigé : « Le prix de cession au public des spécialités inscrites sur la liste prévue au 1° de l’article L. 5126-6 du code de la santé publique faisant l’objet de la prise en charge mentionnée au deuxième alinéa de l’article L. 162-17 du présent code, majoré le cas échéant du montant de la taxe sur la valeur ajoutée et d’une marge dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités, est fixé par convention entre l’entreprise exploitant la spécialité, l’entreprise titulaire de l’autorisation mentionnée à l’article L. 5121-9-1 du code de la santé publique, l’entreprise assurant l’importation ou la distribution parallèle de la spécialité et le Comité économique des produits de santé conformément à l’article L. 162-17-4 du présent code ou, à défaut, par décision du comité, sauf opposition conjointe des mêmes ministres, qui arrêtent dans ce cas le prix. Un décret en Conseil d’État détermine les conditions d’application du présent article, notamment les procédures et délais de fixation des prix. » ;
- ④⑨ 3° L’article L. 162-16-5-2 est ainsi modifié :
- ⑤⑩ a) Au premier alinéa du V, la référence : « au I est remplacée par les références : « au I ou VI » ;
- ⑤⑪ b) Le premier alinéa du VI est complété par les mots : « , sous réserve du V » ;
- ⑤⑫ 4° L’article L. 162-16-5-4 est ainsi modifié :
- ⑤⑬ a) Au 2° du I, les mots : « une durée minimale, fixée par décret, ne pouvant excéder un an » sont remplacés par les mots : « une période supplémentaire, qui ne peut être inférieure à une durée minimale, fixée par décret dans la limite d’une année, » ;
- ⑤⑭ b) Au 1° et à la première phrase du premier alinéa du 2° du I *bis*, les mots : « de dispensation et » sont supprimés ;
- ⑤⑮ c) Après le I *bis*, il est inséré un I *ter* ainsi rédigé :
- ⑤⑯ « I *ter*. – Lorsque la spécialité qui a bénéficié de la prise en charge au titre de l’article L. 162-16-5-1 n’est inscrite sur aucune des listes mentionnées à l’article L. 162-17 ou à l’article L. 5123-2 du code de la santé publique dans l’indication considérée, les dernières conditions de prescription et de dispensation prévues dans le cadre de l’accès précoce sont maintenues pendant la période de continuité de traitement mentionnée au 2° du I du présent article. **Pendant cette période et dès lors que les conditions de prise en charge au titre de l’accès précoce ne sont plus maintenues, l’exploitant permet l’achat de la spécialité à un tarif qui n’excède pas le prix de référence mentionné à l’article L. 162-16-5-1-1 du présent code, le cas échéant au moyen de remises.** » ;
- ⑤⑰ d) Le II est ainsi modifié :

Commenté [CAS15]: Amendement [AS1101](#)

- 58 – après la référence : « I, », la fin de la première phrase du premier alinéa est ainsi rédigée : « les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après que le laboratoire exploitant a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à sa charge. » ;
- 59 – sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :
- 60 « La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.
- 61 « Les modalités d'application du présent II sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- 62 5° Après le même article L. 162-16-5-4, il est inséré un article L. 162-16-5-5 ainsi rédigé :
- 63 « *Art. L. 162-16-5-5.* – Les médicaments disposant d'une autorisation de médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement mentionnés au 17° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique font l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie. Elle s'effectue sur une base forfaitaire annuelle par patient, définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale suivant des modalités précisées par décret en Conseil d'État. » ;
- 64 6° À l'article L. 162-22-7-3, la référence : « et L. 162-16-5-2 » est remplacée) par les références : « , L. 162-16-5-2, L. 162-16-5-5 et L. 162-18-1 » et, à la fin, les mots : « , dans les conditions fixées aux articles L. 162-16-5-1 ou L. 162-16-5-2 » sont supprimés ;
- 65 7° Le 5° du I de l'article L. 162-23-4 est abrogé ;
- 66 8° Le II de l'article L. 162-23-6 est ainsi modifié :
- 67 a) La seconde phrase du premier alinéa est supprimée ;
- 68 b) Le second alinéa est supprimé ;
- 69 9° L'article L. 165-1-1 est ainsi modifié :
- 70 a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- 71 b) Au second alinéa, le mot : « article » est remplacé par la référence : « I » ;
- 72 c) Sont ajoutés neuf alinéas ainsi rédigés :
- 73 « Le niveau de prise en charge d'un produit de santé et de la prestation associée ou de l'acte pris en charge au titre du présent I est fixé au regard notamment d'un ou de plusieurs des critères suivants :
- 74 « 1° Des tarifs des produits et prestations à visée thérapeutique comparable, en tenant compte des remises applicables recouvrées dans les conditions prévues à l'article L. 165-4 au bénéfice de la Caisse nationale de l'assurance maladie ;

- 75 « 2° Des tarifs, de prix ou de coûts de traitement, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, constatés dans d'autres pays européens ;
- 76 « 3° Des volumes de vente prévus des produits ou prestations ainsi que les montants des produits ou prestations remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ;
- 77 « 4° Des actes existants déjà pris en charge, en tenant compte du temps médical engagé sur l'acte.
- 78 « II. – L'exploitant d'un produit de santé sollicitant la prise en charge au titre du présent article s'engage à :
- 79 « 1° Mener à son terme l'étude prévue au I du présent article, sauf lorsqu'apparaît en cours d'étude un risque avéré pour la sécurité des patients ou que des résultats intermédiaires démontrent manifestement l'existence ou l'absence de bénéfice clinique ou médico-économique et justifient pour ce motif l'interruption anticipée de l'étude ;
- 80 « 2° Déposer une demande d'inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1 dans un délai maximal d'un an à compter de la fin de l'étude, sauf lorsque les résultats de celle-ci ne permettent raisonnablement pas d'envisager une issue favorable à une demande d'inscription.
- 81 « En cas de manquement à ces obligations, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer à l'encontre de l'entreprise concernée, après que cette dernière a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à laquelle s'applique le troisième alinéa du V de l'article L. 165-3-3. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 30 % du montant hors taxes perçu en France par l'entreprise au titre du forfait mentionné au I du présent article pour sa part relative au dispositif médical concerné. » ;
- 82 10° Le II de l'article L. 165-1-6 est ainsi modifié :
- 83 a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « le Comité économique des produits de santé peut » sont remplacés par les mots : « les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent » et, à la fin, les mots : « à laquelle s'appliquent les dispositions du troisième alinéa du V de l'article L. 165-3-3 » sont supprimés ;
- 84 b) Après le même premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- 85 « La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. »

Article 34

- 1 Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- 2 1° Au 1° de l'article L. 133-4 et à la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17-1-2, après la référence : « L. 162-17-2-1 », est insérée la référence : « , L. 162-18-1 » ;

- ③ 2° À la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-18, les mots : « , aux articles L. 162-22-7 ou L. 162-23-6, ou prises en charge au titre de l'article L. 162-17-2-1, » sont remplacés par les références : « ou aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;
- ④ 3° Après le même article L. 162-18, il est inséré un article L. 162-18-1 ainsi rédigé :
- ⑤ « Art. L. 162-18-1. – I. – L'entreprise assurant l'exploitation, l'importation ou la distribution parallèles de toute spécialité pharmaceutique :
- ⑥ « 1° Inscrite, au moins pour l'une de ses indications, sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 ;
- ⑦ « 2° Susceptible d'être utilisée en association, concomitamment ou séquentiellement, avec d'autres spécialités pharmaceutiques qui bénéficient, pour cette ou ces indications, en association avec la spécialité considérée, soit d'une autorisation de mise sur le marché et d'une inscription sur l'une des listes prévues aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, soit d'une autorisation d'accès précoce en application des dispositions de l'article L. 5121-12 du même code ;
- ⑧ « 3° Et ne disposant, pour cette ou ces indications en association, ni d'une autorisation de mise sur le marché, ni d'une autorisation d'accès précoce, ni d'une autorisation au titre de l'accès compassionnel ou d'un cadre de prescription compassionnelle en application de l'article L. 5121-12-1 du même code,
- ⑨ « informe, au plus tard le 15 février de chaque année, le Comité économique des produits de santé du chiffre d'affaires réalisé l'année civile précédente en France pour cette spécialité.
- ⑩ « II. – A. – Sur demande des entreprises mentionnées au I du présent article ou à leur initiative, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent directement autoriser l'utilisation et la prise en charge par les régimes d'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques répondant aux critères mentionnés au même I, dispensées en association aux patients dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 ou les hôpitaux des armées dans une indication pour lesquelles sont remplies les conditions mentionnées aux 2° et 3° du I du présent article.
- ⑪ « La prise en charge mentionnée au premier alinéa du présent A est conditionnée à la transmission, lors de la facturation, de l'information qu'il s'agit d'une utilisation effectuée dans le cadre ainsi défini.
- ⑫ « Le non-respect de cette obligation peut donner lieu à une procédure de recouvrement de l'indu selon les modalités prévues à l'article L. 133-3.
- ⑬ « B. – L'utilisation et la prise en charge mentionnées au A du présent II sont subordonnées, tant que les entreprises mentionnées au I n'ont pas obtenu, au titre des indications en association mentionnées au même A, une autorisation de mise sur le marché et une inscription sur la liste prévue à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou une autorisation d'accès précoce en application de l'article L. 5121-12 du même code, au versement de remises par ces entreprises. Ces remises sont reversées chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Elles sont calculées sur la base du chiffre d'affaires hors

taxes facturé aux établissements de santé et hôpitaux des armées au titre des indications en association mentionnées au A du présent II pour les spécialités et la période considérées.

- ⑭ « Les taux de ces remises sont définis selon un barème progressif par tranche de chiffre d'affaires, fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ⑮ « Les remises conventionnelles dues, le cas échéant, en application de l'article L. 162-18, sur la même partie de chiffre d'affaires sont déductibles du résultat du calcul découlant de l'application du barème mentionné au deuxième alinéa du présent B.
- ⑯ « Pour l'application des deux premiers alinéas du présent B, le chiffre d'affaires facturé au titre des indications en association mentionnées au A du présent II est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour la spécialité considérée par la part de son utilisation dans les indications mentionnées au même A. » ;
- ⑰ 4° À la seconde phrase du premier alinéa du I de l'article L. 162-22-7, après le mot : « médicaments », sont insérés les mots : « et des produits et prestations » ;
- ⑱ 5° Le III de l'article L. 165-11 est complété par les mots : « , sauf lorsque ces produits ont été évalués par cette même commission au titre d'une demande d'inscription ou de renouvellement d'inscription sur la liste des produits et prestations prévue au même article L. 165-1 et que le dernier avis rendu à ce titre, dont l'ancienneté ne dépasse pas la durée d'inscription qu'il préconise pour le produit concerné, conclut à un service attendu ou rendu suffisant » ;
- ⑲ 6° La première phrase du dernier alinéa du A du II de l'article L. 315-2 est complétée par les mots : « , ou à la suite d'une autorisation d'utilisation et de prise en charge en association dans les conditions mentionnées à l'article L. 162-18-1 ».

Article 35

- ① I. – L'article L. 5121-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Au 1°, les mots : « en raison de l'absence de spécialité pharmaceutique disponible » sont remplacés par les mots : « lorsqu'il n'existe pas de spécialité pharmaceutique adaptée ou disponible, y compris du fait de l'absence de commercialisation effective, » ;
- ③ 2° Le 2° est ainsi modifié :
- ④ a) À la première phrase, les mots : « en raison de l'absence de spécialité pharmaceutique disponible ou adaptée » sont remplacés par les mots : « lorsqu'il n'existe pas de spécialité pharmaceutique adaptée ou disponible, y compris du fait de l'absence de commercialisation effective, » ;
- ⑤ b) Sont ajoutés trois alinéas ainsi rédigés :
- ⑥ « Un décret en Conseil d'État définit les préparations hospitalières spéciales qui, en raison des difficultés techniques de leur fabrication ou de la faible disponibilité des substances actives nécessaires, sont réalisées dans des pharmacies à usage intérieur et des établissements pharmaceutiques des établissements de santé ou de l'Agence nationale de santé publique

habilités, dans des conditions qu'il détermine, par le ministre chargé de la santé ou sous leur responsabilité dans les conditions prévues au 4° de l'article L. 5126-6. Ces préparations font l'objet d'une autorisation, précisant leurs modalités de réalisation, délivrée à titre exceptionnel et temporaire par :

- ⑦ « a) Le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, en cas de rupture de stock d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur ;
- ⑧ « b) Le ministre chargé de la santé, pour faire face à une menace ou une crise sanitaire grave ; ».
- ⑨ II. – L'article L. 5121-21 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ⑩ 1° Au début, il est ajouté un I ainsi rédigé :
- ⑪ « I. – Pour l'application de l'article L. 5121-1 :
- ⑫ 1° Les hôpitaux des armées sont regardés comme des établissements de santé ;
- ⑬ 2° La pharmacie centrale des armées peut être habilitée à réaliser les préparations hospitalières mentionnées aux trois derniers alinéas du 2° du même article L. 5121-1. » ;
- ⑭ 2° Au début, est ajoutée la mention : « II. – ».

