



TEXTE ADOPTÉ n° 515
« Petite loi »

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

SESSION ORDINAIRE DE 2020-2021

30 novembre 2020

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2021,

(Texte définitif)

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

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 1^{re} lecture : **3397, 3432, 3434** et T.A. **490**.
Commission mixte paritaire : **3577**.
Nouvelle lecture : **3551, 3587** et T.A. **505**.
Lecture définitive : **3601**.

Sénat : 1^{re} lecture : **101, 107, 106** et T.A. **22** (2020-2021).
Commission mixte paritaire : **133** et **134** (2020-2021).
Nouvelle lecture : **151, 155** et T.A. **27** (2020-2021).

PREMIÈRE PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2019

Article 1^{er}

Au titre de l'exercice 2019, sont approuvés :

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

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie.....	216,6	218,1	-1,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,7	13,6	1,1
Vieillesse	240,0	241,3	-1,3
Famille.....	51,4	49,9	1,5
Toutes branches (hors transferts entre branches)	509,1	509,3	-0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	508,0	509,7	-1,7

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

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie.....	215,2	216,6	-1,5
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	13,2	12,2	1,0
Vieillesse	135,7	137,1	-1,4
Famille.....	51,4	49,9	1,5
Toutes branches (hors transferts entre branches)	402,4	402,8	-0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	402,6	404,5	-1,9

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

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse.....	17,2	18,8	-1,6

4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 200,2 milliards d'euros ;

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

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

7° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 16,3 milliards d'euros.

Article 2

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2019, 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 2019 figurant à l'article 1^{er}.

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2020

Article 3

I. – Il est institué, au titre de l'année 2020, une contribution exceptionnelle à la prise en charge des dépenses liées à la gestion de l'épidémie de covid-19. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.

Cette contribution est due par les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale en activité au 31 décembre 2020.

La contribution est assise sur l'ensemble des sommes versées en 2020, au titre des cotisations d'assurance maladie complémentaire, au profit de ces organismes selon les modalités définies au I et au dernier alinéa du II *bis* du même article L. 862-4, à l'exception des garanties mentionnées au 4° du même II *bis*.

Le taux de la contribution est fixé à 2,6%.

La contribution est recouvrée par l'organisme désigné pour le recouvrement de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, concomitamment au recouvrement de cette même taxe. Elle est déclarée et liquidée au plus tard le 31 janvier 2021. Elle peut faire l'objet d'une régularisation annuelle selon les mêmes modalités que la contribution mentionnée au même article L. 862-4, au plus tard le 30 juin 2021.

Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions prévues au premier alinéa de l'article L. 862-5 du même code.

II. – Au 4° du II *bis* de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, les mots : « au 5° de l'article L. 321-1 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 321-1 ».

Article 4

I. – Par dérogation à l'article L. 14-10-1 et au IV de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, et à titre exceptionnel pour 2020, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie finance une aide aux départements pour le financement de la prime exceptionnelle mentionnée à l'article 11 de la loi n° 2020-473 du 25 avril 2020 de finances rectificative pour 2020 pour les personnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, dans la limite de 80 millions d'euros.

Cette aide est financée par des crédits prélevés, pour une partie, sur ceux mentionnés au c de l'article L. 14-10-9 du même code et, pour le solde, par les fonds propres de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Elle est répartie entre les départements en fonction des dernières données disponibles portant sur le volume total d'activité réalisée par les services d'aide et d'accompagnement à domicile au titre des allocations prévues aux articles L. 231-1, L. 232-1 et L. 245-1 dudit code. Elle est versée aux départements dans la limite de la moitié du montant de prime exceptionnelle financé par chacun d'entre eux.

II. – Le XI de l'article 25 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 est abrogé.

III. – Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard le 1^{er} mars 2021, un rapport d'information sur l'attribution de l'aide mentionnée au I du présent article, précisant les ventilations entre les publics notamment et plus

largement les personnels mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ainsi que les départements bénéficiaires.

Article 5

Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport dressant le bilan de l'expérimentation de la réforme du financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile, financée en 2019 par une contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie de 50 millions d'euros, conformément à l'article 26 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

Article 6

Sont ratifiés :

1° Le décret n° 2020-327 du 25 mars 2020 portant relèvement du plafond des avances de trésorerie au régime général de sécurité sociale ;

2° Le décret n° 2020-603 du 20 mai 2020 portant relèvement du plafond du recours aux ressources non permanentes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Article 7

Le montant des cotisations et contributions que l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale verse à chaque organisme attributaire en application du 5° de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale comprend les cotisations et contributions acquittées au moyen de l'aide au paiement prévue au II de l'article 65 de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020 et au II de l'article 9 de la présente loi.

Il en va de même du montant des cotisations et contributions que la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole enregistre dans les comptes des régimes de protection sociale agricole au titre des opérations effectuées par les caisses de mutualité sociale agricole pour leur propre compte ou pour le compte de tiers ainsi que du montant des cotisations et contributions versé soit par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, soit par les caisses de mutualité sociale agricole à ces tiers.

Les charges résultant de l'application du présent article pour l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et pour la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole sont compensées par l'État.

Article 8

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

1° Au 2° de l'article L. 131-2, le mot : « , versées » est remplacé par le mot : « versés » ;

2° Au *b* du 2° de l'article L. 135-2, la référence : « , L. 5423-7 » est supprimée et les mots : « des allocations spéciales mentionnées au 2° de l'article L. 5123-2 » sont remplacés par les mots : « de l'indemnité horaire mentionnée au II de l'article L. 5122-1 » ;

3° Le 4° du II de l'article L. 136-1-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « et avantages attachés à la cessation d'activité, versés aux travailleurs privés d'emploi, totalement ou partiellement, hors ceux mentionnés au 3° de l'article L. 131-2 du présent code, perçus » sont remplacés par le mot : « perçues » ;

b) Au second alinéa, après le mot : « allocations », sont insérés les mots : « ainsi que sur les avantages mentionnés au 2° de l'article L. 131-2 » ;

c) Au même second alinéa, les mots : « le montant net de celles-ci » sont remplacés par les mots : « leur montant net » et le mot : « perçue » est remplacé par les mots : « ou de l'avantage perçu » ;

4° À la fin du 3° du I de l'article L. 136-2, les mots : « de chômage mentionnées au I de l'article L. 136-1-2 » sont remplacés par les mots : « et avantages mentionnés au *a* du 1° du II de l'article L. 136-8 » ;

5° L'article L. 136-8 est ainsi modifié :

a) Le 1° du II est ainsi rédigé :

« 1° Sont assujettis à la contribution au taux de 6,2 % :

« *a)* Les allocations de chômage et les avantages mentionnés au 2° de l'article L. 131-2 ;

« b) Les indemnités journalières et allocations versées par les organismes de sécurité sociale ou, pour leur compte, par les employeurs, à l'occasion de la maladie, de la maternité ou de la paternité et de l'accueil de l'enfant, des accidents du travail et des maladies professionnelles ;

« c) Les allocations mentionnées aux articles L. 168-1 et L. 168-8 ; »

b) Au premier alinéa du III, les mots : « aux 1° et 4° » sont remplacés par les mots : « au 1° et au premier alinéa du 4° » ;

c) À la première phrase du 2° du III, après le mot : « inférieurs », sont insérés les mots : « ou égaux » ;

6° Le 2° de l'article L. 351-3 est ainsi modifié :

a) Les mots : « , aux 2° et 4° de l'article L. 5123-2 » sont supprimés ;

b) Les mots : « aux articles L. 5122-4 et L. 5123-6 du code du travail » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 5123-6 dudit code » ;

c) Les mots : « ou de l'allocation de congé-solidarité mentionnée à l'article 15 de la loi n° 2000-1207 du 13 décembre 2000 d'orientation pour l'outre-mer » sont supprimés ;

d) Sont ajoutés les mots : « ou de l'indemnité horaire mentionnée au II de l'article L. 5122-1 du code du travail ».