Article 36

- ① I. – À titre expérimental, il est instauré un dispositif dit « d'accès direct », dans lequel les entreprises exploitant des spécialités pharmaceutiques ne faisant pas l'objet, pour une indication particulière, d'une autorisation d'accès précoce mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique mais disposant d'une autorisation de mise sur le marché dans cette indication, sans être déjà inscrites sur l'une des listes mentionnées à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou prises en charge au titre des articles L. 162-16-5-1 ou L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale, ou du présent article pour d'autres indications, peuvent bénéficier d'une prise en charge par l'assurance maladie, d'une durée maximale d'un an, dans certains établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du même code, dans certains établissements de santé disposant d'une pharmacie à usage intérieur ou dans certains hôpitaux des armées, dans les conditions et selon les modalités mentionnées au présent article.
- ② II. – Les spécialités mentionnées au I bénéficiant, dans des indications thérapeutiques particulières, de l'accès direct défini au présent article font l'objet d'une prise en charge, lorsque les conditions suivantes sont réunies :
- ③ 1° La demande de prise en charge est déposée par l'exploitant auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale au plus tard un mois après la publication de l'avis rendu par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique sur la demande d'inscription sur l'une des listes mentionnées à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique dans la ou les indications considérées, et au plus tard deux ans après la date, fixée par décret au plus tard le 1^{er} juillet 2022, du début de l'expérimentation prévue par le présent article ;

- ④ 2° Lorsque la spécialité a fait l'objet d'un classement dans la catégorie des médicaments réservés à l'usage hospitalier, elle remplit les critères pour être inscrite sur la liste des médicaments mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale pour la ou les indications considérées et une demande d'inscription sur cette liste est adressée aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale concomitamment à la demande mentionnée au 1° du présent II ;
- ⑤ 3° Le service médical rendu par la spécialité dans la ou les indications considérées, apprécié par la commission mentionnée au même 1° dans son avis, est au moins d'un niveau fixé par décret ;
- ⑥ 4° L'amélioration du service médical rendu par la spécialité dans la ou les indications considérées, appréciée par la même commission dans son avis, est au moins d'un niveau fixé par décret ;
- ⑦ 5° L'exploitant s'engage à permettre d'assurer la continuité des traitements initiés pendant la durée du dispositif d'accès direct et pendant une durée minimale d'un an à compter de l'arrêt, pour l'indication concernée, de la prise en charge au titre de ce dispositif, sauf si la spécialité, pour cette indication, fait l'objet d'un arrêt de commercialisation pour des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients.
- ⑧ La prise en charge est décidée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ⑨ ~~III. Une compensation est accordée à l'entreprise exploitant la spécialité mise à disposition au titre du dispositif d'accès direct pour la ou les indications considérées.~~
- ⑩ ~~Le montant de cette compensation diffère selon les catégories de spécialités, définies en fonction de leur nature, de la taille de la population cible, de l'existence de comparateurs pour la ou les indications considérées et du niveau d'amélioration du service médical rendu mentionné au 4° du II.~~
- ⑪ ~~Ces catégories et le montant des compensations par catégorie sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.~~
- ⑫ IV. – Lorsque la spécialité bénéficie du dispositif d'accès direct pour une indication donnée :
- ⑬ 1° L'exploitant déclare au Comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame, le cas échéant, aux établissements de santé pour la spécialité. Le comité rend publiques ces déclarations ;
- ⑭ 2° Le 15 février de chaque année, l'exploitant de la spécialité informe le comité du chiffre d'affaires correspondant à cette spécialité ainsi que du nombre d'unités fournies, dans le cadre du dispositif d'accès direct et pour chacune des indications concernées, au titre de l'année civile précédente ;
- ⑮ 3° L'entreprise exploitant la spécialité reverse chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des remises ~~correspondant à la différence entre le chiffre d'affaires mentionné au 2° du présent IV et le montant qui aurait résulté de la valorisation des~~

Commenté [CAS16]: Amendement [AS1102](#)

Commenté [CAS17]: Amendement [AS1102](#)

~~unités vendues et utilisées selon la compensation définie en application du III au titre de l'indication et de la période considérée.~~ **calculées sur la base du chiffre d'affaires hors taxes facturé aux établissements de santé, au titre de l'indication et de la période considérées. Les taux de ces remises sont définis selon un barème progressif par tranche de chiffre d'affaires, fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.**

- ⑩ Le chiffre d'affaires facturé au titre de l'indication est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour cette spécialité par la part d'utilisation de la spécialité dans l'indication considérée ;
- ⑪ 4° Aucune inscription de la spécialité sur les listes mentionnées au 1° du II ne peut avoir lieu pendant la période d'accès direct pour une indication autre que l'indication considérée ;
- ⑫ 5° Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, la spécialité peut être achetée, fournie, prise en charge et utilisée par les collectivités publiques sans figurer sur la liste mentionnée au même premier alinéa ;
- ⑬ 6° Lorsque la spécialité n'est pas classée dans la catégorie des médicaments réservés à l'usage hospitalier, elle est réputée inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ;
- ⑭ 7° Le prescripteur porte sur l'ordonnance la mention : « Prescription au titre de l'accès direct » et informe le patient des conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, de la spécialité prescrite ;
- ⑮ 8° La spécialité est prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- ⑯ 9° En cas de non-respect des règles de tarification, de distribution ou de facturation, l'article L. 133-4 du même code est applicable ;
- ⑰ 10° Les articles L. 162-16-5-3 et L. 315-2 dudit code sont applicables.
- ⑱ V. – Pour chaque indication considérée, la prise en charge au titre de l'accès direct mentionné au I du présent article prend fin au plus tard un an après la date de la décision de prise en charge. Elle prend fin avant l'expiration de cette durée dans les cas suivants :
- ⑲ 1° Lorsque cette indication est inscrite, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, que l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié ;
- ⑳ 2° En cas de demande de l'exploitant ;
- ㉑ 3° Par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale :
- ㉒ a) En cas de refus d'inscription de la spécialité pour l'indication considérée, sur l'une des listes mentionnées au 1° du présent V ;

- 29) b) En cas de retrait de la demande d'inscription au même titre sur l'une des listes mentionnées au même 1°.
- 30) VI. – A. – Lorsqu'une spécialité pharmaceutique ayant fait l'objet d'une prise en charge pour une indication donnée au titre du dispositif d'accès direct est inscrite au remboursement pour cette indication, la convention ou la décision qui fixe le prix net de référence en application du C du présent VI détermine également le montant de la remise supplémentaire définie selon les modalités suivantes.
- 31) Le Comité économique des produits de santé calcule, après que l'entreprise exploitant cette spécialité a été mise à même de présenter ses observations :
- 32) 1° Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au titre de l'indication considérée, prises en charge au titre du dispositif d'accès direct, au prix net de référence sur l'ensemble de la période considérée de prise en charge ;
- 33) 2° Le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé après déduction de la remise prévue au 3° du IV au titre de l'indication considérée et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée sur l'ensemble de la période considérée de prise en charge.
- 34) Si le montant mentionné au 1° du présent A est inférieur à celui mentionné au 2° du présent A, l'exploitant verse une remise supplémentaire aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, égale à la différence entre ces deux montants.
- 35) B. – Pour chaque indication considérée, l'intégralité des remises dues au titre du A du présent VI est versée en une seule fois. Ces remises sont versées au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement pour l'indication considérée a eu lieu.
- 36) C. – Les conventions conclues au titre des spécialités ayant bénéficié, pour l'une de leurs indications, de l'accès direct incluent les remises portant uniquement sur les unités vendues à compter de la signature de la convention et des prévisions relatives aux volumes de vente, le cas échéant indication par indication, pour les trois prochaines années.
- 37) Sur la base de ces éléments et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, le Comité économique des produits de santé fixe un prix net de référence pour chaque spécialité. Ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées aux I et II de l'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale, qui pourraient être dues au titre de la prochaine année, du prix ou du tarif de remboursement mentionnés aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6 du même code.
- 38) Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application du deuxième alinéa du présent C.
- 39) À défaut de convention ou de décision prévoyant des remises, le prix ou tarif de remboursement tient lieu de prix net de référence.
- 40) VII. – Les A et B du VI sont applicables lorsque, pour une indication thérapeutique, la prise en charge au titre de l'accès direct prend fin ou lorsqu'il y est mis fin sans que soit mis en place un remboursement pour cette indication.

- ④1 Dans ce cas, pour l'application des mêmes A et B, le Comité économique des produits de santé peut retenir un prix de référence en fonction des critères de fixation et de modification des prix et tarifs prévus aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 et L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale.
- ④2 VIII. – Les deux derniers alinéas du II de l'article L. 162-18 du même code sont applicables aux spécialités bénéficiant de l'accès direct.
- ④3 IX. – A. – Durant la période de continuité de traitement postérieure à la prise en charge au titre de l'accès direct :
- ④4 1° Lorsque la spécialité pharmaceutique qui a bénéficié de cette prise en charge est inscrite sur l'une des listes mentionnées à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique dans l'indication considérée, les conditions de dispensation et de prise en charge au titre de l'inscription sur ces listes s'appliquent ;
- ④5 2° Lorsque la spécialité qui a bénéficié de cette prise en charge n'est inscrite sur aucune des listes mentionnées au 1° du présent A dans l'indication considérée, les dernières conditions de dispensation sont maintenues. **L'exploitant permet alors l'achat de la spécialité pour les continuités de traitement à un tarif qui n'excède pas le prix de référence mentionné au deuxième alinéa du VII du présent article, le cas échéant au moyen de remises.**
- ④6 Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, la spécialité peut être achetée, fournie, et utilisée par les collectivités publiques sans figurer sur la liste mentionnée au même premier alinéa.
- ④7 Lorsque la spécialité n'est pas classée dans la catégorie des médicaments réservés à l'usage hospitalier, elle est réputée inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 5126-6 du même code.
- ④8 B. – En cas de manquement de l'exploitant à l'engagement prévu au 5° du II du présent article, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après que l'exploitant a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à sa charge. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre de la spécialité mentionnée au I, durant les vingt-quatre mois précédant la constatation du manquement.
- ④9 La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 du même code sont applicables au recouvrement de la pénalité. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.
- ⑤0 X. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État.
- ⑤1 XI. – Dans un délai de vingt-et-un mois après la date de début de l'expérimentation fixée par le décret mentionné au 1° du II, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport portant sur l'évaluation du dispositif d'accès direct prévu au présent article. Le contenu de cette évaluation est précisé par décret.

Commenté [CAS18]: Amendement [AS1103](#)

Article 37

- ① I. – L'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique est ainsi rétabli :
- ② « Art. L. 5125-23-2. – Par dérogation au I de l'article L. 5125-23, le pharmacien peut délivrer, par substitution au médicament biologique prescrit, un médicament biologique similaire lorsque les conditions suivantes sont remplies :
- ③ « 1° Le médicament biologique similaire délivré appartient au même groupe biologique similaire, au sens du *b* du 15° de l'article L. 5121-1, que le médicament biologique prescrit ;
- ④ « 2° Ce groupe biologique similaire figure sur une liste, accompagnée le cas échéant de conditions de substitution et d'information du prescripteur et du patient à l'occasion de cette substitution de nature à assurer la continuité du traitement avec le même médicament, fixée par un arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale pris après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;
- ⑤ « 3° Lorsqu'elles existent, les conditions mentionnées au 2° peuvent être respectées ;
- ⑥ « 4° Le prescripteur n'a pas exclu la possibilité de cette substitution **par une mention expresse et justifiée portée sur l'ordonnance, tenant à la situation médicale du patient ;**
- ⑦ « 5° Si le médicament prescrit figure sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, cette substitution s'effectue dans les conditions prévues à l'article L. 162-16 du même code.
- ⑧ « Lorsque le pharmacien délivre par substitution au médicament biologique prescrit un médicament biologique similaire du même groupe, il inscrit le nom du médicament qu'il a délivré sur l'ordonnance et informe le prescripteur **et le patient** de cette substitution.
- ⑨ « Lorsqu'un grand conditionnement est disponible pour la forme biologique similaire du médicament et que le traitement en est prescrit pour une durée d'au moins trois mois, y compris par renouvellement multiple d'un traitement mensuel, le pharmacien délivre un grand conditionnement. »
- ⑩ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑪ 1° Le V de l'article L. 162-16 est ainsi rétabli :
- ⑫ « V. – Lorsque le pharmacien d'officine délivre, en application de l'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique, une spécialité figurant sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code autre que celle qui a été prescrite, cette substitution ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie supérieure à la dépense qu'aurait entraînée la délivrance du médicament biologique similaire le plus onéreux du même groupe. » ;
- ⑬ 2° Le 5° de l'article L. 162-16-1 est complété par les mots : « et biologiques similaires » ;
- ⑭ 3° Le premier alinéa de l'article L. 162-16-7 est complété par les mots : « et de médicaments biologiques similaires figurant dans un groupe biologique similaire, au sens du *b* du

Commenté [CAS19]: Amendement [AS1070](#)

Commenté [CAS20]: Amendement [AS1071](#)

15° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, pour lequel la substitution est autorisée en application de l'article L. 5125-23-2 du même code ».

Article 38

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

- ① 1° Le premier alinéa du I de l'article L. 162-16-4 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elle peut également tenir compte de la sécurité d'approvisionnement du marché français que garantit l'implantation des sites de production. » ;
- ② 2° Le dernier alinéa du I de l'article L. 165-2 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Pour les produits ou prestations inscrits sous forme de nom de marque ou de nom commercial, la fixation de ce tarif peut également tenir compte de la sécurité d'approvisionnement du marché français que garantit l'implantation des sites de production. »

Article 39

- ① I. – Après l'article L. 162-16-3-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-16-3-2 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 162-16-3-2.* – Pour les médicaments remboursables par les régimes obligatoires d'assurance maladie, le directeur de l'organisme d'assurance maladie compétent peut, sur la base des éléments transmis par l'entité légale gérant le répertoire national de vérification des médicaments, prononcer à l'encontre des titulaires d'officine de pharmacie, après les avoir mis en mesure de présenter leurs observations, une pénalité financière en cas de manquement à l'obligation de désactivation de l'identifiant unique prévue à l'article 25 du règlement délégué (UE) 2016/161 de la Commission du 2 octobre 2015 complétant la directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil en fixant les modalités des dispositifs de sécurité figurant sur l'emballage des médicaments à usage humain.
- ③ « Le montant de cette pénalité ne peut être fixé à une valeur inférieure à 350 euros ni excéder, en cumulé, 10 000 euros par année civile.
- ④ « Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité, de la durée et de la répétition éventuelle des manquements.
- ⑤ « 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. Le recours formé contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.
- ⑥ « Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. »
- ⑦ II. – Jusqu'au 31 janvier 2022, la pénalité prévue à l'article L. 162-16-3-2 du code de la sécurité sociale ne peut être prononcée qu'en cas d'absence totale de connexion au répertoire national de vérification des médicaments et ne peut excéder 350 euros.

CHAPITRE IV

Renforcer l'accès aux soins et les actions de prévention en santé

Article 40

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Après le deuxième alinéa de l'article L. 4342-1, sont insérés ~~trois~~ **quatre** alinéas ainsi rédigés :
- ③ « Par dérogation au deuxième alinéa, l'orthoptiste peut, sans prescription médicale et sans être placé sous la responsabilité d'un médecin :
- ④ « 1° Réaliser un bilan visuel et prescrire des verres correcteurs et des lentilles de contact oculaire, selon les modalités et les conditions de réalisation fixées par un décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine.
- « **L'orthoptiste ne peut renouveler, en l'adaptant le cas échéant, une prescription précédente de verres correcteurs ou de lentilles de contact oculaire réalisée par un médecin ophtalmologiste ou par un orthoptiste qu'à la condition qu'un bilan visuel ait été réalisé préalablement par un médecin ophtalmologiste selon des conditions fixées par décret ;**
- ⑤ « 2° Réaliser chez l'enfant le dépistage de l'amblyopie et celui des troubles de la réfraction, selon des critères d'âge fixés par décret. » ;
- ⑥ 2° L'article L. 4362-10 est ainsi modifié :
- ⑦ a) Au premier alinéa, le mot : « médicale » est remplacé par les mots : « , par un médecin ou un orthoptiste, » ;
- b) Les deuxième et troisième alinéas sont ainsi modifiés :
- ⑧ – le mot : « médicales » est supprimé ;
- sont ajoutés les mots : « ou de l'orthoptiste » ;
- c) **(nouveau) Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :**
- « Les opticiens-lunetiers ne peuvent adapter et renouveler les prescriptions initiales de verres correcteurs et de lentilles de contact oculaire délivrées en application du 1° de l'article L. 4342-1 qu'à condition qu'un bilan visuel ait été réalisé préalablement par un médecin ophtalmologiste selon des conditions fixées par décret. »

Commenté [CAS21]: Amendement [AS1104](#)

Commenté [CAS22]: Amendement [AS1104](#)

Commenté [CAS23]: Amendement [AS1104](#)

Article 41

- ① Après le 8° l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 9° ainsi rédigé :
- ② « 9° Pour les masseurs-kinésithérapeutes, les conditions de prise en charge des actes qui résultent des renouvellements qu'ils établissent sur le fondement de l'article L. 4321-1 du code de la santé publique. »

Article additionnel après l'article 41

(Nouveau)

I. – La section 7 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° Au premier alinéa de l'article L. 162-32, après le mot : « santé », sont insérés les mots : « conventionnés dans les conditions prévues à l'article L. 162-32-2 » ;

2° À la deuxième phrase du 2° de l'article L. 162-32-1, après le mot : « accord », sont insérés les mots : « ou d'une transposition automatique dans certaines situations » ;

3° Le troisième alinéa de l'article L. 162-32-2 est supprimé ;

4° Elle est complétée par un article L. 162-32-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-32-4. - Les honoraires, rémunérations et frais accessoires des centres de santé qui n'adhèrent pas à la convention donnent lieu à remboursement par les organismes d'assurance maladie sur la base des tarifs d'autorité fixés par arrêté interministériel pour chacune des professions mentionnées aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre. ».

II. – Le I de l'article L. 6323-1-12 du code de la santé publique est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« En parallèle de l'injonction, lorsqu'un manquement à l'engagement de conformité est constaté et en l'absence de réponse dans ce délai ou si cette réponse est insuffisante, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prononcer une amende administrative à l'encontre de l'organisme gestionnaire ou de son représentant légal. Le montant de l'amende administrative ne peut être supérieur à 150 000 euros. Il peut assortir cette amende d'une astreinte journalière lorsque le gestionnaire du centre de santé ne s'est pas conformé à ses prescriptions à l'issue du délai fixé par une mise en demeure. Le montant de l'astreinte ne peut excéder 1 000 euros par jour.

« Le produit de la sanction financière prévue au I est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé peut décider de publier les décisions de sanction financière prononcées au titre du I sur le site internet de l'agence régionale de santé. »

Commenté [CAS24]: Amendement [AS1100](#)

III. – À la date d’entrée en vigueur du présent article, les centres de santé qui n’adhèrent pas à l’accord national ont trois mois pour se faire connaître à la caisse primaire d’assurance maladie dans le ressort de laquelle ils sont situés et y adhérer.

Article additionnel après l’article 41

(Nouveau)

I. – Dans le cadre des structures d’exercice coordonné mentionnées aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3 du code de la santé publique, l’État peut autoriser les masseurs-kinésithérapeutes à exercer leur art sans prescription médicale pour une durée de trois ans et dans six départements. Un bilan initial et un compte-rendu des soins réalisés par le masseur-kinésithérapeute sont adressés au médecin traitant et reportés dans le dossier médical partagé.

II. – Un décret précise les modalités de mise en œuvre de l’expérimentation mentionnée au I, les départements concernés par cette expérimentation ainsi que les conditions d’évaluation de l’expérimentation en vue d’une éventuelle généralisation.

Article additionnel après l’article 41

(Nouveau)

I. – Dans le cadre des structures d’exercice coordonné mentionnées aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3 du code de la santé publique, l’État peut autoriser les orthophonistes à exercer leur art sans prescription médicale pour une durée de trois ans et dans six départements. Un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés par les orthophonistes sont adressés au médecin traitant et reportés dans le dossier médical partagé.

II. – Un décret précise les modalités de mise en oeuvre de l’expérimentation mentionnée au I, les départements concernés par cette expérimentation ainsi que les conditions d’évaluation de l’expérimentation en vue d’une éventuelle généralisation.

Article additionnel après l’article 41

(Nouveau)

I. – À titre expérimental, pour une durée de trois ans à compter de la promulgation de la présente loi et au sein de six départements, l’État peut autoriser le financement, par le fonds d’intervention régional mentionné à l’article L. 1435-8 du code de la santé publique, des frais occasionnés par la promotion et la mise à disposition de l’accès gratuit au « guide du bon usage des examens d’imagerie médicale » au sein de l’espace numérique

Commenté [CAS25]: Amendement [AS1057](#)

Commenté [CAS26]: Amendement [AS1059](#)

Commenté [CAS27]: Amendement [AS1042](#)

des médecins généralistes définis aux articles L. 1111-13 et suivants du code de la santé publique.

II. – Un arrêté pris par les ministres en charge de la Santé et de la Sécurité sociale précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation mentionnée au I du présent article, notamment les conditions d'évaluation médico-économique de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation.

Article 42

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 6323-1-1 est complété par un 7° ainsi rédigé :
- ③ « 7° Mettre en œuvre un parcours soumis à prescription médicale visant à accompagner les enfants de trois à douze ans inclus qui, selon les recommandations de la Haute Autorité de santé, sont en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée ou présentent des facteurs de risque d'obésité. Ce parcours comprend un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des séances de suivi diététique et psychologique. Les modalités d'application du présent alinéa sont déterminées par décret. » ;
- ④ 2° À l'article L. 6323-3, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤ « Les maisons de santé peuvent mettre en œuvre un parcours soumis à prescription médicale visant à accompagner les enfants de trois à douze ans inclus qui, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé, sont en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée ou présentent des facteurs de risque d'obésité. Ce parcours comprend un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des séances de suivi diététique et psychologique. Les modalités d'application du présent alinéa sont déterminées par décret. »
- ⑥ II. – L'article L. 162-13-2 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑦ « Par dérogation au premier alinéa, un examen de biologie médicale relatif au dépistage sérologique de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine réalisé à la demande du patient en laboratoire de biologie médicale fait l'objet d'un remboursement dans les conditions prévues à l'article L. 160-13. »

Article additionnel après l'article 42

(Nouveau)

À titre expérimental, pour une durée de trois ans, l'État peut autoriser le financement par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique de la mise en place par certaines agences régionales de santé d'une prise en charge spécifique des transports bariatriques de personnes en situation d'obésité sévère ou morbide ainsi que d'aides à l'acquisition de matériels et véhicules de transports sanitaires adaptés.

Commenté [CAS28]: Amendement [AS1008](#)

Un arrêté du ministre en charge de la santé fixe les conditions d'application du présent article, notamment en désignant les agences régionales de santé concernées. Un rapport d'évaluation du dispositif est transmis par le Gouvernement au Parlement avant la fin de l'expérimentation.

Article 43

- ① L'article 43 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé est ainsi modifié :
- ② 1° Le I est ainsi rédigé :
- ③ « I. – À titre expérimental et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2025, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogue mentionnés à l'article L. 3411-9 du code de la santé publique, désignés par arrêté du ministre chargé de la santé après avis du directeur général de l'agence régionale de santé et en concertation avec le maire de la commune concernée et, à Paris, Lyon et Marseille, en concertation avec le maire d'arrondissement ou de secteur concerné, ouvrent une halte "soins addictions", qui est un espace de réduction des risques par usage supervisé et d'accès aux soins, dans le respect d'un cahier des charges national arrêté par le ministre chargé de la santé.
- ④ « L'expérimentation porte sur des espaces situés dans les locaux du centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogues ou dans des locaux distincts. Ils peuvent également prendre la forme de structures mobiles. » ;
- ⑤ 2° Aux deux derniers alinéas du II et au V, les mots : « salle de consommation à moindre risque » sont remplacés par les mots : « halte "soins addictions" ».

Article 44

- ③ Au 21° de l'article L. 160-14, à la première phrase de l'article L. 162-4-5 et à la première phrase de l'article L. 162-8-1 du code de la sécurité sociale, le mot : « mineure » est remplacé par les mots : « âgée de moins de 26 ans ».
- ⑤ II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

III. – Dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les moyens à mettre en œuvre pour développer, promouvoir et prendre en charge la contraception masculine.

Commenté [CAS29]: Amendement [AS1076](#)

Article additionnel après l'article 44

Commenté [CAS30]: Amendement [AS418](#)

(Nouveau)

I. – À titre expérimental et pour une durée de trois ans à compter de la publication de la présente loi, l'État peut autoriser que la première consultation d'une patiente dans le cadre d'une demande de stérilisation se fasse auprès d'une sage-femme. L'objet de cet entretien est d'informer la personne des risques médicaux qu'elle encourt et des

conséquences de l'intervention et de lui remettre un dossier d'information tel que précisé à l'article L. 2123-1 du code de la santé publique.

II. – Un décret précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation mentionnée au I du présent article, notamment les caractéristiques de l'appel à projets et les conditions de financement de l'expérimentation ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires participant à l'expérimentation mentionnée au I du présent article, dans la limite de quatre régions.

III. – Un arrêté du ministre chargé de la santé précise la liste des établissements de santé retenus pour participer à l'expérimentation au vu des résultats de l'appel à projets.

Article 45

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À la fin de l'article L. 142-3, les mots : « prises en application de l'article L. 861-5 » sont remplacés par les mots : « relatives aux bénéficiaires de la protection complémentaire mentionnée à l'article L. 861-1 en application du chapitre I^{er} du titre VI du livre VIII » ;
- ③ 2° Le premier alinéa de l'article L. 381-30 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Pendant toute la durée du séjour auprès de leur mère écrouée, les enfants nés au cours de la détention bénéficient de la prise en charge des frais de santé dans les mêmes conditions. » ;
- ⑤ 3° L'article L. 381-30-1 est ainsi modifié :
- ⑥ a) Au premier alinéa, le mot : « mentionnées » est remplacé par les mots : « ainsi que les enfants nés au cours de la détention de leur mère et séjournant auprès de leur mère écrouée mentionnés » ;
- ⑦ b) Le dernier alinéa est supprimé ;
- ⑧ 4° L'article L. 861-21 est ainsi modifié :
- ⑩ a) Le second alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le droit à la protection complémentaire en matière de santé leur est attribué automatiquement, sauf opposition expresse de leur part selon des modalités déterminées par décret. » ;
- ⑪ b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑫ « Sont réputés satisfaire aux conditions mentionnées au 2° de l'article L. 861-1 les bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 815-1 n'ayant pas exercé d'activité salariée ou indépendante pendant une période de référence, dans des conditions déterminées par décret. » ;
- ⑬ 5° L'article L. 861-51 est ainsi modifié :
- ⑭ a) L'avant-dernier alinéa est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Une nouvelle admission ou un renouvellement du droit à la protection complémentaire en matière de santé n'est possible que si l'assuré s'est acquitté de ses participations dues au titre de droits ouverts

précédemment, sauf si une remise de dette a été accordée à l'assuré en application de l'article L. 861-10 ou s'il a bénéficié d'une aide pour le paiement de ses participations au titre de l'action sanitaire et sociale de sa caisse d'assurance maladie en raison de sa situation de précarité. En cas d'octroi par la caisse de délais de paiement sur les participations dues par l'intéressé, celles-ci sont considérées comme acquittées en cas de respect des échéances fixées. » ;

- ⑩ b) Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑪ « Ce droit peut être résilié à tout moment, sans frais, par le demandeur. La demande de résiliation est adressée à l'organisme gestionnaire par tout moyen conférant date certaine à la réception de celle-ci. L'organisme gestionnaire met fin au droit à la protection complémentaire en matière de santé au dernier jour du mois de la réception de la demande de résiliation. Les modalités d'ouverture d'un nouveau droit à la protection complémentaire en matière de santé faisant suite à une résiliation sont déterminées par décret. » ;
- ⑫ 6° Le premier alinéa de l'article L. 862-2 est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :
- ⑬ « Les dépenses du fonds sont constituées :
- ⑭ « 1° Du remboursement aux organismes gestionnaires mentionnés au *a* de l'article L. 861-4 des sommes correspondant à la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 ou des mêmes dépenses réalisées par le biais du tiers payant mentionné au septième alinéa du même article L. 861-3 pour les assurés relevant des organismes gestionnaires mentionnés au *b* de l'article L. 861-4 et des organismes concernés pour la prise en charge de leur frais de santé ;
- ⑮ « 2° Du remboursement aux organismes gestionnaires mentionnés au *b* de l'article L. 861-4 des mêmes sommes lorsqu'elles ne sont pas réalisées par le biais du tiers-payant mentionné au septième alinéa de l'article L. 861-3 ;
- ⑯ « 3° Des sommes résultant de la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 réalisées par le biais du tiers payant pour les assurés relevant des organismes gestionnaires mentionnés au *b* de l'article L. 861-4 et du régime général pour la prise en charge de leur frais de santé. » ;
- ⑰ 7° Le *d* de l'article L. 862-7 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les organismes assurant la prise en charge des frais de santé informent les organismes gestionnaires mentionnés au *b* de l'article L. 861-4 des dépenses qu'elles prennent en charge directement par le biais du tiers payant mentionné au septième alinéa de l'article L. 861-3 pour les assurés relevant de ces organismes gestionnaires ; ».
- ⑱ II. – L'article L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑲ « En cas de précarité de la situation des bénéficiaires, les organismes de la mutualité sociale agricole peuvent réduire les créances résultant de sommes indûment versées, dans les conditions prévues à l'article L. 256-4 du code de la sécurité sociale. »
- ⑳ III. – Le du 1° du I s'applique aux recours introduits à compter du 1^{er} janvier 2022.
- ㉑ Les 2° et 3° et le *a* du 4° du I et le II entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

- ②⑨ Le *b* du 4° du I entre en vigueur le 1^{er} avril 2022.
- ③⑩ Les 5°, 6° et 7° du I entrent en vigueur à compter d'une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2023.

Article additionnel après l'article 45

(Nouveau)

Commenté [CAS31]: Amendement [AS825](#)

I. – Le titre VII du livre VIII du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 871-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 871-2. – Aux fins de garantir l'application du mécanisme du tiers payant prévu au bénéfice des personnes relevant des contrats mentionnés à l'article L. 871-1, les organismes d'assurance maladie complémentaire mettent, pour les produits et prestations relevant des classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1, à la disposition des professionnels de santé, des établissements et centres de santé, des services numériques répondant à des caractéristiques définies par décret. Ces caractéristiques portent notamment sur les conditions de mise à disposition des informations relatives aux droits et garanties des personnes couvertes par les contrats, sur les modalités et délais de délivrance de l'accord des organismes lorsque la prestation est soumise à accord préalable, ainsi que sur les délais et garanties de règlement des sommes dues. »

II. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard au 1^{er} juillet 2022.