II. – Le 8° de l'article L. 5552-16 code des transports est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « , avant d'avoir atteint un âge fixé par décret en Conseil d'État, » sont supprimés ;

2° Il est ajouté un e ainsi rédigé :

« e) L'indemnité d'activité partielle mentionnée à l'article 10 bis de l'ordonnance n° 2020-346 du 27 mars 2020 portant mesures d'urgence en matière d'activité partielle ; ».

III. – Le code du travail est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa de l'article L. 1233-71 est complété par les mots : « , pouvant être portés à vingt-quatre mois en cas de formation de reconversion professionnelle » ;

2° La seconde phrase du dernier alinéa de l'article L. 1233-72 est ainsi rédigée : « Les dispositions de l'article L. 5122-4 sont applicables à cette rémunération. » ;

3° Le second alinéa de l'article L. 1237-18-3 est ainsi rédigé :

« Cette rémunération est soumise, dans la limite des douze premiers mois du congé pouvant être portés à vingt-quatre mois en cas de formation de reconversion professionnelle, au même régime social que celui de l'allocation versée au bénéficiaire du congé de reclassement prévue au dernier alinéa de l'article L. 1233-72. » ;

4° Le premier alinéa de l'article L. 5122-4 est ainsi rédigé :

« L'indemnité légale d'activité partielle est un revenu de remplacement au sens de l'article L. 136-1-2 du code de la sécurité sociale et est assujettie à la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 du même code dans les conditions définies au 1° du II de l'article L. 136-8 dudit code. Le régime fiscal applicable aux contributions mentionnées à l'article L. 5422-10 du présent code est applicable à l'indemnité versée au salarié. » ;

5° À la fin de la première phrase du premier alinéa de l'article L. 5422-10, les mots : « ne sont passibles ni du versement forfaitaire sur les salaires ni des cotisations et des contributions de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « sont exclues de l'assiette de la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 du code de la sécurité sociale » ;

6° Au second alinéa du même article L. 5422-10, après la référence : « L. 5422-9 », sont insérés les mots : « du présent code ».

IV. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale, les indemnités complémentaires aux indemnités légales d'activité partielle dues au titre des périodes d'emploi de l'année 2021 par l'employeur en application d'un accord collectif ou d'une décision unilatérale sont assujetties aux prélèvements sociaux sur les revenus de remplacement définis à l'article L. 136-1-2 du même code dans les mêmes conditions que les indemnités légales.

Par dérogation au premier alinéa du présent IV, lorsque la somme de l'indemnité légale d'activité partielle et de l'indemnité complémentaire versée par l'employeur en application d'un accord collectif ou d'une décision unilatérale est supérieure à 3,15 fois la valeur horaire du salaire minimum de croissance, la part de l'indemnité complémentaire à l'indemnité légale versée au delà de ce montant est assujettie aux contributions et

cotisations sociales applicables aux revenus d'activité dans les conditions définies aux articles L. 136-1-1 et L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

V. – Le 2° de l'article 8 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte est complété par les mots : « ou de l'indemnité horaire mentionnée au II de l'article L. 5122-1 du même code ».

VI. – L'article 11 de la loi n° 2020-734 du 17 juin 2020 relative à diverses dispositions liées à la crise sanitaire, à d'autres mesures urgentes ainsi qu'au retrait du Royaume-Uni de l'Union européenne est abrogé à compter du 19 juin 2020.

VII. – Les 1° et 3° à 5° du I ainsi que le III s'appliquent aux avantages dus à compter du 1^{er} janvier 2021.

VIII. – Les 2° et 6° du I, le II et le V sont applicables aux périodes de perception de l'indemnité horaire mentionnée au II de l'article L. 5122-1 du code du travail et des indemnités d'activité partielle mentionnées aux articles 7 et 10 *bis* de l'ordonnance n° 2020-346 du 27 mars 2020 portant mesures d'urgence en matière d'activité partielle à compter du 1^{er} mars 2020 pour les pensions de retraite prenant effet à compter du 12 mars 2020.

Par dérogation au premier alinéa du présent VIII, le 1° du II est applicable à compter du 1^{er} janvier 2021 aux autres périodes mentionnées au 8° de l'article L. 5552-16 du code des transports que celles de perception de l'indemnité horaire mentionnée au II de l'article L. 5122-1 du code du travail et de l'indemnité d'activité partielle mentionnée à l'article 10 *bis* de l'ordonnance n° 2020-346 du 27 mars 2020 précitée.

Article 9

I. – A. – Les employeurs mentionnés au B du présent I bénéficient, dans les conditions prévues au présent article, d'une exonération totale des cotisations et contributions sociales mentionnées au I de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, à l'exception des cotisations affectées aux régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires, dues au titre des rémunérations des salariés mentionnés au II du même article L. 241-13, déterminées en application de l'article L. 242-1 du même code ou de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime.

B. – Sont éligibles à l'exonération prévue au A :

1° Les employeurs dont l'effectif est inférieur à deux cent cinquante salariés qui ont été particulièrement affectés par les conséquences économiques et financières de la propagation de l'épidémie de covid-19 et qui exercent leur activité principale :

a) Dans les secteurs du tourisme, de l'hôtellerie, de la restauration, du sport, de la culture, du transport aérien, de l'évènementiel ;

b) Dans des secteurs d'activités dont l'activité dépend de celle de ceux mentionnés au a du présent 1°.

Le bénéfice de l'exonération est réservé à ceux parmi ces employeurs qui, au cours du mois suivant celui au titre duquel l'exonération est applicable, ont fait l'objet de mesures d'interdiction d'accueil du public, à l'exception des activités de livraison, de retrait de commande ou de vente à emporter, prises dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire en application de l'article L. 3131-15 du code de la santé publique ou qui ont constaté une baisse de chiffre d'affaires d'au moins 50 % par rapport à la même période de l'année précédente. Un décret prévoit, notamment pour les activités présentant une forte saisonnalité, les modalités d'appréciation de la baisse de chiffre d'affaires ;

2° Les employeurs dont l'effectif est inférieur à cinquante salariés, qui exercent leur activité principale dans d'autres secteurs que ceux mentionnés au 1° du présent B et qui, au cours du mois suivant celui au titre duquel l'exonération est applicable, ont fait l'objet d'une interdiction d'accueil du public affectant de manière prépondérante la poursuite de leur activité, à l'exception des activités de livraison, de retraite de commande ou de vente à emporter.

C. – L'exonération prévue au présent article est applicable aux cotisations et contributions dues par les employeurs mentionnés au 1° du B au titre des périodes d'emploi courant à compter du 1^{er} septembre 2020 à condition, pour ceux mentionnés au a du même 1°, qu'ils exercent leur activité dans un lieu concerné par les mesures de réglementation ou d'interdiction de la circulation des personnes ou d'accueil du public prises dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire en application de l'article L. 3131-15 du code de la santé publique avant le 30 octobre 2020. Pour les employeurs exerçant dans un lieu concerné par ces mesures à compter du 30 octobre, y compris pour ceux établis dans les départements d'outre-mer où ces mesures ne sont pas applicables, l'exonération prévue au présent article est applicable aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'emploi courant à compter du 1^{er} octobre 2020.

Cette exonération est applicable pour une période maximale de trois mois, et au plus tard pour les périodes d'emploi courant jusqu'au 30 novembre 2020.

D. – L'exonération est appliquée sur les cotisations et contributions sociales mentionnées au présent I restant dues après application de toute exonération totale ou partielle de cotisations sociales, de taux spécifiques, d'assiettes ou de montants forfaitaires de cotisations. Elle est cumulable avec l'ensemble de ces dispositifs.

E. – Pour les clubs sportifs professionnels, le bénéfice de l'exonération applicable au titre des périodes d'emploi prévues au C n'est pas soumis aux conditions mentionnées au dernier alinéa du 1° du B.

II. – Les employeurs mentionnés au I du présent article bénéficient d'une aide au paiement de leurs cotisations et contributions sociales, égale à 20 % du montant des rémunérations des salariés mentionnés au II de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, déterminées en application de l'article L. 242-1 du même code ou de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime, dues au titre des périodes d'emploi mentionnées au C du I du présent article.

L'aide est imputable sur l'ensemble des sommes dues aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 725-3 du code rural et de la pêche maritime ainsi qu'à l'organisme mentionné au e de l'article L. 5427-1 du code du travail au titre des années 2020 et 2021, après application de l'exonération mentionnée au I du présent article et de toute autre exonération totale ou partielle applicable. Pour l'application des articles L. 131-7, L. 133-4-2 et L. 242-1-1 du code de la sécurité sociale, cette aide est assimilée à une mesure de réduction.

L'aide n'est pas applicable aux rémunérations au titre des périodes d'emploi pour lesquelles s'applique l'aide prévue au II de l'article 65 de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020.

III. – Lorsqu'ils satisfont aux conditions d'activité principale, de lieu d'exercice de l'activité et de fermeture ou de baisse de chiffre d'affaires mentionnées au I du présent article, les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 611-1 du code de la sécurité sociale qui n'ont pas exercé l'option prévue à l'article L. 613-7 du même code et les travailleurs non-salariés agricoles mentionnés aux articles L. 722-4 et L. 781-9 du code rural et de la pêche maritime bénéficient d'une réduction des cotisations et

contributions de sécurité sociale. Le montant de la réduction est fixé, pour chacun de ces secteurs, par décret.

Cette réduction peut porter, dans des conditions prévues par décret, sur les cotisations dues au titre de l'année 2020 ou de l'année suivante. Elle s'applique dans la limite des montants dus aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 723-1 du code rural et de la pêche maritime au titre de cet exercice. Pour déduire de leurs cotisations provisionnelles mentionnées à l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale exigibles la réduction prévue au premier alinéa du présent III, les travailleurs indépendants peuvent appliquer au revenu estimé qu'ils déclarent en application de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale un abattement dont le montant est fixé par décret. Les majorations de retard prévues au même avant-dernier alinéa ne sont pas applicables au titre des revenus de l'année 2021.

Dans les mêmes conditions, et lorsque l'entreprise dont ils sont mandataires satisfait aux conditions d'effectif mentionnées au I du présent article, les mandataires sociaux mentionnés aux 11°, 12°, 13°, 22° et 23° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale ou aux 8° et 9° de l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime bénéficient d'une réduction des cotisations et contributions dues au titre de l'année 2020 ou de l'année 2021, dont le montant et les modalités d'imputation sur les sommes dues sont fixées par décret.

IV. – Lorsqu'ils satisfont aux conditions d'activité principale, de lieu d'exercice de l'activité et de fermeture ou baisse du chiffre d'affaires mentionnées au I, les travailleurs indépendants relevant du dispositif mentionné à l'article L. 613-7 du code de la sécurité sociale peuvent déduire des montants de chiffre d'affaires ou de recettes déclarés au titre des échéances mensuelles ou trimestrielles de l'année 2021 les montants correspondant au chiffre d'affaires ou aux recettes réalisés au titre des périodes mentionnées au C du I du présent article.

V. – Lorsqu'ils satisfont à la condition de baisse de chiffre d'affaires mentionnée au I, appréciée au regard de la baisse de l'assiette déclarée aux organismes de recouvrement mentionnés à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale, les artistes-auteurs mentionnés à l'article L. 382-1 du même code bénéficient d'une réduction des cotisations et contributions de sécurité sociale. Le montant de la réduction est fixé par décret et tient compte de leur revenu artistique en 2019, dans les conditions prévues au V de l'article 65 de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 précitée. Ce montant tient également compte du niveau de la baisse de chiffre d'affaires, appréciée sur l'ensemble de l'année 2020.

Cette réduction peut porter, dans des conditions prévues par décret, sur les cotisations dues au titre de l'année 2020 ou de l'année suivante.

VI. – Le cotisant ne peut bénéficier des dispositions des I à IV du présent article en cas de condamnation en application des articles L. 8221-1, L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail au cours des cinq années précédentes.

VII. – Le présent article est applicable à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon, sous réserve des adaptations liées aux modalités d'application du régime de sécurité sociale dans ces collectivités.