CHAPITRE V

Simplifier et moderniser le service public de la sécurité sociale

Article 46

- ① I. – Le 9° de l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après le mot : « santé », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « dont bénéficient, d'une part, les assurés relevant d'un régime mentionné à l'article L. 711-1 et, d'autre part, les assurés du régime général ne bénéficiant pas de l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1 du code du travail, s'agissant : » ;
- ④ 2° À la fin du *a*, les mots : « des autres régimes obligatoires » sont supprimés.
- ⑤ II. – Afin de tenir compte de la crise sanitaire liée à la covid-19 et de ses conséquences et d'adapter les règles de prise en charge des frais de santé et les conditions pour le bénéfice des prestations en espèce :

- ⑥ 1° L'article 11 de la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire et les dispositions prises par décret entre le 1^{er} janvier 2021 et le 31 décembre 2021 en application de l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale et de l'article L. 1226-1 du code du travail demeurent applicables jusqu'à une date fixée par décret, et au plus tard le 31 décembre 2022.
- ⑦ 2° Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution et jusqu'au 31 décembre 2022, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi visant à rétablir, adapter ou compléter, dans les domaines mentionnés aux articles L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale et L. 1226-1 du code du travail, les dispositions prises en application des mêmes articles L. 16-10-1 et L. 1226-1.
- ⑧ Les mesures mentionnées au 2° du présent II sont applicables au plus tard jusqu'au 31 décembre 2022.
- ⑨ Chaque ordonnance peut prévoir l'application rétroactive des dispositions qu'elle contient, dans la limite d'un mois avant sa publication.
- ⑩ Les ordonnances et les décrets pris sur le fondement du présent article sont dispensés des consultations obligatoires prévues par toute disposition législative ou réglementaire.
- ⑪ Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de six mois à compter de la publication de chaque ordonnance.
- ⑫ III. – Le I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

Article 47

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 161-8 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :
- ③ « Bénéficiaire également de ce maintien du droit à prestations les assurés qui justifient à nouveau des conditions d'ouverture de droit aux indemnités journalières de maladie au titre de leur nouvelle activité mais dont les indemnités journalières sont nulles.
- ④ « Peuvent bénéficier également de ce maintien du droit à prestations les assurés qui justifient à nouveau des conditions d'ouverture de droit aux indemnités journalières de maternité au titre de leur nouvelle activité mais dont les indemnités journalières forfaitaires servies en application de l'article L. 623-1 sont égales à un niveau fixé par décret. » ;
- ⑤ 2° L'article L. 311-5 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑥ « Bénéficiaire également de ce maintien du droit à prestations les assurés qui justifient à nouveau des conditions d'ouverture de droit aux indemnités journalières de maladie au titre de leur nouvelle activité mais dont les indemnités journalières sont nulles.
- ⑦ « Peuvent bénéficier également de ce maintien de droit à prestations les assurés qui justifient à nouveau des conditions d'ouverture de droit aux indemnités journalières maternité

au titre de leur nouvelle activité mais dont les indemnités journalières forfaitaires servies en application de l'article L. 623-1 sont égales à un niveau fixé par décret. » ;

- ⑧ 3° À l'article L. 622-1, après la référence : « L. 323-1-1 », est insérée la référence : « L. 323-2 » ;
- ⑨ 4° L'article L. 646-5 est abrogé ;
- ⑩ 5° Le dernier alinéa de l'article L. 663-1 est supprimé.
- ⑪ II. – Le III *bis* de l'article 18 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises est ainsi modifié :
 - ⑫ 1° À la fin de la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « onze jours consécutifs suivant la naissance de l'enfant, durée portée à dix-huit jours consécutifs en cas de naissances multiples » sont remplacés par les mots : « une durée égale à celle mentionnée à l'article L. 1225-35 du code du travail » ;
 - ⑬ 2° À la première phrase du troisième alinéa, les mots : « de dix semaines à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer » sont remplacés par les mots : « égale à celle mentionnée à l'article L. 1225-37 du code du travail ».
- ⑭ III. – Par dérogation à l'article L. 622-3 du code de la sécurité sociale, pour le calcul des prestations en espèces dues aux personnes mentionnées à l'article L. 611-1 du même code au titre de l'assurance maladie et maternité, le revenu d'activité retenu peut ne pas tenir compte des revenus d'activité de l'année 2020, dans des conditions fixées par décret.
- ⑮ Le présent III s'applique aux arrêts de travail débutant à compter du 1^{er} janvier 2022 et jusqu'au 31 décembre 2022.
- ⑯ IV. – Par dérogation au second alinéa de l'article L. 622-3 du code de la sécurité sociale, sont pris en compte pour le calcul des prestations en espèces prévues aux articles L. 622-1, L. 632-1, L. 634-2, L. 635-1, L. 643-1, L. 644-1 et L. 644-2 du même code le chiffre d'affaires ou les recettes brutes des années 2020 et 2021 des travailleurs indépendants relevant de l'article L. 613-7 dudit code.
- ⑰ Afin de calculer les prestations mentionnées au premier alinéa du présent IV, des échanges d'information sont organisés entre les organismes de sécurité sociale mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale et l'administration fiscale, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État.
- ⑱ V. – Les 1°, 2°, 4° et 5° du I s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2022.
- ⑲ Le 3° du I s'applique aux arrêts de travail débutant le 1^{er} janvier 2022.
- ⑳ Le II s'applique aux enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} janvier 2022 ainsi qu'aux enfants, nés avant cette date, dont la naissance était supposée intervenir à compter de cette date.

Article additionnel après l'article 47

Commenté [CAS32]: Amendement [AS1098](#)

(Nouveau)

Au premier alinéa de l'article L. 382-14 du code de la sécurité sociale, après la première occurrence du mot : « prestations », sont insérés les mots : « prenant en compte les spécificités des revenus des affiliés, ».

Article 48

- ① I. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ② 1° Avant le dernier alinéa de l'article L. 723-3, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
③ « Les caisses de mutualité sociale agricole, avec le concours de leur service social, mettent en œuvre des actions de promotion et d'accompagnement de la prévention de la désinsertion professionnelle, afin de favoriser le maintien dans l'emploi de leurs ressortissants dont l'état de santé est dégradé du fait d'un accident ou d'une maladie, d'origine professionnelle ou non, compte tenu de la coordination assurée par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole. Ces actions se font en lien, en tant que de besoin, avec les intervenants extérieurs qualifiés, les acteurs de la compensation du handicap et les acteurs de la préorientation et de la réadaptation professionnelles mentionnés à l'article L. 5214-3-1 du code du travail, aux 3° et 4° de l'article L. 5211-2 du même code ainsi qu'au *b* du 5° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. » ;
- ④ 2° Après le 9° de l'article L. 723-11, il est inséré un 9° *bis* ainsi rédigé :
⑤ « 9° *bis* De promouvoir la prévention de la désinsertion professionnelle afin de favoriser le maintien dans l'emploi de ses ressortissants dont l'état de santé est dégradé du fait d'un accident ou d'une maladie, d'origine professionnelle ou non, et de coordonner l'action dans ce champ des organismes locaux ; »
- ⑥ 3° À la première phrase du cinquième alinéa de l'article L. 732-4, les mots : « , réduit en cas d'hospitalisation, » sont supprimés ;
- ⑦ 4° Avant le dernier alinéa de l'article L. 732-8, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
⑧ « Le conjoint survivant d'un assuré titulaire d'une pension d'invalidité, lorsqu'il est lui-même atteint d'une invalidité de nature à lui ouvrir droit à la prestation d'invalidité mentionnée aux deux premiers alinéas du présent article, bénéficie d'une pension de veuve ou de veuf. Cette pension est calculée, liquidée et servie dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- ⑨ 5° L'article L. 732-12-1 est ainsi modifié :
- ⑩ *a)* Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
⑪ « Lorsque le remplacement prévu aux trois premiers alinéas du présent article ne peut pas être effectué, les assurés mentionnés au 1° de l'article L. 722-10 du présent code bénéficient, dans des conditions déterminées par décret, d'indemnités journalières forfaitaires. » ;

- ⑫ *b)* À la fin du dernier alinéa, les mots : « la prestation » sont remplacés par les mots : « l'allocation de remplacement et des indemnités journalières forfaitaires » ;
- ⑬ 6° Le II de l'article L. 751-1 est complété par un 13° ainsi rédigé :
- ⑭ « 13° Les personnes bénéficiaires d'indemnités journalières en application des articles L. 732-4, L. 742-3, L. 751-8 et L.752-5 du présent code, menant des actions de formation professionnelle ou d'autres actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil dans les conditions prévues à l'article L. 323-3-1 ou au quatrième alinéa de l'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale, et à l'article L. 752-5-2 du présent code. » ;
- ⑮ 7° L'article L. 752-5-2 est complété quatre alinéas ainsi rédigés :
- ⑯ « Les actions d'accompagnement auxquelles la caisse mentionnée au premier alinéa du présent article peut participer à la demande de l'assuré comprennent notamment :
- ⑰ « 1° L'essai encadré, organisé selon des modalités définies par décret ;
- ⑱ « 2° La convention de rééducation professionnelle mentionnée à l'article L. 5213-3-1 du code du travail, qui donne lieu au versement d'indemnités selon des modalités définies par décret en Conseil d'État.
- ⑲ « Ces actions se font en lien avec les acteurs de la compensation du handicap et les acteurs de la réadaptation selon les territoires. » ;
- ⑳ 8° À la première phrase de l'article L. 752-7, les mots : « le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ou l'assuré mentionné » sont remplacés par les mots : « l'assuré mentionné au I ou ».
- ㉑ II. – Le I de l'article L. 5213-3-1 du code du travail, dans sa rédaction résultant de l'article 28 de la loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail, est ainsi modifié :
- ㉒ 1° La première phrase est complétée par les mots : « ou la caisse de mutualité sociale agricole » ;
- ㉓ 2° La seconde phrase est ainsi modifiée :
- ㉔ *a)* Après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « ou la caisse de mutualité sociale agricole » ;
- ㉕ *b)* Sont remplacés ajoutés les mots : « ou à l'article L. 752-5-2 du code rural et de la pêche maritime, selon le cas ».
- ㉖ III. – Le 3° du I s'applique à compter du 1^{er} janvier 2022.
- ㉗ Les 4° et 8° du I sont applicables aux décès survenus à compter du 1^{er} janvier 2022.
- ㉘ Le 5° du I s'applique aux indemnités relatives à des arrêts de travail pour paternité débutant à compter du 1^{er} janvier 2022.

- ⑲ Les 1°, 2°, 6° et 7° du I et le II s'appliquent à compter du 1^{er} juillet 2022.

Article 49

- ① I. – Le II de l'article 373-2-2 du code civil est ainsi modifié :
- ② 1° Les cinq premiers alinéas sont remplacés par des II et III ainsi rédigés :
- ③ « II. – Lorsque la pension est fixée en tout ou partie en numéraire par un des titres mentionnés aux 1° à 5° du I, son versement par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales au parent créancier est mis en place pour la part en numéraire, dans les conditions et selon les modalités prévues au chapitre II du titre VIII du livre V du code de la sécurité sociale et par le code de procédure civile.
- ④ « Toutefois, l'intermédiation n'est pas mise en place dans les cas suivants :
- ⑤ « 1° En cas de refus des deux parents, ce refus devant être mentionné dans les titres mentionnés au I et pouvant, lorsque la pension est fixée dans un titre mentionné au 1° du même I, être exprimé à tout moment de la procédure ;
- ⑥ « 2° À titre exceptionnel, lorsque le juge estime, par décision spécialement motivée, le cas échéant d'office, que la situation de l'une des parties ou les modalités d'exécution de la contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant sont incompatibles avec sa mise en place.
- ⑦ « Lorsqu'elle est mise en place, il est mis fin à l'intermédiation sur demande de l'un des parents, adressée à l'organisme débiteur des prestations familiales, sous réserve du consentement de l'autre parent.
- ⑧ « Les deuxième, troisième et cinquième alinéas du présent II ne sont pas applicables lorsque l'une des parties fait état, dans le cadre de la procédure conduisant à l'émission d'un des titres mentionnés au I, de ce que le parent débiteur a fait l'objet d'une plainte ou d'une condamnation pour des faits de menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant, ou lorsque l'une des parties produit, dans les mêmes conditions, une décision de justice concernant le parent débiteur, mentionnant de telles menaces ou violences dans ses motifs ou son dispositif.
- ⑩ « III. – Lorsque le versement de la pension par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales au parent créancier n'a pas été mis en place ou qu'il y a été mis fin, l'intermédiation financière est mise en œuvre à la demande d'au moins l'un des deux parents auprès de l'organisme débiteur des prestations familiales, selon les modalités prévues à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, sous réserve que la pension soit fixée en tout ou partie en numéraire par un des titres mentionnés aux 1° à 5° du I du présent article.
- ⑪ « Lorsque l'intermédiation financière a été écartée en application du 2° du II, son rétablissement est demandé devant le juge, qui apprécie l'existence d'un élément nouveau. » ;
- ⑫ 2° Au début de l'avant-dernier alinéa, est ajoutée la mention : « IV. – » ;

- ⑬ 3° Au dernier alinéa, les mots : « l'intermédiation est ordonnée dans le cas prévu au 1° du présent II » sont remplacés par les mots : « l'une des parties a fait état ou a produit les informations et éléments mentionnés au dernier alinéa du II ».
- ⑭ II. – Le dernier alinéa de l'article L. 581-4 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , sauf lorsque l'intermédiation financière est mise en œuvre en application de l'article L. 582-1. »
- ⑮ III. – L'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑯ 1° Les 1° et 2° du I sont ainsi rédigés :
- ⑰ « 1° Dans les conditions définies au II du même article 373-2-2, lorsque l'intermédiation financière est mise en œuvre lors de la fixation de la pension alimentaire par un titre mentionné au même II ;
- ⑱ « 2° À défaut, dans les conditions définies au III du même article 373-2-2. » ;
- ⑲ 2° À la fin du c du I, les mots : « un motif ayant conduit l'autorité judiciaire à user de la faculté prévue au 1° du II de l'article 373-2-2 du code civil » sont remplacés par les mots : « la circonstance qu'il a fait l'objet d'une plainte ou d'une condamnation pour des faits de menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant, ou que de telles menaces ou violences sont mentionnées dans les motifs ou le dispositif d'une décision de justice concernant le parent débiteur » ;
- ⑳ 3° Au début du premier alinéa du IV, les mots : « Lorsqu'elle est mise en œuvre en application du 2° du I, » sont supprimés ;
- ㉑ 4° Le VII est ainsi modifié :
- ㉒ a) Le 2° est complété par les mots : « ou lorsque la pension alimentaire cesse d'être exigible » ;
- ㉓ b) À la fin du 4°, les mots : « dans le cas prévu au 1° du II de l'article 373-2-2 du code civil » sont remplacés par les mots : « lorsque l'une des parties a fait état, dans le cadre de la procédure ayant conduit à l'émission d'un des titres mentionnés au I de l'article 373-2-2 du code civil, de ce que le parent débiteur avait fait l'objet d'une plainte ou d'une condamnation pour des faits de menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant, ou a produit, dans les mêmes conditions, une décision de justice concernant le parent débiteur, mentionnant de telles menaces ou violences dans ses motifs ou son dispositif » ;
- ㉔ c) À la fin du dernier alinéa, les mots : « un motif ayant conduit l'autorité judiciaire à user de la faculté prévue au 1° du II de l'article 373-2-2 du code civil » sont remplacés par les mots : « la circonstance qu'il a fait l'objet d'une plainte ou d'une condamnation pour des faits de menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant, ou que de telles menaces ou violences sont mentionnées dans les motifs ou le dispositif d'une décision de justice concernant le parent débiteur ».
- ㉕ IV. – Le code pénal est ainsi modifié :
- ㉖ 1° Le second alinéa de l'article 227-3 est ainsi rédigé :