VIII. – L'article 65 de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020 est ainsi modifié :

1° À la première phrase du second alinéa du II, les mots : « de l'année 2020 » sont remplacés par les mots : « des années 2020 et 2021 » ;

2° Le VI est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« VI. – Sans préjudice des dispositions des I à III du présent article, les employeurs ou les travailleurs indépendants peuvent bénéficier de plans d'apurement conclus avec les organismes de recouvrement. » ;

b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, les mots : « 30 juin » sont remplacés par les mots : « 31 décembre » ;

– à la fin de la seconde phrase, la date : « 31 octobre 2020 » est remplacée par la date : « 30 septembre 2021 » ;

– est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Pour les travailleurs non-salariés agricoles, ces plans peuvent inclure les dettes constatées au 30 avril 2021. » ;

c) La première phrase du quatrième alinéa est ainsi rédigée : « Les directeurs des organismes de recouvrement peuvent adresser des propositions de plans d'apurement jusqu'à trois mois après les dates mentionnées au deuxième alinéa du présent VI. »

IX. – Un décret peut prolonger les périodes prévues au C du I au plus tard jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel l'état d'urgence sanitaire prend fin ou, pour les employeurs pour lesquels l'interdiction d'accueil du public aurait été prolongée au delà de cette date, jusqu'au dernier jour du

mois au cours duquel l'interdiction d'accueil du public prend fin. Le cas échéant, ce décret précise les conditions dans lesquelles ceux des employeurs mentionnés au B du même I dont l'activité reste particulièrement affectée par les conséquences économiques et financières de la propagation de l'épidémie de covid-19 ou par les mesures d'interdiction d'accueil du public peuvent continuer de bénéficier de tout ou partie des réductions ou des aides prévues au présent article. Ce décret peut notamment retenir, dans ce cadre, une condition de baisse de chiffre d'affaires supérieure à celle prévue audit I. Il peut également reporter les dates mentionnées au deuxième alinéa du VI de l'article 65 de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 précitée au plus tard jusqu'au dernier jour de la période d'emploi du mois suivant la fin de l'état d'urgence sanitaire.

Article 10

Au titre de l'année 2020, sont rectifiés :

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

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	205,6	239,3	-33,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,5	13,9	-0,4
Vieillesse.....	236,6	247,0	-10,3
Famille	46,9	50,4	-3,5
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	489,1	536,9	-47,8
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	486,7	537,4	-50,7

;

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

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	204,1	237,8	-33,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,0	12,4	-0,4
Vieillesse.....	132,0	140,6	-8,6
Famille	46,9	50,4	-3,5
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	382,0	428,1	-46,1
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	380,8	429,8	-49,0

;

4° Les prévisions de recettes, les prévisions de dépenses et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	16,7	19,7	-2,9

;

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

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

7° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, qui est fixé à 15,9 milliards d'euros.

Article 11

Au titre de l'année 2020, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs sont rectifiés ainsi qu'il suit :

(En milliards d'euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville.....	93,8
Dépenses relatives aux établissements de santé.....	90,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées.....	12,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées...	12,0
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional.....	3,9
Autres prises en charge	7,2
Total.....	218,9

Article 12

Au I de l'article 86 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, le montant : « 649 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 449 millions d'euros ».

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2021

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE

CHAPITRE I^{ER}

Tenir compte de la crise de la covid-19

Article 13

Il est institué au titre de l'année 2021 une contribution exceptionnelle à la prise en charge des dépenses liées à la gestion de l'épidémie de covid-19. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.

Cette contribution est due par les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale en activité au 31 décembre 2021.

La contribution est assise sur l'ensemble des sommes versées en 2021, au titre des cotisations d'assurance maladie complémentaire, au profit de ces organismes selon les modalités définies au I et au dernier alinéa du II *bis* du même article L. 862-4, à l'exception des garanties mentionnées au 4° du même II *bis*.

Le taux de la contribution est fixé à 1,3 %.

La contribution est recouvrée par l'organisme désigné pour le recouvrement de la taxe mentionnée audit article L. 862-4, concomitamment au recouvrement de cette même taxe. Elle est déclarée et liquidée au plus tard le 31 janvier 2022. Elle peut faire l'objet d'une régularisation annuelle selon les mêmes modalités que la contribution mentionnée au même article L. 862-4, au plus tard le 30 juin 2022.

Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions prévues au premier alinéa de l'article L. 862-5 du code de la sécurité sociale.

Article 14

I. – La Caisse nationale de l'assurance maladie reprend, au plus tard le 31 mars 2021, les réserves du régime de prévoyance de la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF constatées au 31 décembre 2020.

II. – Sont prélevées, au plus tard le 31 mars 2021, au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie, une somme de 40 millions d'euros sur les réserves du fonds national de gestion technique des agents en activité et de leurs ayants droit de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières et une somme de 135 millions d'euros sur les réserves du fonds national de gestion technique des agents en inactivité, des pensionnés de tous ordres et de leurs ayants droit de la même caisse.

Le recouvrement de ce prélèvement est régi par les règles applicables en matière de taxes sur le chiffre d'affaires.

Article 15

Le premier alinéa de l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase, les mots : « à intervalles qui ne peuvent être inférieurs au semestre ni supérieurs à l'année et » sont remplacés par les mots : « annuellement et revalorisé » ;

2° La seconde phrase est ainsi rédigée : « Le montant du plafond, qui ne peut être inférieur à celui de l'année précédente, est arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale. »

Article 16

Au 4° du III de l'article 8 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, la date : « 1^{er} janvier 2021 » est remplacée par la date : « 1^{er} janvier 2023 ».

Article 17

I. – L'article L. 241-14 du code de sécurité sociale est ainsi rétabli :

« *Art. L. 241-14.* – I. – Les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des assurances sociales et des allocations familiales, les cotisations dues

au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionnées à l'article L. 241-13, à l'exception des cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires, qui sont assises sur des gains et rémunérations tels que définis à l'article L. 242-1 du présent code ou à l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime font l'objet d'une exonération totale ou partielle, dans les conditions prévues au II du présent article.

« II. – Cette exonération est assise au titre de l'année 2021 sur les revenus d'activité versés aux salariés mentionnés au 1° et aux 6° à 10° de l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime exerçant leur activité principale dans le secteur culture de la vigne mentionné à l'annexe II du décret n° 2020-371 du 30 mars 2020.

« Elle est appliquée sur le montant de cotisations et contributions sociales mentionnées au I du présent article restant dues après application de la réduction prévue au I de l'article L. 241-13 du présent code ou de toute autre exonération de cotisations sociales ou de taux spécifiques, d'assiettes et de montants forfaitaires de cotisations, à hauteur de :

« 1° 100 % pour les entreprises qui ont constaté une baisse de chiffre d'affaires en 2020 d'au moins 60 % par rapport à l'année précédente ;

« 2° 50 % pour les entreprises qui ont constaté une baisse de chiffre d'affaires en 2020 d'au moins 40 % par rapport à l'année précédente ;

« 3° 25 % pour les entreprises qui ont constaté une baisse de chiffre d'affaires en 2020 d'au moins 20 % par rapport à l'année précédente.

« Une remise peut être accordée par le directeur de l'organisme de recouvrement dont relèvent les travailleurs à ceux des employeurs dont l'activité a été réduite au cours de la période d'activité par rapport à la même période de l'année précédente et qui ne peuvent pas bénéficier du présent dispositif d'exonération. Le niveau de la remise ne peut excéder le sixième des sommes dues au titre de l'année 2020.

« La réduction d'activité est appréciée selon les modalités définies par décret pour le bénéfice du fonds de solidarité à destination des entreprises particulièrement touchées par les conséquences économiques, financières et sociales de la propagation de l'épidémie de covid-19.