- 27 « Lorsque l'intermédiation financière des pensions alimentaires est mise en œuvre dans les conditions prévues aux II à IV de l'article 373-2-2 du code civil et à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, le fait pour le parent débiteur de demeurer plus de deux mois sans s'acquitter intégralement des sommes dues entre les mains de l'organisme débiteur des prestations familiales assurant l'intermédiation est puni des mêmes peines. » ;
- 28 2° L'article 227-4 est ainsi rédigé :
- 29 « Art. 227-4. – Est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende le fait, par une personne tenue, dans les conditions prévues à l'article 227-3, à l'obligation de verser une pension, une contribution, des subsides ou des prestations de toute nature :
- 30 « 1° De ne pas notifier son changement de domicile au créancier ou, lorsque le versement de la pension fait l'objet d'une intermédiation financière dans les conditions prévues aux II et III de l'article 373-2-2 du code civil et à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, à l'organisme débiteur des prestations familiales, dans un délai d'un mois à compter de ce changement ;
- 31 « 2° Lorsque le versement de la pension fait l'objet d'une intermédiation financière dans les conditions prévues aux II et III de l'article 373-2-2 du code civil et à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, de s'abstenir de transmettre à l'organisme débiteur des prestations familiales les informations nécessaires à l'instruction et à la mise en œuvre de l'intermédiation financière et d'informer cet organisme de tout changement de situation ayant des conséquences sur cette mise en œuvre. »
- 32 V. – Le présent article s'applique dans les conditions suivantes.
- 33 A. – Le II de l'article 373-2-2 du code civil et l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction résultant des I et III du présent article, entrent en vigueur le 1^{er} mars 2022 pour l'exécution des décisions judiciaires de divorce rendues à compter de cette date et le 1^{er} janvier 2023 pour l'exécution des autres décisions judiciaires rendues à compter de cette date ainsi que des titres mentionnés aux 2° à 5° du I de l'article 373-2-2 du code civil émis à compter de cette date.
- 34 Le III de l'article 373-2-2 du code civil est applicable à l'exécution des décisions et titres mentionnés au I du même article 373-2-2, rendus ou émis avant les dates d'entrée en vigueur mentionnées au premier alinéa du présent A.
- 35 B. – Les articles 227-3 et 227-4 du code pénal et l'article L. 581-4 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction résultant des II et IV du présent article, entrent en vigueur le 1^{er} mars 2022.
- 36 C. – À l'article 711-1 du code pénal, la référence : « la loi n° 2021-1109 du 24 août 2021 confortant le respect des principes de la République, en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française et dans les îles Wallis et Futuna » est remplacée par la référence : « la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022 ».

Article additionnel après l'article 49

(Nouveau)

Commenté [CAS33]: Amendement [AS1091](#)

I. – L'article L. 583-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 583-1. – I. – Les allocataires des prestations familiales bénéficient gratuitement d'un droit à l'information sur la nature et l'étendue de leurs droits.

« II. – Pour l'application du I, les organismes débiteurs des prestations familiales et leur personnel sont notamment tenus :

« 1° D'informer les allocataires de l'ensemble de leurs droits au moment où ces derniers entament une démarche pour solliciter le bénéfice d'une prestation familiale ;

« 2° D'informer les allocataires sur les congés familiaux indemnisés par ces organismes et leurs conséquences financières, y compris au regard de leurs droits à l'assurance vieillesse ;

« 3° De leur prêter concours pour l'établissement des demandes dont la satisfaction leur incombe.

« Ils peuvent également apporter leur concours à leurs allocataires en fin de droits pour l'établissement de dossiers formulés au titre d'autres régimes de protection sociale auprès d'autres organismes.

« III. – Toute personne enceinte qui déclare sa grossesse à l'issue d'un examen prénatal auprès d'un organisme débiteur des prestations familiales :

« 1° D'une information personnalisée sur l'ensemble de ses droits ainsi que sur l'ensemble des congés auxquelles elle peut prétendre ;

« 2° D'une information relative à la possibilité de bénéficier, le cas échéant et à sa demande, d'un report de cotisations sociales dans les conditions prévues à l'article L. 131-6-1-1 du présent code.

« IV. - Pour l'application du 1° du III, la Caisse nationale des allocations familiales, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, la Caisse nationale de l'assurance maladie et la Caisse nationale d'assurance vieillesse peuvent conclure des conventions entre elles afin d'identifier les aides dont les allocataires peuvent bénéficier, le montant de ces aides ainsi que les conséquences de ce bénéfice sur leurs droits à l'assurance maladie, maternité, invalidité et à l'assurance vieillesse.

« V. – Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article et notamment le contenu des conventions mentionnées au IV. »

II. – Le présent article entre en vigueur au 1^{er} janvier 2023.

Article 50

①

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

1° L'article L. 491-1 est ainsi modifié :

- ② a) Au premier alinéa, les mots : « , au sens de la directive 2009/128/CE du Parlement européen et du Conseil du 21 octobre 2009 instaurant un cadre d'action communautaire pour parvenir à une utilisation des pesticides compatible avec le développement durable, » sont supprimés ;
- ④ b) Après le dixième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤ « Sont regardés comme des pesticides, pour l'application du présent titre, les produits phytopharmaceutiques relevant du règlement (CE) n° 1107/2009 du Parlement européen et du Conseil du 21 octobre 2009 concernant la mise sur le marché des produits phytopharmaceutiques et abrogeant les directives 79/117/CEE et 91/414/CEE du Conseil, les produits biocides relevant du règlement (UE) n° 528/2012 du Parlement européen et du Conseil du 22 mai 2012 concernant la mise à disposition sur le marché et l'utilisation des produits biocides, et les médicaments vétérinaires antiparasitaires au sens du 6° de l'article L. 5141-2 du code de la santé publique. » ;
- ⑥ 2° Au 1° de l'article L. 752-4, après le mot : « agricoles », sont insérés les mots : « dans les conditions prévues à l'article L. 781-43 du code rural et de la pêche maritime ».
- ⑦ II. – Le second alinéa des articles L. 781-43 et L. 781-48 du code rural et de la pêche maritime est complété par les mots : « à l'exception des tableaux de maladies professionnelles établis, révisés et complétés selon les modalités prévues pour l'application de l'article L. 751-7, qui leur sont applicables lorsqu'ils ont exercé les travaux mentionnés dans ces tableaux ».
- ⑩ III. – Le IV de l'article 70 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 est ainsi modifié :
- ⑪ 1° Après le mot : « maritime », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « 31 décembre 2022, les personnes mentionnées au 1° et aux *a* et *b* du 2° de l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale dont le premier certificat médical les informant du lien possible entre la maladie et l'exposition aux pesticides leur a été délivré avant le 31 décembre 2019. » ;
- ⑫ 2° Les 1° et 2° sont supprimés ;
- ⑬ 3° Au dernier alinéa, les mots : « à dix ans au 31 décembre 2019 » sont remplacés par les mots : « au 1^{er} janvier 2013 » et l'année : « 2021 » est remplacée par l'année « 2022 ».
- ⑭ IV. – Les I à III du présent article sont applicables aux demandes de reconnaissance de maladies professionnelles déposées à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi.

Article 51

- ① I. – Dans les conditions définies au présent article et sous réserve d'avoir débuté leur activité avant le 1^{er} janvier 2020, bénéficient à titre exceptionnel de l'attribution de périodes d'assurance dans leur régime d'assurance vieillesse de base, au titre des années 2020 et 2021 :
- ② 1° Les travailleurs indépendants mentionnés aux articles L. 631-1 et L. 640-1 du code de la sécurité sociale et les mandataires sociaux mentionnés aux 11°, 12°,

13°, 22° et 23° de l'article L. 311-3 du même code, lorsqu'ils remplissent, pour une période d'activité accomplie au cours de l'année considérée, les conditions définies aux III et IV de l'article 65 de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020, aux III et IV de l'article 9 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement pour la sécurité sociale pour 2021 ou aux II à IV de l'article 25 de la loi n° 2021-953 du 19 juillet 2021 de finances rectificative pour 2021 ;

- ③ 2° Les artistes-auteurs mentionnés à l'article L. 382-1 du code de la sécurité sociale :
- ④ a) Au titre de l'année 2020, lorsqu'ils remplissent les conditions définies au V de l'article 9 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 précitée ;
- ⑤ b) Au titre de l'année 2021, lorsqu'ils remplissent les conditions définies au V de l'article 25 de la loi n° 2021-953 du 19 juillet 2021 précitée.
- ⑥ Le présent I s'applique également aux travailleurs indépendants, mandataires sociaux et artistes-auteurs qui remplissent les conditions prévues par les dispositions législatives précitées sans avoir effectivement bénéficié des réductions ou déductions de cotisations définies par ces dispositions.
- ⑦ II. – Au titre de chaque année considérée, il est attribué aux assurés mentionnés au I un nombre de trimestres correspondant à la différence entre :
 - ⑧ 1° D'une part, le nombre annuel moyen de trimestres validés par l'intéressé au cours des années 2017 à 2019 à raison des revenus, traitements, salaires ou chiffres d'affaires tirés de l'activité ouvrant droit à l'application des dispositions législatives mentionnées au I. Cette période de référence est limitée aux années 2018 et 2019 ou à l'année 2019 pour les travailleurs indépendants et les artistes-auteurs dont l'activité a débuté, respectivement, en 2018 ou en 2019 ;
 - ⑨ 2° D'autre part, le nombre de trimestres validés par l'intéressé au titre de l'année considérée à raison des revenus, traitements, salaires ou chiffres d'affaires tirés de cette même activité.
- ⑩ Un décret précise les modalités de ce calcul, notamment les conditions dans lesquelles sont prises en compte, le cas échéant, les années de début ou de fin d'activité, ainsi que les années donnant lieu à l'attribution de périodes assimilées en application de l'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale.
- ⑪ III. – Pour l'application du présent article, notamment pour l'identification des bénéficiaires, des échanges d'informations sont organisés entre les organismes de sécurité sociale chargés du recouvrement et du service des prestations, ainsi que l'administration fiscale, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État.
- ⑫ IV. – Selon des modalités précisées par décret, le fonds mentionné à l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale verse à chacun des régimes d'assurance vieillesse concernés un montant égal au produit du nombre de trimestres validés en application du présent article et de montants forfaitaires définis par décret.
- ⑬ V. – Le présent article s'applique aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2022.

Article 52

- ① I. – A. – Les assurés justifiant d'une activité exercée à titre indépendant, avant le 1^{er} janvier 2018, au titre d'une profession qui relève à présent du champ défini aux articles L. 631-1 ou L. 640-1 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction en vigueur à la date de la présente loi mais qui, par nature, pendant les périodes où elle était exercée, n'entraînait, en droit ou en fait, d'affiliation auprès d'aucun régime obligatoire de base, peuvent demander la prise en compte, en tout ou partie, de ces périodes au titre du régime d'assurance vieillesse dont cette profession relève en application des mêmes articles L. 631-1 ou L. 640-1, sous réserve du versement de cotisations, fixées dans des conditions définies par décret garantissant la neutralité actuarielle.
- ② Par dérogation au premier alinéa du présent A, pour les assurés mentionnés au quatrième alinéa du 8^o du XVI de l'article 15 de la loi n^o 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 qui, à la date du versement de cotisations, demeurent affiliés au régime des professions libérales, le versement est pris en compte au titre de ce régime.
- ③ Un décret précise la liste des professions et des périodes mentionnées au premier alinéa du présent A et détermine ses conditions d'application, notamment les barèmes et les modalités de versement des cotisations, les conditions de leur prise en compte dans le calcul de la pension ainsi que la nature des pièces justifiant des périodes d'activité en cause.
- ④ Le présent A est applicable aux assurés n'ayant pas liquidé leur pension de vieillesse et dont la demande de versement de cotisations est présentée entre le 1^{er} juillet 2022 et le 31 décembre 2026.
- ⑤ B. – À l'article L. 173-7 du code de la sécurité sociale, la dernière occurrence du mot « et » est remplacée par le signe : « , » et est ajoutée la référence : « et du I de l'article 52 de la loi n^o du de financement de la sécurité sociale pour 2022 ».
- ⑥ II. – Les travailleurs indépendants non agricoles affiliés au régime défini à l'article 5 de l'ordonnance n^o 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte peuvent demander la prise en compte au titre de ce régime, en tout ou partie, des périodes d'activité, comprises entre le 1^{er} janvier 2012 et une date fixée par décret sans pouvoir excéder le 31 décembre 2022, au cours desquelles les cotisations d'assurance vieillesse n'ont pas été appelées, sous réserve du versement de cotisations.
- ⑦ Les cotisations versées en application du premier alinéa du présent II sont prises en compte, le cas échéant, lorsque la pension a déjà été liquidée à la date du versement, au titre des arrérages dus à compter de cette date.
- ⑧ Un décret détermine les conditions d'application du présent II, notamment le montant des cotisations défini sur la base d'assiettes forfaitaires, les conditions de leur versement, les conditions de leur prise en compte dans le calcul de la pension, ainsi que la nature des pièces justifiant des périodes d'activité en cause.
- ⑨ Les demandes de versement de cotisations effectuées en application du présent II sont présentées entre le 1^{er} juillet 2022 et le 31 décembre 2026.

Article additionnel après l'article 52

Commenté [CAS34]: Amendement [AS1099](#)

(Nouveau)

Après le mot : « économiques », la fin de la première phrase de l'article L. 382-7 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée : « ou tout ou partie du coût du versement par ces ressortissants, le cas échéant, de cotisations afférentes à une période d'activité antérieure de plus de trois ans à la date dudit versement, dans des conditions définies par décret ».

Article 53

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 351-15 est ainsi modifié :
- ④ a) Le début du premier alinéa est ainsi rédigé : « I. – L'assuré qui exerce, à titre exclusif, une activité à temps partiel, au sens de l'article L. 3123-1 du code du travail, ou à temps réduit par rapport à la durée maximale légale, réglementaire ou conventionnelle exprimée en jours peut... *(le reste sans changement)* : » ;
- ⑤ b) Après le 2°, il est inséré un 3° ainsi rédigé :
- ⑥ « 3° De justifier d'une quotité de temps de travail comprise entre deux limites fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- ⑦ c) Au cinquième alinéa, après le mot : « partiel », sont insérés les mots : « ou à temps réduit » et les mots : « l'assuré peut obtenir la modification de cette fraction de pension » sont remplacés par les mots : « cette fraction de pension est modifiée » ;
- ⑧ d) Le dernier alinéa est remplacé par un II ainsi rédigé :
- ⑨ « II. – Le présent article est également applicable :
- ⑩ « 1° Par dérogation au caractère exclusif de l'activité mentionné au premier alinéa du I présent article, aux assurés exerçant soit plusieurs activités salariées à temps partiel, soit plusieurs activités salariées à temps réduit, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État ;
- ⑪ « 2° Aux assurés exerçant à titre exclusif une activité non salariée parmi celles mentionnées à l'article L. 311-3, dans des conditions fixées par décret relatives notamment à la diminution des revenus professionnels. » ;
- ⑫ 2° L'article L. 351-16 est ainsi modifié :
- ⑬ a) À la seconde phrase du premier alinéa, le mot : « suspendu » est remplacé par le mot : « supprimé » ;
- ⑭ b) Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

- ⑮ « Le service de la fraction de pension est suspendu lorsque, en dehors des cas mentionnés au premier alinéa, les conditions pour en bénéficier ne sont plus réunies. » ;
- ⑯ 3° L'article L. 634-3-1 est remplacé ainsi rédigé :
- ⑰ « *Art. L. 634-3-1.* – Les prestations mentionnées aux articles L. 634-2 et L. 634-3 sont, sur demande de l'assuré, liquidées et servies dans les conditions prévues aux articles L. 351-15 et L. 351-16 lorsque celui-ci justifie d'une activité exercée à titre exclusif relevant de l'article L. 631-1, dans des conditions fixées par décret relatives notamment à la diminution des revenus professionnels. »
- ⑱ II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ⑲ 1° À l'article L. 732-29, les mots : « à temps partiel » sont remplacés par le mot : « réduite » ;
- ⑳ 2° L'article L. 742-3 est ainsi modifié :
- ㉑ a) À la fin du dernier alinéa, les mots : « , aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et à la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg » sont remplacés par les mots : « et aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail » ;
- ㉒ b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ㉓ « Pour l'application du 2° du II de l'article L. 351-15 du code de la sécurité sociale, la référence à l'article L. 311-3 du même code est remplacée par la référence à l'article L. 722-20 du présent code. »
- ㉔ III. – Le présent article s'applique aux pensions liquidées à titre provisoire qui prennent effet à compter du 1^{er} janvier 2022.

TITRE II

DOTATIONS ET DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AUX RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

Article 54

- ① I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé mentionnée à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, est fixé à 1 015 millions d'euros pour l'année 2022.
- ② II. – Le montant de la contribution de la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale au financement du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé mentionnée à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 précitée est fixé à 90 millions d'euros pour l'année 2022.

③ III. – Le montant de la contribution de la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et les accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 168,3 millions d'euros pour l'année 2022.

④ IV. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionné à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 135 millions d'euros pour l'année 2022.

Article 55

① Pour l'année 2022, les objectifs de dépenses de la branche Maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :

② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 229,6 milliards d'euros ;

③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 228,1 milliards d'euros.

Article 56

① Pour l'année 2022, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

②

(En milliards d'euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville.....	102,1
Dépenses relatives aux établissements de santé.....	95,3
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées.....	14,3
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées.....	13,3
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et au soutien national à l'investissement.....	5,9
Autres prises en charge.....	5,4
Total.....	236,3

Article 57

① I. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds

d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 220 millions d'euros au titre de l'année 2022.

- ② II. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 327 millions d'euros au titre de l'année 2022.
- ③ III. – Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 1,1 milliard d'euros au titre de l'année 2022.
- ④ IV. – Les montants mentionnés aux articles L. 242-5 du code de la sécurité sociale et L. 751-13-1 du code rural et de la pêche maritime couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale et les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif mentionné à l'article L. 4163-1 du code du travail sont fixés respectivement à 123,6 millions d'euros et 8,7 millions d'euros pour l'année 2022.

Article 58

- ① Pour l'année 2022, les objectifs de dépenses de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :
- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 14,1 milliards d'euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 12,7 milliards d'euros.

Article 59

- ① Pour l'année 2022, les objectifs de dépenses de la branche Vieillesse sont fixés :
- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 256,6 milliards d'euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 147,8 milliards d'euros.

Article 60

Pour l'année 2022, les objectifs de dépenses de la branche Famille de la sécurité sociale sont fixés à 49,7 milliards d'euros.

Article 61

Pour l'année 2022, les objectifs de dépenses de la branche Autonomie de la sécurité sociale sont fixés à 34,2 milliards d'euros.

Article 62

① Pour l'année 2022, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi qu'il suit :

②

(En milliards d'euros)

	Prévision de charges
Fonds de solidarité vieillesse	19,5

ANNEXE A

① **Rapport retraçant la situation patrimoniale, au 31 décembre 2020, des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents et la couverture des déficits constatés pour l'exercice 2020**

② I. – Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2020 :

③

(En milliards d'euros)

Actif	2020 (net)	2019 (net)	Passif	2020	2019
Immobilisations	7,3	7,4	Fonds propres	-86,7	-61,4
Immobilisations non financières ..	5,2	5,2	Dotations	19,0	20,7
Prêts, dépôts de garantie	1,3	1,4	Régime général	0,2	0,2
Avances/ prêts accordés à des organismes de la sphère sociale....	0,9	0,9	Autres régimes	7,3	7,0
			Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)	0,2	0,2
			Fonds de réserve pour les retraites (FRR)	11,3	13,4
			Réserves	22,9	22,2
			Régime général	3,8	3,8
			Autres régimes	7,2	7,3
			FRR	11,9	11,1
			Report à nouveau	-108,1	-122,6
			Régime général	5,1	-4,6
			Autres régimes	-0,2	-4,1
			FSV	-3,7	-8,4
			CADES	-109,3	-105,5
			Résultat de l'exercice	- 22,9	15,4
			Régime général	-36,2	-0,3
			Autres régimes	-1,0	+0,1
			Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	-2,5	-1,6
			CADES	16,1	16,3
			FRR	0,7	0,8
			Écart d'estimation (réévaluation des actifs du FRR en valeur de marché)	2,4	2,9
			Provisions pour risques et charges	20,9	17,2

Actif	2020 (net)	2019 (net)	Passif	2020	2019
Actif financier	68,1	57,9	Passif financier	178,8	132,5
Valeurs mobilières et titres de placement	39,2	45,1	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, europapiers commerciaux)	165,5	118,6
<i>Régime général</i>	0,0	0,0	Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)	62,5	26,5
<i>Autres régimes.....</i>	13,8	12,9	CADES	103,0	92,0
<i>CADES</i>	0,0	0,0	Dettes à l'égard d'établissements de crédits	7,3	6,4
<i>FRR</i>	25,3	32,3	Régime général (ordres de paiement en attente)	6,0	5,1
Encours bancaire.....	26,9	12,1	Autres régimes	0,4	0,3
<i>Régime général.....</i>	10,6	1,5	CADES	1,0	1,0
<i>Autres régimes.....</i>	5,6	6,4			
<i>FSV.....</i>	0,0	0,0	Dépôts reçus.....	0,4	0,4
<i>CADES</i>	9,9	3,1	ACOSS.....	0,4	0,4
<i>FRR</i>	0,7	1,1			
Créances nettes au titre des instruments financiers.....	2,0	0,6	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,0	0,2
<i>CADES</i>	1,7	0,3	ACOSS.....	0	0,2
<i>FRR</i>	0,3	0,3	Autres.....	5,4	6,8
			Autres régimes	5,3	5,7
			CADES	0,1	1,1
Actif circulant	101,6	83,4	Passif circulant	64,1	60,4
Créances de prestations	12,1	9,2	Dettes et charges à payer à l'égard des bénéficiaires.....	29,0	30,5
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale.....	16,9	8,5	Dettes et charges à payer à l'égard des cotisants	4,4	2,1
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et autres impositions	52,1	47,8			
Créances sur entités publiques et organismes de sécurité sociale	13,1	10,9	Dettes et charges à payer à l'égard d'entités publiques et organismes de sécurité sociale ..	16,4	11,4
Produits à recevoir de l'État	1,9	0,6			
Autres actifs	5,5	6,3	Autres passifs	14,2	16,5
Total de l'actif	177,0	148,7	Total du passif	177,0	148,7

- ④ Sur le champ des régimes de base, du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et du Fonds de réserve pour les retraites (FRR), le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, mesuré par ses fonds propres négatifs, et qui recouvre pour l'essentiel le cumul des déficits passés restant à financer, s'élevait à 86,7 milliards d'euros au 31 décembre 2020. L'encours de dette sur les produits techniques à fin 2020 était de l'ordre de 17 %, soit environ 2 mois de recettes.

⑤ Alors qu’il atteignait un niveau très élevé à la fin de la précédente décennie, en partie imputable à la crise économique, le passif net a été un recul constant entre 2014 et 2019 (baisse de 7,9 milliards d’euros entre 2015 et 2016, de 12,8 milliards d’euros entre 2016 et 2017, de 11,6 milliards d’euros entre 2017 et 2018, et de 15,6 milliards d’euros entre 2018 et 2019). Tout au long de la période, la réduction des déficits des régimes de base et du FSV et les bons résultats de la CADES et du FRR ont conduit à dégager un résultat consolidé positif sur le périmètre d’ensemble de la sécurité sociale.

⑥ Cependant, dans le contexte de crise sanitaire et économique, le passif net connaît une inversion de tendance marquée en 2020, il s’accroît de 25,3 milliards d’euros par rapport à 2019. Cette dégradation reflète le niveau exceptionnellement élevé des déficits des régimes de base et du FSV en 2020 (déficit de 39,7 milliards d’euros sur ce champ), dont l’effet n’est que partiellement compensé par les résultats de la CADES (16,1 milliards d’euros en 2020 reflétant l’amortissement de la dette portée par la caisse) et du portefeuille du FRR. Le résultat consolidé sur le périmètre d’ensemble de la sécurité sociale, retracé dans le tableau ci-dessus, est ainsi fortement déficitaire (déficit de 22,9 milliards d’euros en 2020, contre un résultat consolidé positif de 15,4 milliards d’euros en 2019).

⑦ Le financement du passif net de la sécurité sociale est assuré à titre principal par un recours à l’emprunt, essentiellement porté par la CADES et l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale. L’endettement financier net de la sécurité sociale, qui correspond à la différence entre les dettes financières et les actifs financiers placés ou détenus en trésorerie, suit donc en premier lieu les mêmes tendances que le passif net auquel il est fait référence ci-dessus, en subissant secondairement les effets de la variation du besoin en fonds de roulement lié au financement des actifs et passifs circulants (créances et dettes) et des acquisitions d’actifs immobilisés, qui ont également un impact sur la trésorerie. Après l’infléchissement observé entre 2015 et 2019, l’endettement financier s’est fortement accru en 2020 (110,6 milliards d’euros contre 74,6 milliards d’euros fin 2019), en cohérence avec l’évolution du passif net et l’augmentation marquée du besoin en fonds de roulement.

⑧ **Évolution du passif net, de l’endettement financier net et des résultats comptables consolidés de la sécurité sociale depuis 2009**

⑨

(En milliards d’euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Passif net au 31/12 (capitaux propres négatifs).....	- 66,3	- 87,1	- 100,6	- 107,2	- 110,9	-110,7	-109,5	-101,4	-88,5	-77,0	-61,4	-86,7
Endettement financier net au 31/12.....	- 76,3	- 96,0	- 111,2	- 116,2	- 118,0	-121,3	-120,8	-118,0	-102,9	-86,8	-74,6	-110,6
Résultat comptable consolidé de l’exercice (régimes de base, FSV, CADES et FRR)....	-19,6	-23,9	-10,7	-5,9	-1,6	+1,4	+4,7	+8,1	+12,6	+14,9	+15,4	-22,9

⑩ II. – Couverture des déficits et affectation des excédents constatés sur l'exercice 2020

⑪ Dans le cadre fixé par la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le transfert à la CADES, dès l'année 2011, des déficits 2011 des branches Maladie et Famille du régime général. Elle a également prévu la reprise progressive, à compter de 2012, des déficits des années 2011 à 2018 de la branche Vieillesse du régime général et du FSV, dans la double limite de 10 milliards d'euros chaque année et de 62 milliards d'euros au total. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a étendu cette reprise progressive aux déficits 2012 à 2017 des branches Maladie et Famille.

⑫ L'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a modifié ce schéma et supprimé le plafond annuel de 10 milliards d'euros afin de tenir compte de conditions de financement à moyen et long termes particulièrement favorables. Il a ainsi ouvert la possibilité d'une saturation du plafond de 62 milliards d'euros dès 2016 et a conduit à reprendre un montant total de 23,6 milliards d'euros en 2016, correspondant au transfert de la totalité des déficits de la branche Famille et de la branche Maladie au titre de 2013 et 2014 et de ceux de la branche Vieillesse et du FSV au titre de 2015, ainsi que d'une partie du déficit de la branche Maladie au titre de 2015.

⑬ Le plafond de reprise ayant été saturé après les transferts intervenus en 2016, à fin 2019, l'ACOSS portait en dette à court terme les déficits des derniers exercices. Son endettement financier brut atteignait 26,9 milliards d'euros au 31 décembre 2019.

⑭ Dans le contexte d'accroissement de la dette des régimes de base de sécurité sociale et du besoin de financement de l'ACOSS, l'article 1^{er} de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a prévu un transfert à la CADES d'un montant global de 136 milliards d'euros, organisé en plusieurs étapes.

⑮ Dans un premier temps, des versements effectués avant le 30 juin 2021 financent, dans la limite de 31 milliards d'euros, les déficits cumulés non repris constatés au 31 décembre 2019 de la branche Maladie du régime général, du FSV, de la branche Vieillesse du régime des non-salariés agricoles et de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL). Sur ce fondement, le décret n° 2020-1074 du 19 août 2020 et le décret n° 2021-40 du 19 janvier 2021 ont organisé des transferts de la CADES à hauteur de 20 milliards d'euros en 2020 et de 11 milliards d'euros en 2021. Dans un second temps, des versements à compter de 2021 ont vocation à financer, dans la limite de 92 milliards d'euros, les déficits cumulés des exercices 2020 à 2023 des branches Maladie, Vieillesse et Famille du régime général, du FSV et de la branche Vieillesse du régime des non-salariés agricoles.