« III. – Les conditions de la mise en œuvre du présent article sont fixées par décret. »

II. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant du I 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.

Article 18

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

1° Le *f* du 4° du III de l'article L. 136-1-1 est ainsi rétabli :

« *f*) Afin de favoriser le développement du sport en entreprise, les avantages que représentent pour ses salariés la mise à disposition par l'employeur d'équipements sportifs à usage collectif et le financement de prestations sportives à destination de l'ensemble de ses salariés, dans des conditions et limites prévues par décret ; »

2° Le 8° du II de l'article L. 242-1, dans sa rédaction résultant de l'article 102 de la loi n° 2020-1525 du 7 décembre 2020 d'accélération et de simplification de l'action publique, est abrogé.

II. – Le I du présent article entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} mars 2021.

Article 19

I. – À la fin du 1° du B du III de l'article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « et de la production audiovisuelle » sont supprimés.

II. – Le I s'applique aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'emploi courant à compter du 1^{er} janvier 2021.

Article 20

I. – 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 ainsi modifié :

1° À la fin du premier alinéa, les mots : « ainsi que pour les retenues pour pension dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État » sont supprimés ;

2° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« L'indemnité de feu est assujettie aux retenues et contributions supportées au titre des pensions par les intéressés et leurs collectivités employeurs dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. La retenue pour pension supportée par les intéressés peut, en tant que de besoin, être majorée dans les mêmes conditions pour couvrir les dépenses supplémentaires résultant des dispositions de la présente loi pour la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales. » ;

3° Le dernier alinéa est supprimé.

II. – Le I est applicable aux indemnités perçues à compter du 1^{er} janvier 2021.

Article 21

I. – Après le 5° du C du V de l'article 8 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, il est inséré un 5° *bis* ainsi rédigé :

« 5° *bis* À la fraction de revenus mentionnés au 7° du II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale attachés aux sommes versées antérieurement au 1^{er} janvier 2018, acquise ou constatée avant la date du transfert prévu au 6° du I et aux IV et VI de l'article L. 224-40 du code monétaire et financier ou de la transformation prévue au V du même article L. 224-40 d'un plan d'épargne pour la retraite collectif mentionné à l'article L. 3334-1 du code du travail vers un plan d'épargne retraite d'entreprise collectif mentionné à l'article L. 224-14 du code monétaire et financier, lorsque ce transfert est opéré avant le 1^{er} janvier 2023 ; ».

II. – La fraction de revenus mentionnée au 5° *bis* du C du V de l'article 8 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, les sommes versées auxquelles elles se rattachent, les années de leur constatation ainsi que les montants des prélèvements sociaux sur les revenus du capital qui s'y attachent, tels que calculés en application du même 5° *bis*, sont consignés par l'assureur ou le gestionnaire du contrat.

En cas de changement d'assureur ou de gestionnaire, l'assureur ou le gestionnaire d'origine communique à l'assureur ou au gestionnaire destinataire les informations mentionnées au premier alinéa du présent II.

CHAPITRE II

Poursuivre les simplifications pour les acteurs de l'économie

Article 22

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

1° Le cinquième alinéa de l'article L. 114-19 est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Les données ainsi obtenues peuvent faire l'objet d'une interconnexion avec les données des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 au titre de l'accomplissement de leurs missions de contrôle et de lutte contre le travail dissimulé. Les modalités de l'interconnexion sont définies par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. » ;

2° Au III de l'article L. 131-6-4, après le mot : « cotisations », sont insérés les mots : « , ni avec celui prévu au 37° de l'article L. 311-3, » ;

3° L'article L. 311-3 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du 35°, les mots : « les seuils mentionnés aux *a* et *b* du 1° du I de l'article 293 B » sont remplacés par les mots : « le seuil mentionné au premier alinéa du 1 de l'article 102 *ter* » ;

b) Après le 36°, il est inséré un 37° ainsi rédigé :

« 37° Les particuliers qui vendent des biens neufs qu'ils ont confectionnés ou achetés pour les revendre ou qui fournissent des services rémunérés de manière ponctuelle et qui exercent l'option pour relever du régime général, dès lors que leurs recettes annuelles ne dépassent pas un montant de 1 500 €. Les cotisations et contributions de sécurité sociale dues par ces personnes sont calculées sur une assiette constituée de leurs recettes diminuées d'un abattement forfaitaire fixé par décret, qui ne peut pas être inférieur à l'abattement prévu au premier alinéa du 1 de l'article 102 *ter* du code général des impôts ni supérieur au plus élevé des abattements prévus à la première phrase du cinquième alinéa du 1 de l'article 50-0 du même code. Lorsque le montant mentionné à la première phrase du présent 37° est dépassé au titre de deux années consécutives, ou le triple de ce montant au titre d'une même année, l'option cesse d'être applicable à compter de l'année suivante. » ;

4° Au 6° de l'article L. 611-1, les mots : « au 7° » sont remplacés par les mots : « au 5° » et les mots : « 1° du » sont supprimés.

II. – Le 37° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale est applicable aux cotisations et contributions dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2022.

Article 23

Au 3° de l'article L. 142-1 du code de la sécurité sociale, après la référence : « L. 3253-18, », est insérée la référence : « L. 5212-9, ».

Article 24

L'article L. 713-13 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :

« *Art. L. 713-13.* – Les articles L. 376-1 à L. 376-4 et L. 454-1 à L. 454-2 sont applicables pour les assurés qui relèvent du présent régime. »

Article 25

I. – A. – L'article L. 731-13-2 du code rural et de la pêche maritime est ainsi rédigé :

« *Art. L. 731-13-2.* – I. – Les personnes mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 731-23 ont l'obligation de déclarer par voie dématérialisée les éléments nécessaires au calcul de leurs cotisations et contributions sociales dans le cadre de la souscription de la déclaration prévue à l'article 170 du code général des impôts selon les modalités déterminées au même article 170. Dans les cas où la déclaration mentionnée audit article 170 n'est pas souscrite dans les conditions mentionnées à la première phrase du présent alinéa, les personnes mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 731-23 sont tenues d'effectuer la déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales par voie dématérialisée auprès des caisses de mutualité sociale agricole dont elles relèvent.

« Toutefois, peuvent procéder à ces mêmes formalités sur support papier les personnes qui, en application de l'article 1649 *quater* B *quinquies* du code général des impôts, ne sont pas tenues d'effectuer par voie dématérialisée la déclaration prévue à l'article 170 du même code.

« Les caisses de mutualité sociale agricole mentionnées à l'article L. 723-1 du présent code reçoivent de l'administration fiscale, à leur demande ou à celle des personnes mentionnées au premier alinéa du présent I, les informations nominatives nécessaires au calcul des cotisations et contributions.

« Le numéro d’inscription au répertoire national d’identification des personnes physiques peut être utilisé pour les échanges prévus au présent I. Les modalités selon lesquelles ces échanges sont réalisés sont déterminées par un décret en Conseil d’État.

« II. – Les personnes mentionnées au premier alinéa du I procèdent par voie dématérialisée au versement des cotisations et contributions sociales.

« III. – La méconnaissance de l’obligation de déclaration ou de versement par voie dématérialisée définie au premier alinéa du I et au II du présent article entraîne l’application de la majoration prévue, dans l’un ou l’autre cas, au II de l’article L. 133-5-5 du code de la sécurité sociale. »

B. – L’article L. 731-13-2 du code rural et de la pêche maritime dans sa rédaction résultant du présent I est applicable à compter des déclarations transmises en 2022 au titre des revenus de l’année 2021.

II. – A. – Après le deuxième alinéa du IV de l’article 19 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« À Saint-Barthélemy, les mêmes articles L. 613-2 et L. 613-5 restent applicables, dans leur rédaction antérieure à la présente loi, jusqu’aux déclarations transmises en 2022 au titre des revenus de l’année 2021. »

B. – Au troisième alinéa de l’article L. 752-1 du code de la sécurité sociale, la référence : « L. 611-1, » est supprimée.

III. – L’article L. 613-2 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 2020, est complété par un IV ainsi rédigé :

« IV. – La méconnaissance de l’obligation de déclaration ou de versement par voie dématérialisée définie au premier alinéa du I et aux II et III du présent article entraîne l’application de la majoration prévue, dans l’un ou l’autre cas, au II de l’article L. 133-5-5 du code de la sécurité sociale. »

Article 26

L’article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa du III, après la première occurrence du mot : « travail », sont insérés les mots : « ou quand les faits de travail dissimulé sont commis en bande organisée » ;

2° Le IV est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le plafond de la dissimulation partielle de salariés s’apprécie au regard de l’activité. »

Article 27

I. – L’article L. 725-3 du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° Après le mot : « recouvrement », la fin du deuxième alinéa est ainsi rédigée : « : » ;

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

« a) Des cotisations dues pour la couverture des prestations d’assurance maladie et maternité prévues par le statut national des industries électriques et gazières mentionné à l’article 47 de la loi n° 46-628 du 8 avril 1946 sur la nationalisation de l’électricité et du gaz, pour les salariés des sociétés d’intérêt collectif agricole relevant du 6° de l’article L. 722-20 du présent code ;

« b) Des cotisations dues pour la couverture des prestations du régime d’assurance vieillesse, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles des industries électriques et gazières mentionné à l’article 16 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l’électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières, pour les salariés des sociétés d’intérêt collectif agricole relevant du 6° de l’article L. 722-20 du présent code.

« Les caisses de mutualité sociale agricole sont chargées du recouvrement des majorations et pénalités de retard afférentes à ces cotisations. »

II. – À la seconde phrase de l’avant-dernier alinéa de l’article L. 724-11 du code rural et de la pêche maritime, le mot : « quatrième » est remplacé par le mot : « septième ».

III. – Le XI et le 1° du XII de l’article 18 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 sont abrogés.

IV. – Le I est applicable aux cotisations dues au titre des périodes d’activité courant à compter du 1^{er} janvier 2021 pour la couverture des prestations en nature d’assurance maladie et maternité et au titre des périodes d’activité courant à compter du 1^{er} janvier 2022 pour la couverture des autres prestations.

Article 28

I. – Aux deuxième et dernier alinéas de l'article L. 781-5 du code rural et de la pêche maritime, après le mot : « assermentés », sont insérés les mots : « et agréés ».

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

1° L'article L. 752-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le directeur général de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole agréée les agents de contrôle assermentés des caisses générales de sécurité sociale en charge du contrôle des non-salariés des professions agricoles, les agents de contrôle assermentés de la caisse de mutualité sociale agricole mentionnée aux troisième et quatrième alinéas du présent article et les agents de contrôle assermentés de la caisse de mutualité sociale agricole mentionnée à l'article L. 781-44 du code rural et de la pêche maritime, dans des conditions définies par arrêté conjoint des ministres chargés de l'agriculture et de la sécurité sociale. » ;

2° L'article L. 752-5 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre » ;

b) Il est ajouté un 4° ainsi rédigé :

« 4° À la gestion des non-salariés des professions agricoles. »

Article 29

I. – La section 1 du chapitre III *bis* du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° À la fin de l'intitulé, les mots : « au regard des employeurs » sont supprimés ;

2° Après l'article L. 133-5-9, il est inséré un article L. 133-5-9-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-5-9-1.* – Un dispositif simplifié obligatoire de déclaration et de paiement des cotisations et contributions sociales d'origine légale ou conventionnelle est utilisé par les marins non salariés mentionnés au 3° de l'article L. 5511-1 du code des transports exerçant une activité directement

liée à l'exploitation du navire ainsi que par leur conjoint collaborateur mentionné à l'article L. 5556-1 du même code.

« Ce dispositif permet de satisfaire les formalités :

« 1° D'immatriculation auprès de l'organisme désigné à l'article L. 133-5-10 du présent code ;

« 2° De déclaration des éléments nécessaires à la détermination des assiettes et des taux des cotisations et contributions sociales applicables ;

« 3° De paiement des cotisations et contributions sociales d'origine légale ou conventionnelle prévues par la loi ainsi que, le cas échéant, dans des conditions fixées par convention, d'autres cotisations et contributions sociales.

« Toute personne utilisant le dispositif simplifié mentionné au premier alinéa est tenue d'effectuer ces formalités par voie dématérialisée, au plus tard à une date fixée par décret.

« Toutefois, peuvent procéder à ces mêmes formalités sur support papier les personnes qui, en application de l'article 1649 *quater* B *quinquies* du code général des impôts, ne sont pas tenues d'effectuer par voie dématérialisée la déclaration prévue à l'article 170 du même code.

« Le non-respect de l'obligation de procéder par voie dématérialisée à ces différentes formalités entraîne l'application de la majoration prévue à l'article L. 133-5-5 du présent code. » ;

3° Le premier alinéa de l'article L. 133-5-10 est ainsi modifié :

a) Les mots : « employeurs ou par les particuliers » sont remplacés par le mot : « redevables » ;

b) La référence : « à l'article L. 133-5-6 » est remplacée par les références : « aux articles L. 133-5-6 et L. 133-5-9-1 ».

II. – Le I du présent article est applicable aux cotisations et contributions dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2021.