⑯ Concernant la situation des branches et régimes en 2020, dans le contexte de pandémie sanitaire, le déficit du régime général atteint 36,2 milliards d'euros et celui du FSV, 2,5 milliards d'euros. Les déficits des branches Maladie et Vieillesse se sont élevés respectivement à 30,4 et 3,7 milliards d'euros. Les branches Famille et Accidents du travail et maladies professionnelles, alors qu'elles étaient en excédent en 2019, ont enregistré des déficits respectifs de 1,8 et 0,2 milliard d'euros.

⑰ Concernant les régimes de base autres que le régime général et qui présentent une situation déficitaire en 2020, le résultat de la CNRACL ressort en déficit à -1,5 milliard d'euros en 2020. La CADES a repris les déficits des exercices 2018 et 2019 de la caisse lors du transfert

intervenue en janvier 2021. Le régime de base de la caisse nationale des barreaux français affiche également un déficit en 2020, à hauteur de 0,02 milliard d'euros, contre un excédent de 0,06 milliard d'euros en 2019.

- ⑮ Concernant les autres régimes de base, la branche Retraite du régime des exploitants agricoles a de nouveau présenté un bénéfice en 2020, à hauteur de 0,01 milliard d'euros en 2020. Les transferts de la CADES en 2020 et 2021, d'un montant total de 3,6 milliards d'euros, ont permis de couvrir l'ensemble de ses déficits cumulés depuis 2011 (les déficits 2009 et 2010 avaient été repris par la CADES en 2011).
- ⑰ Les excédents du régime de retraite des professions libérales (0,1 milliard d'euros en 2020) et de la branche Vieillesse du régime de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (0,1 milliard d'euros en 2020) diminuent respectivement de 0,3 milliard d'euros et 0,1 milliard d'euros en 2020. Ces excédents sont affectés aux réserves des régimes concernés.
- ⑳ Les autres régimes présentent par construction des résultats annuels équilibrés ou très proches de l'équilibre. Il en est ainsi des branches et régimes intégrés financièrement au régime général (ensemble des branches Maladie des différents régimes de base depuis la mise en œuvre, en 2016, de la protection universelle maladie, branches Vieillesse de base du régime des salariés agricoles depuis 1963 et du régime social des indépendants jusqu'en 2017), des régimes de retraite équilibrés par des subventions de l'État (SNCF, RATP, régimes des mines et des marins) et des régimes d'employeurs (fonction publique de l'État, industries électriques et gazières), équilibrés par ces derniers. Concernant le régime des mines, les déficits passés cumulés de la branche Maladie ont par ailleurs été transférés à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) à hauteur de 0,7 milliard d'euros, en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

ANNEXE B

① Rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir

② La présente annexe décrit l'évolution des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) pour la période 2022-2025.

③ La crise sanitaire et économique sans précédent a conduit à dégrader fortement les comptes sociaux en 2020 et 2021. Cette dégradation relève en premier lieu de l'effondrement de l'activité économique en 2020 et du surcroît de dépenses occasionné par la crise sanitaire, mais aussi de mesures pérennes visant à rénover le système de soins, dans le cadre du Ségur de la santé, et à renforcer les politiques de soutien à l'autonomie.

④ La reprise de l'activité économique, marquée à compter de 2021, est venue soutenir les recettes des régimes de sécurité sociale et améliorer leur situation financière par rapport à 2020. L'économie ayant mieux résisté que prévu à la crise sanitaire et économique, les prévisions financières sont améliorées à moyen terme par rapport à celles de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 (I). Les comptes de la sécurité sociale demeureraient toutefois fortement dégradés à moyen terme, sous l'effet de recettes durablement affectées par la crise, et d'une hausse des dépenses de la branche d'assurance maladie, que celles-ci soient ponctuelles, pour faire face à la crise sanitaire, ou structurelles (II). Au total, les branches d'assurance vieillesse et surtout maladie seraient dans une situation de déficits élevés durant les années à venir, alors que la branche Famille et la branche Accidents du travail et maladie professionnelles (AT-MP) dégageront des excédents croissants dès 2021 à la faveur de la reprise économique. Enfin, la nouvelle branche Autonomie présenterait une trajectoire excédentaire à moyen terme, reflétant le surcroît de recettes de contribution sociale généralisée (CSG) apporté en 2024. Ses dépenses seraient dynamiques sur toute la période, sous l'effet de la mise en œuvre des mesures relatives à l'autonomie prévues dans le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale (III).

⑤ I. – Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 repose sur un scénario de net rebond de l'économie dès 2021, qui se poursuivrait en 2022

⑥ Dans un contexte épidémique qui tend à s'améliorer, et au vu de l'orientation positive des indicateurs de conjoncture économique, le Gouvernement retient une hypothèse de rebond du produit intérieur brut (PIB) en volume de 6,0 % en 2021 et de 4,0 % en 2022, puis d'un retour progressif de la croissance vers son niveau potentiel. En effet, celle-ci atteindrait 1,6 % en 2023 avant de revenir durablement à 1,35 %, soit l'hypothèse de croissance potentielle de moyen terme, en ligne avec ce qui était prévu dans la dernière loi de programmation des finances publiques (LPPF).

⑦ 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 :

⑧

2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
------	------	------	------	------	------	------

PIB en volume.....	1,4 %	-7,9 %	6,0 %	4,0 %	1,6 %	1,4 %	1,4 %
Masse salariale privée*..	3,1 %	-5,7 %	6,2 %	6,1 %	3,9 %	3,4 %	3,4 %
Inflation hors tabac	0,9 %	0,2 %	1,4 %	1,5 %	1,5 %	1,6 %	1,8 %
ONDAM	2,6 %	9,4 %	7,4 %	-0,6 %	2,4 %	2,3 %	2,3 %
ONDAM hors covid	2,6 %	3,3 %	6,6 %	3,8 %	2,4 %	2,3 %	2,3 %

* La masse salariale du secteur privé soumise à cotisations (hors prime exceptionnelle de pouvoir d'achat versée en 2021) progresserait de 6,6 % en 2022.

- ⑨ La masse salariale du secteur privé, principal déterminant de la progression des recettes du régime général, progresserait de 6,2 % en 2021, puis à nouveau de 6,1 % en 2022, avant de revenir progressivement à son rythme tendanciel (3,9 % en 2023 puis 3,4 % à compter de 2024). L'inflation augmenterait progressivement, avec un effet à la hausse sur les salaires nominaux, malgré le ralentissement de la croissance de la masse salariale.
- ⑩ La trajectoire présentée dans cette annexe repose, à titre conservatoire, sur une convention « hors mesures nouvelles » en économies ou en dépenses, ainsi que le prévoit la loi organique. De la même manière, la trajectoire d'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) prolonge celle de la dernière loi de programmation des finances publiques à partir de 2023, soit 2,4 % hors dépenses programmées dans le cadre du Ségur de la santé. Les dépenses de soutien à l'investissement des établissements de santé et médicosociaux du Ségur diminuant à compter de 2024, l'évolution de l'ONDAM après Ségur devrait s'élever à 2,3 % en 2024 et 2025.
- ⑪ Le Haut Conseil des finances publiques (HCFP), dans son avis publié le 22 septembre 2021, juge « prudente » la prévision de croissance du Gouvernement en 2021 (+ 6,0 %) et « plausible » celle de 2022 (+ 4,0 %). En revanche, il estime que la prévision de l'emploi et de la masse salariale est trop basse, tant pour 2021 que 2022. Si ces aléas haussiers se matérialisaient, ils seraient de nature à améliorer la trajectoire de recettes et donc de solde de la sécurité sociale à l'horizon de la présente annexe.
- ⑫ II. – La trajectoire financière tient compte des conséquences de la dégradation marquée des recettes de la sécurité sociale en raison de la crise, ainsi que de dépenses nouvelles d'assurance maladie pour répondre de manière exceptionnelle à la crise et adapter structurellement le système de santé
- ⑬ Comme lors de la crise économique et financière de 2008, la sécurité sociale a joué un rôle majeur d'amortisseur économique et social, tant en matière de prélèvements que de dépenses. Majoritairement proportionnelles au niveau d'activité, les recettes se sont fortement contractées alors que les secondes se sont maintenues s'agissant des prestations retraite et famille, dont les déterminants ne sont pas affectés par la crise, et ont fortement progressé pour ce qui concerne la branche Maladie.
- ⑭ La diminution de l'activité économique s'est traduite par une baisse massive des prélèvements sociaux et des recettes fiscales perçus par la sécurité sociale en 2020. En effet, les ressources de la sécurité sociale proviennent pour une large part des revenus d'activité, qui ont régressé du fait de la crise. En outre, les mesures prises pour endiguer celle-ci et le ralentissement marqué de l'activité économique ont conduit de nombreuses entreprises à placer

leurs salariés en activité partielle, dont l'indemnité est exonérée de cotisations sociales et seulement soumise, comme les allocations de chômage et en tant que revenu de remplacement, à un taux de CSG réduit. Ainsi, le recours à l'activité partielle, massif au cours du deuxième trimestre 2020 et encore élevé au cours des mois suivants, associé aux pertes d'emploi consécutives à la crise, a entraîné une forte contraction de la masse salariale privée cotisée (5,7 % sur l'année) et, par conséquent, des recettes de cotisations et de la CSG. Pour préserver l'activité économique et l'emploi, le Gouvernement a mis en place un ensemble de mesures pour soutenir les entreprises et les travailleurs indépendants, qui incluent des dispositifs d'exonérations et d'aide au paiement des cotisations et contributions sociales en faveur des secteurs les plus touchés par la crise, compensés à la sécurité sociale par l'État.

- ⑮ Au total, les recettes du régime général et du FSV se sont repliées de 2,9 % en 2020, les fortes baisses sur les revenus d'activité étant quelque peu compensées par l'augmentation des recettes sur les revenus de remplacement (augmentation des indemnités journalières) et par le versement à la Caisse national d'assurance vieillesse (CNAV) de la soulte des industries électriques et gazières gérée par le Fonds de réserve des retraites (FRR) décidée par la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, pour un montant de 5,0 milliards d'euros.
- ⑯ En 2021, le dynamisme retrouvé des recettes peinerait à couvrir les dépenses supplémentaires dues à la poursuite de la crise sanitaire et aux mesures nouvelles du Ségur de la santé. La résorption du déficit du régime général et du FSV serait modérée (4,0 milliards d'euros, soit une prévision de déficit de 34,6 milliards d'euros). Les recettes connaîtraient un rebond sous l'effet de la reprise économique, soutenue par les mesures de soutien aux entreprises et par le plan de relance. Les cotisations sociales du secteur privé et la CSG augmenteraient fortement, tirées par le dynamisme attendu de la masse salariale soumise à cotisations du secteur (+6,2 %). Au total, les recettes du régime général et du FSV augmenteraient de +6,6 % à périmètre constant.
- ⑰ S'agissant des dépenses, celles de la branche Maladie ont été très fortement affectées par la crise sanitaire et leur dynamisme se poursuit au delà de celle-ci, compte tenu des décisions plus structurelles décidées dans le cadre du Ségur de la santé. Ainsi, l'ONDAM a progressé de 9,4 % en 2020, et progresserait encore de 7,4 % en 2021.
- ⑱ En 2022, le déficit du régime général et du FSV atteindrait 21,6 milliards d'euros, en très nette amélioration par rapport à 2021 (+13,0 milliards d'euros). Les dépenses nettes consolidées du régime général et du FSV ne progresseraient que de 0,8 %, sous l'effet notamment de la forte baisse des dépenses sanitaires directement liées à la covid. Parallèlement, les recettes du régime général et du FSV croîtraient de 3,9 %, soutenues par le rebond de la masse salariale du secteur privé (+6,1 %) qui entraînerait une hausse des cotisations sociales et de la CSG (+5,0 %). Enfin, l'ensemble des impôts, taxes et contributions sociales hors CSG progresserait de 2,7 %, soit un rythme inférieur à celui du PIB, en raison de la fin de l'effet favorable temporaire des mesures de restriction de déplacement sur le rendement des taxes sur les tabacs et de la non-reconduction de la contribution exceptionnelle des organismes d'assurance maladie complémentaire (0,5 milliard d'euros en 2021), visant à prendre en charge une partie des dépenses auxquelles l'assurance maladie obligatoire fait face dans le cadre de la gestion de l'épidémie.
- ⑲ Dans les projections pluriannuelles, la progression des dépenses serait proche ou légèrement inférieure à celle de l'activité à compter de 2023, hormis pour les prestations vieillesse, tirées par la reprise de l'inflation.

- ⑳ En 2023, le déficit du régime général et du FSV poursuivrait son redressement, à 14,6 milliards d'euros. Les recettes (+3,2 %) seraient encore dynamiques du fait de la conjoncture économique (croissance de 1,6 %), à l'image des cotisations sociales qui croîtraient de 3,5 %. À partir de 2023, l'évolution des dépenses ne serait plus liée à la crise sanitaire, ni portée par la montée en charge des revalorisations du Ségur : les dépenses retrouveraient un rythme lié à la démographie et au niveau des revalorisations annuelles. Aussi, les prestations de retraite progresseraient d'environ 2,0 % par an en volume et les prestations familiales croîtraient à un rythme proche de celui de l'inflation.
- ㉑ En 2024, les recettes progresseraient légèrement moins rapidement, en lien avec le ralentissement de la progression attendue de la masse salariale, alors que les dépenses suivraient les mêmes déterminants qu'en 2023. En conséquence, le solde du régime général et du FSV se porterait à -13,0 milliards d'euros, en amélioration de 1,6 milliard d'euros. En 2025, le solde serait quasiment stable (-13,3 milliards d'euros), les recettes n'accéléraient pas alors que les dépenses sont tirées à la hausse par la progression de l'inflation.
- ㉒ III. – D'ici 2025, les branches du régime général connaîtraient des évolutions très différenciées, marquées par les effets de la crise
- ㉓ **La branche Maladie** connaît une évolution structurante en 2021 du fait de la création de la branche Autonomie qui est notamment chargée de dépenses de prestations dont elle assurait jusqu'à présent le financement. De ce fait, le périmètre de ses dépenses se réduit de 25,9 milliards d'euros à ce titre, soit d'environ 10 %. À l'inverse, le niveau des dépenses structurelles de la branche Maladie s'accroît en raison des revalorisations salariales décidées dans le cadre du Ségur (10 milliards d'euros à horizon 2023 qui sont à la charge de la branche Maladie et de la branche Autonomie).
- ㉔ Après la forte évolution de la structure du financement de l'assurance maladie en 2019 (suppression de 6 points de cotisations d'assurance maladie sur les rémunérations salariées inférieures à 2,5 SMIC, compensation de l'affectation d'une fraction de la CSG sur les revenus d'activité, part de la TVA portée en contrepartie à 28 % des ressources de la branche Maladie), la création de la branche Autonomie en modifie à nouveau la structure. En effet, la branche Autonomie est dorénavant affectataire de ressources de CSG portant sur l'ensemble des revenus soumis à cette contribution, principalement en provenance de la CNAM, pour un montant correspondant aux dépenses transférées. La CSG affectée à la branche Maladie se réduira donc de 25,8 milliards d'euros. De ce fait, la CSG, qui représentait 45 % des ressources de la branche Maladie en 2018, avant qu'une fraction soit affectée à l'assurance chômage, pèsera désormais moins du quart de ses recettes totales.
- ㉕ La trajectoire pluriannuelle de l'ONDAM au-delà de 2022 conserve les hypothèses de progression prévues en loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 hors Ségur. Aucune mesure nouvelle n'étant prévue en dépenses ou en recettes, la branche Maladie resterait déficitaire de près de 15 milliards d'euros en 2025.
- ㉖ **La branche Autonomie** est affectataire, à compter de 2021, d'une nouvelle recette de CSG, à hauteur de 1,93 point, portant sur l'ensemble des revenus soumis à cette contribution (28,3 milliards d'euros) et d'une fraction de taxe sur les salaires (0,6 milliard d'euros). Cette dernière vise à neutraliser, pour la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), la charge que représente le risque de non-recouvrement de ses nouvelles recettes de CSG ainsi que sa contribution au fond national de gestion administrative de l'ACOSS.