Article 30

I. – La section 5 du chapitre III *bis* du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° L'article L. 133-9 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « procèdent », sont insérés les mots : « par voie dématérialisée » et, après le mot : « État », sont insérés les mots : « aux déclarations prévues à l'article L. 7122-23 du même code et » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Toutefois, peuvent procéder aux formalités prévues au présent article par voie postale ou télécopie les personnes qui, en application de l'article 1649 *quater* B *quinquies* du code général des impôts, ne sont pas tenues d'effectuer par voie dématérialisée la déclaration prévue à l'article 170 du même code. » ;

2° Après le premier alinéa du 2° de l'article L. 133-9-2, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La méconnaissance de l'obligation de déclaration ou de versement par voie dématérialisée définie à l'article L. 133-9 du présent code entraîne l'application de la majoration prévue, dans l'un ou l'autre cas, au II de l'article L. 133-5-5. »

II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

Article 31

L'article L. 133-4-11 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-4-11.* – En cas de recouvrement partiel des cotisations et contributions sociales, le paiement est prioritairement imputé sur la créance due au principal, puis le cas échéant sur les majorations de retard et pénalités restant dues et sur les frais de justice. Pour l'affectation du paiement partiel aux sommes dues à titre principal, les cotisations et contributions salariales sont prélevées par priorité et dans des proportions identiques sur les sommes recouvrées. Le solde éventuel est affecté aux autres cotisations et contributions dans des conditions fixées par décret. Les cotisations et contributions dues par les travailleurs indépendants sont prélevées selon un ordre fixé par décret. »

CHAPITRE III

Créer la nouvelle branche Autonomie

Article 32

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

1° L'article L. 14-10-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 14-10-1.* – La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie gère la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale et, à cet effet, a pour rôle :

« 1° De veiller à l'équilibre financier de cette branche. À ce titre, elle établit les comptes de celle-ci et effectue le règlement et la comptabilisation de toute opération relevant de cette branche. Elle est chargée de la gestion du risque ;

« 2° De piloter et d'assurer l'animation et la coordination, dans le champ des politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, des acteurs participant à leur mise en œuvre en vue de garantir l'équité, notamment territoriale, la qualité et l'efficacité de l'accompagnement des personnes concernées. À ce titre, elle assure la collecte et la valorisation des données relatives aux besoins et à l'offre de services et de prestations. Elle conçoit et met en œuvre des systèmes d'information pouvant comporter l'hébergement de données de santé en lien avec le groupement public prévu à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique. Elle met son expertise technique à la disposition des personnes publiques et des professionnels de l'aide à l'autonomie et soutient le développement de la formation dans ce domaine. Elle assure, notamment en vue de garantir la qualité de service et de veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation du handicap et d'aide à l'autonomie, un rôle d'accompagnement et d'appui aux maisons départementales de l'autonomie mentionnées à l'article L. 149-4 du présent code et aux maisons départementales des personnes handicapées mentionnées à l'article L. 146-3 ainsi qu'un rôle d'évaluation de leur contribution à la politique de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées ;

« 3° De contribuer, en assurant une répartition équitable sur le territoire national, au financement et au pilotage d'une politique de prévention de la perte d'autonomie et de lutte contre l'isolement, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des prestations individuelles d'aide à

l'autonomie et des dispositifs mis en place aux niveaux national ou local en faveur de l'autonomie et des proches aidants et de contribuer au financement de l'investissement dans le champ du soutien à l'autonomie. Pour l'exercice de ces missions, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut confier la réalisation d'opérations aux organismes des régimes obligatoires de sécurité sociale, dans des conditions faisant l'objet de conventions entre la caisse et ces organismes ;

« 4° De contribuer à l'information des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs proches aidants, notamment en créant des services numériques et en favorisant la mise en place de guichets uniques au niveau départemental permettant de faciliter leurs démarches administratives et le suivi personnalisé de leurs parcours ;

« 5° De contribuer à la recherche et à l'innovation dans le champ du soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ;

« 6° De contribuer à la réflexion prospective sur les politiques de l'autonomie, leurs possibles adaptations territoriales et de proposer toute mesure visant à améliorer la couverture du risque, en prenant notamment en considération les inégalités liées au sexe afin d'élaborer des mesures correctives ;

« 7° De contribuer à l'attractivité des métiers participant à l'accompagnement et au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, notamment au travers de ses actions en faveur de la formation et de la professionnalisation des professionnels. » ;

2° Le dernier alinéa de l'article L. 14-10-2 est supprimé ;

3° L'article L. 14-10-3 est ainsi modifié :

a) Le deuxième alinéa du III est ainsi rédigé :

« 1° Les orientations de la convention d'objectifs et de gestion prévue à l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale ; »

b) Après le sixième alinéa du même III, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le conseil peut être saisi par les ministres chargés de la sécurité sociale, des personnes handicapées, des personnes âgées et de la santé de toute question relative à la politique de soutien à l'autonomie. » ;

c) Les trois derniers alinéas du même III sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« Le conseil délibère également, sur proposition du directeur, sur les budgets nationaux de gestion et d'intervention. » ;

d) Le VI est abrogé ;

4° L'article L. 14-10-4 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 14-10-4.* – Les ressources de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie comprennent :

« 1° Les contributions prévues aux articles L. 137-40 et L. 137-41 du code de la sécurité sociale ;

« 2° Une fraction du produit de la contribution sociale généralisée, dans les conditions fixées à l'article L. 131-8 du même code ;

« 3° Des produits divers, dons et legs ;

« 4° Des dotations des autres branches mentionnées à l'article L. 200-2 dudit code destinées à couvrir des dépenses relevant des missions définies à l'article L. 14-10-1 du présent code. » ;

5° L'article L. 14-10-5 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 14-10-5.* – La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie assure :

« 1° Le financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1 ;

« 2° Le financement des aides à l'investissement au bénéfice de ces établissements et services, ainsi que de l'habitat inclusif mentionné à l'article L. 281-1. Les dépenses d'aides à l'investissement immobilier des établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 sont conditionnées à l'adaptation des bâtiments à la transition démographique ;

« 3° Le financement des concours versés aux départements, destinés à couvrir une partie :

« a) Du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1 ;

« *b*) Du coût de la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1 ;

« *c*) Des coûts d'installation ou de fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées ;

« *d*) Du coût des actions de prévention prévues aux 1°, 2°, 4°, 5° et 6° de l'article L. 233-1 ;

« 4° Le financement des autres dépenses d'intervention en faveur des personnes handicapées, des personnes âgées dépendantes et des proches aidants entrant dans le champ des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie définies à l'article L. 14-10-1. À cette fin, elle peut contribuer au financement d'actions contractualisées avec les conseils départementaux et les métropoles pour la transformation inclusive de l'offre médico-sociale ou d'autres formes d'habitat dans leurs domaines de compétence ainsi qu'au financement du fonds prévu à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique pour le soutien à des actions, des expérimentations, des dispositifs ou des structures qui participent à la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées ;

« 5° Le financement de la gestion administrative. » ;

6° Après le même article L. 14-10-5, il est inséré un article L. 14-10-5-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 14-10-5-1. – I. –* Le montant global du concours mentionné au *a* du 3° de l'article L. 14-10-5 est limité à 7,70 % des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4.

« Le montant de la seconde part mentionnée au 2° du I de l'article L. 14-10-6 est limité à 61,4 % du produit de la contribution mentionnée à l'article L. 137-41 du code de la sécurité sociale.