- ②⑦ Au total, les recettes de la branche Autonomie s'élèveront à 31,8 milliards d'euros, soit un niveau proche des besoins de financement de la branche (32,2 milliards d'euros) incluant les mesures nouvelles liées à la mise en place du Ségur de la santé dans le secteur médico-social (impact de 2,2 milliards d'euros en 2021 au titre des revalorisations salariales en établissements et à domicile et de l'investissement) visant à renforcer l'attractivité et la reconnaissance des métiers du médico-social.
- ②⑧ En 2022, le déficit de la CNSA se creuserait, en dépit de recettes très dynamiques (+3,9 %). En effet, l'extension des mesures de revalorisation salariale du Ségur de la santé aux personnels des établissements accueillant des personnes en situation de handicap (accords « Laforcade ») aura un effet important sur ses dépenses. De plus, la refonte du financement des services d'aide à domicile dans le cadre du virage domiciliaire, notamment *via* l'application de tarifs plancher, contribuerait aussi à la hausse des dépenses, qui s'établirait à 4,6 %. Enfin, la CNSA financera la prestation de compensation du handicap (PCH) parentalité à partir de 2022, dépense pour laquelle elle bénéficiera d'un transfert en provenance de la branche Famille et qui sera donc sans impact sur son solde.
- ②⑨ La trajectoire en dépenses de la branche Autonomie pour 2023-2025 est en partie conventionnelle s'agissant de l'évolution des dépenses des établissements et services médico-sociaux (l'objectif global de dépenses, composante de l'ONDAM, progresserait de 2,6 % par an). Elle intègre en revanche les mesures nouvelles de la présente loi en faveur du financement des services d'aide à domicile (dépenses hors ONDAM) et la montée en charge des dépenses liées au plan d'aide à l'investissement dans les établissements médico-sociaux, pour une dépense totale de 2,1 milliards d'euros entre 2021 et 2025.
- ③⑩ En 2024, la fraction de CSG affectée à cette branche sera augmentée de 0,15 point supplémentaire (actuellement affecté à la CADES), conformément à la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 sur la dette sociale et l'autonomie. La CNSA afficherait alors un excédent de 1,6 milliard d'euros puis de 1,7 milliard d'euros en 2025 après prise en compte de la montée en charge des mesures nouvelles proposées par la présente loi.
- ③⑪ **S'agissant de la branche AT-MP**, la présente loi prévoit une hausse de 0,1 milliard d'euros du transfert à la branche Maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail, sur la base de l'avis de la commission chargée de l'évaluation de la sous-déclaration des AT-MP, qui, dans le cadre de son rapport de 2021, s'est fondée sur les dernières données épidémiologiques pour proposer une évolution de ce montant. L'excédent de la branche doublerait en 2022 (1,3 milliard d'euros après 0,6 milliard d'euros prévus en 2021). À l'horizon 2025, la progression de ses dépenses serait contenue par la baisse tendancielle liée à la prise en charge de l'amiante, alors que ses recettes bénéficieraient de la conjoncture économique favorable. Son excédent serait croissant jusqu'en 2025.
- ③⑫ **Le déficit de la branche Vieillesse du régime général** demeurerait stable en 2021 (-3,7 milliards d'euros), alors même qu'elle ne bénéficiera plus du versement exceptionnel de la soulte des industries énergétiques et gazières (IEG) (5 milliards d'euros en 2020). Les dépenses de la CNAV accélèreraient légèrement et ses recettes progresseraient de 3,0 % (7,0 % en neutralisant le versement de la soulte).
- ③⑬ En 2022, son solde s'améliorerait de 1,2 milliard d'euros malgré des prestations tirées par une revalorisation plus forte (1,1 % prévu après 0,4 % en 2021) cohérente avec les perspectives d'inflation, les recettes bénéficiant de l'amélioration de la conjoncture.

- ③④ À moyen terme, les dépenses croîtraient à un rythme supérieur à celui des recettes, notamment du fait de la plus forte inflation à compter de 2022, et de la démographie qui conduit à une progression des dépenses hors revalorisation proche de 2,0 % par an. En conséquence, le déficit de la branche retraite du régime général s'élèverait à 7,6 milliards d'euros à horizon 2025 pour le régime général et à 9,7 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base vieillesse et le FSV.
- ③⑤ **La branche Famille** renouerait avec l'excédent dès 2021, à hauteur de 1,2 milliard d'euros. Au titre de l'année 2022, une fraction de taxe sur les salaires sera transférée à la branche Maladie afin de compenser le coût lié aux indemnités journalières dérogatoires pour garde d'enfants (1,0 milliard d'euros) supportées par cette dernière.
- ③⑥ L'excédent s'améliorerait encore en 2022, et serait porté à 1,7 milliard d'euros, malgré la fin de montée en charge de la réforme du congé paternité (allongé de onze à vingt-cinq jours à compter du 1^{er} juillet 2021). Au vu de la démographie récente et de la baisse des naissances constatées ces dernières années, la dynamique des dépenses de la branche est à court terme avant tout liée à l'évolution de l'inflation. À l'horizon 2025, son excédent croîtrait, atteignant 5,4 milliards d'euros, les produits progressant globalement à un rythme proche de celui attendu de la masse salariale du secteur privé.

37

**Prévisions des recettes, dépenses et soldes du régime général,
de l'ensemble des régimes de base et du FSV**

38
39

Recettes, dépenses et soldes du régime général

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020	2021(p)	2022(p)	2023(p)	2024(p)	2025(p)
Maladie								
Recettes	210,8	215,2	208,3	200,7	208,4	214,1	218,5	223,9
Dépenses	211,5	216,6	238,8	230,7	228,1	227,8	233,3	238,7
Solde	-0,7	-1,5	-30,4	-30,0	-19,7	-13,7	-14,8	-14,8
AT-MP								
Recettes	12,7	13,2	12,1	13,1	14,0	14,6	15,1	15,6
Dépenses	12,0	12,2	12,3	12,5	12,7	13,0	13,0	13,2
Solde	0,7	1,0	-0,2	0,6	1,3	1,6	2,1	2,5
Famille								
Recettes	50,4	51,4	48,2	50,5	51,4	54,0	55,5	57,2
Dépenses	49,9	49,9	50,0	49,4	49,7	50,4	51,0	51,8
Solde	0,5	1,5	-1,8	1,2	1,7	3,6	4,5	5,4
Vieillesse								
Recettes	133,8	135,7	135,9	140,0	145,3	149,2	153,4	157,5
Dépenses	133,6	137,1	139,6	143,7	147,8	153,4	159,2	165,1
Solde	0,2	-1,4	-3,7	-3,7	-2,5	-4,2	-5,8	-7,6
Branche autonomie								
Recettes				31,8	33,3	34,2	37,6	38,5
Dépenses				32,2	34,2	35,0	36,0	36,8
Solde				-0,4	-0,9	-0,8	1,6	1,7
RG Consolidé								
Recettes	394,6	402,4	391,6	422,5	438,2	451,7	465,7	478,2
Dépenses	394,1	402,8	427,8	454,7	458,2	465,3	478,0	491,2
Solde	0,5	-0,4	-36,2	-32,3	-20,0	-13,6	-12,4	-13,0

40

④① Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base

④②

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020	2021(p)	2022(p)	2023(p)	2024(p)	2025(p)
Maladie								
Recettes	212,3	216,6	209,8	202,2	209,9	215,6	220,0	225,4
Dépenses	213,1	218,1	240,2	232,2	229,6	229,3	234,8	240,2
Solde	-0,8	-1,5	-30,5	-30,0	-19,7	-13,7	-14,8	-14,8
AT-MP								
Recettes	14,1	14,7	13,5	14,6	15,6	16,1	16,7	17,2
Dépenses	13,4	13,6	13,6	13,9	14,1	14,5	14,5	14,7
Solde	0,7	1,1	-0,1	0,7	1,4	1,7	2,2	2,5
Famille								
Recettes	50,4	51,4	48,2	50,5	51,4	54,0	55,5	57,2
Dépenses	49,9	49,9	50,0	49,4	49,7	50,4	51,0	51,8
Solde	0,5	1,5	-1,8	1,2	1,7	3,6	4,5	5,4
Vieillesse								
Recettes	236,6	240,0	241,2	246,4	253,1	258,9	265,1	271,9
Dépenses	236,7	241,3	246,1	250,4	256,6	265,6	272,8	281,6
Solde	-0,1	-1,3	-4,9	-4,0	-3,6	-5,7	-7,6	-9,7
Branche autonomie								
Recettes				31,8	33,3	34,2	37,6	38,5
Dépenses				32,2	34,2	35,0	36,0	36,8
Solde				-0,4	-0,9	-0,8	1,6	1,7
ROBSS Consolidé								
Recettes	499,9	509,1	499,3	531,3	548,4	563,9	580,0	595,1
Dépenses	499,5	509,3	536,6	563,8	569,5	578,9	594,1	610,1
Solde	0,3	-0,2	-37,3	-32,5	-21,0	-15,0	-14,1	-15,0

④③ Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse

④④

(En milliards d'euros)

		2018	2019	2020	2021(p)	2022(p)	2023(p)	2024(p)	2025(p)
FSV	Recettes	17,2	17,2	16,7	17,2	17,9	18,6	19,1	19,7
	Dépenses	19,9	18,8	19,1	19,6	19,5	19,5	19,7	20,0
	Solde	-1,8	-1,6	-2,5	-2,4	-1,6	-1,0	-0,6	-0,3

④

Recettes, dépenses et soldes du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse

⑤

(En milliards d'euros)

		2018	2019	2020	2021(p)	2022(p)	2023(p)	2024(p)	2025(p)
RG+FSV	Recettes	394,6	402,6	390,8	421,7	438,2	452,4	466,7	479,6
	Dépenses	395,8	404,5	429,4	456,3	459,8	466,9	479,7	492,8
	Solde	-1,2	-1,9	-38,7	-34,6	-21,6	-14,6	-13,0	-13,3

⑥

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

⑦

(En milliards d'euros)

		2018	2019	2020	2021(p)	2022(p)	2023(p)	2024(p)	2025(p)
ROBSS +FSV	Recettes	498,6	508,0	497,2	529,3	547,2	563,3	579,7	595,2
	Dépenses	500,0	509,7	537,0	564,1	569,8	579,3	594,5	610,5
	Solde	-1,4	-1,7	-39,7	-34,8	-22,6	-16,0	-14,8	-15,3

ANNEXE C

① **État des recettes, par catégorie et par branche, des régimes obligatoires de base et du régime général ainsi que des recettes, par catégorie, des organismes concourant au financement de ces régimes**

③ I. – Régimes obligatoires de base

④

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies professionnelles	Autonomie	Régimes de base	Fonds de solidarité vieillesse	Régimes de base et FSV
Cotisations effectives ..	78,2	146,1	32,3	14,7	0,0	269,6	0,0	269,6
Cotisations prises en charge par l'État	2,1	3,2	0,7	0,1	0,0	6,2	0,0	6,2
Cotisations fictives d'employeur	0,4	42,9	0,0	0,3	0,0	43,7	0,0	43,7
Contribution sociale généralisée	49,0	0,0	12,7	0,0	29,2	90,6	18,1	108,7
Impôts, taxes et autres contributions sociales ..	69,9	22,4	4,8	0,0	3,7	100,8	0,0	100,8
Charges liées au non recouvrement	-0,7	-0,7	-0,1	-0,2	-0,2	-1,9	-0,1	-2,1
Transferts	3,2	38,5	0,2	0,1	0,6	29,9	0,0	10,8
Produits financiers	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2
Autres produits	7,6	0,5	0,8	0,4	0,0	9,3	0,0	9,3
Recettes	209,9	253,1	51,4	15,6	33,3	548,4	17,9	547,2

⑤ II. – Régime général

⑥

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies professionnelles	Autonomie	Régime général	Fonds de solidarité vieillesse	Régimes général et FSV
Cotisations effectives ..	77,5	95,1	32,3	13,7	0,0	216,9	0,0	216,9
Cotisations prises en charge par l'État	2,1	2,9	0,7	0,1	0,0	5,9	0,0	5,9
Cotisations fictives d'employeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée	49,0	0,0	12,7	0,0	29,2	90,6	18,1	108,7
Impôts, taxes et autres contributions sociales..	69,9	18,0	4,8	0,0	3,7	96,3	0,0	96,3
Charges liées au non recouvrement.....	-0,7	-0,6	-0,1	-0,2	-0,2	-1,8	-0,1	-1,9
Transferts	3,2	29,5	0,2	0,0	0,6	21,3	0,0	3,5
Produits financiers	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	8,8
Autres produits	7,3	0,3	0,8	0,4	0,0	8,8	0,0	8,8
Recettes	208,4	145,3	51,4	14,0	33,3	438,2	17,9	438,2

⑦ III. – Fonds de solidarité vieillesse

⑧

(En milliards d'euros)

	Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives	0,0
Cotisations prises en charge par l'État	0,0
Cotisations fictives d'employeur	0,0
Contribution sociale généralisée	18,1
Impôts, taxes et autres contributions sociales	0,0
Charges liées au non recouvrement.....	-0,1
Transferts	0,0
Produits financiers.....	0,0
Autres produits.....	0,0
Recettes.....	17,9