« II. – Le montant du concours mentionné au *b* du 3° de l'article L. 14-10-5 est limité à 2,00 % des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4. » ;

7° Le I de l'article L. 14-10-6 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence : « II » est remplacée par la référence : « *a* du 3° » ;

b) Au premier alinéa du 1^o, les mots : « dans la limite des ressources mentionnées au *a* du 1^o du même II » sont supprimés ;

c) Le dernier alinéa du même 1^o est supprimé ;

d) À la fin de la première phrase du 2^o, la référence : « *b* du 1^o du II de l'article L. 14-10-5 » est remplacée par la référence : « second alinéa du I de l'article L. 14-10-5-1 » ;

8^o L'article L. 14-10-7 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du I, au début, les mots : « Les concours mentionnés au III de l'article L. 14-10-5 sont répartis » sont remplacés par les mots : « Le concours mentionné au *b* du 3^o de l'article L. 14-10-5 est réparti » et le mot : « décrets » est remplacé par le mot : « décret » ;

b) Au premier alinéa du II, les mots : « même III » sont remplacés par la référence : « I » ;

c) Au premier alinéa du III, les mots : « et le concours mentionné au III de l'article L. 14-10-5 pour l'installation et le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées sont répartis » sont remplacés par les mots : « est réparti » ;

d) Les quatre derniers alinéas du même III sont supprimés ;

9^o À l'article L. 14-10-7-1, qui devient l'article L. 14-10-7-1-1, la référence : « et L. 14-10-7 » est remplacée par les références : « , L. 14-10-7 et L. 14-10-7-1 » ;

10^o L'article L. 14-10-7-1 est ainsi rétabli :

« *Art. L. 14-10-7-1. – I. –* Le concours mentionné au *c* du 3^o de l'article L. 14-10-5 comporte pour chaque département, selon des modalités fixées par décret pris après avis de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, une part forfaitaire fixée en tenant notamment compte de la subvention, mentionnée au III du présent article, versée à la maison départementale des personnes handicapées ainsi qu'une part résultant d'une enveloppe répartie en fonction de tout ou partie, d'une part, des critères mentionnés aux *a* à *f* du III de l'article L. 14-10-7 et, d'autre part, d'un critère représentatif de l'activité de la maison départementale des personnes handicapées.

« II. – En l'absence de potentiel fiscal prévu à l'article L. 3543-1 du code général des collectivités territoriales, le concours mentionné au *c* du 3^o

de l'article L. 14-10-5 du présent code est déterminé en retenant, pour les collectivités concernées, une valeur nulle de ce même potentiel.

« Le versement du concours relatif à l'installation et au fonctionnement des maisons départementales s'effectue dans des conditions prévues par la convention mentionnée à l'article L. 14-10-7-2.

« Le concours attribué pour l'installation et le fonctionnement de la maison des personnes handicapées compétente sur les territoires du département du Rhône et de la métropole de Lyon est calculé et versé dans des conditions tenant compte des modalités particulières d'exercice de la compétence prévue à l'article L. 146-3 par la métropole de Lyon et le département du Rhône.

« Le concours attribué pour l'installation et le fonctionnement de la maison des personnes handicapées compétente sur le territoire de la collectivité de Corse est calculé et versé dans des conditions tenant compte des modalités particulières d'exercice de la compétence prévue au même article L. 146-3 par la collectivité de Corse.

« III. – La caisse verse également la subvention mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 146-4-2, dont le montant est fixé et réparti par arrêté conjoint des ministres chargés du budget et des affaires sociales. » ;

11° L'article L. 14-10-7-3 est ainsi rédigé :

« Art. L. 14-10-7-3. – La Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie signe avec toute métropole exerçant ses compétences à l'égard des personnes âgées une convention pluriannuelle fixant leurs engagements réciproques sur les modalités de répartition des crédits entre les actions de prévention relevant des 1°, 2°, 4° et 6° de l'article L. 233-1. » ;

12° Les articles L. 14-10-8, L. 14-10-9 et L. 14-10-10 sont abrogés ;

13° Le I de l'article L. 314-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « de celles des prestations » sont supprimés et sont ajoutés les mots : « fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, des affaires sociales et du budget » ;

b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

c) À la première phrase du troisième alinéa, les mots : « des prestations » sont supprimés ;

14° Au deuxième alinéa de l'article L. 233-2, les mots : « mentionné au 2° de l'article L. 14-10-10 » sont remplacés par les mots : « correspondant aux autres actions de prévention mentionnées aux 1°, 4° et 6° de l'article L. 233-1 » ;

15° À la première phrase du troisième alinéa du III de l'article L. 313-12, les mots : « et dans la limite des crédits correspondants attribués en application de l'article L. 14-10-10 » sont supprimés ;

16° L'article L. 521-2, le 1° de l'article L. 531-1, l'article L. 581-10 et le X de l'article L. 541-4 sont abrogés.

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

1° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 114-5, les mots : « , ainsi que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie » sont supprimés ;

2° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 114-8, les mots : « et ceux de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie » sont supprimés ;

3° Le chapitre VII du titre III du livre I^{er} est complété par une section 14 ainsi rédigée :

« Section 14

***« Contribution de solidarité pour l'autonomie
et contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie***

« *Art. L. 137-40.* – Est instituée une contribution de solidarité pour l'autonomie au taux de 0,3 %, due par les employeurs privés et publics. Cette contribution a la même assiette que les cotisations patronales d'assurance maladie affectées au financement des régimes de base de l'assurance maladie.

« Elle est recouvrée dans les mêmes conditions et sous les mêmes garanties que les cotisations mentionnées au premier alinéa.

« *Art. L. 137-41.* – I. – Est instituée une contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie au taux de 0,3 %, assise sur les avantages de retraite et d'invalidité ainsi que sur les allocations de préretraite qui ne sont pas assujettis aux prélèvements mentionnés à l'article 235 *ter* du code général des impôts et qui sont perçus par les personnes physiques désignées à l'article L. 136-1 du présent code.

« II. – Par dérogation au I du présent article, sont exclus de l'assiette de la contribution les revenus suivants :

« 1° Les pensions de retraite et d'invalidité des personnes dont le montant des revenus de l'avant-dernière ou de l'antépénultième année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts n'excède pas les seuils mentionnés au 2° du III de l'article L. 136-8 du présent code ;

« 2° Les pensions mentionnées au *a* du 4° et aux 12°, 14° et 14° *bis* de l'article 81 du code général des impôts et les personnes titulaires d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité non contributif attribué par le service mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 815-7 du présent code ou par un régime de base de sécurité sociale sous les conditions de ressources mentionnées à l'article L. 815-9.

« La contribution est recouvrée et contrôlée selon les mêmes règles, garanties et sanctions que celles prévues pour les revenus mentionnés à l'article L. 136-5. » ;

4° La seconde phrase de l'article L. 168-11 est supprimée ;

5° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 200-3, après le mot : « familiales », sont insérés les mots : « , de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie » ;

6° Au premier alinéa de l'article L. 225-1, après le mot : « maladie », sont insérés les mots : « , par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie » ;

7° Le I de l'article L. 227-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « familiales », sont insérés les mots : « , la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie » ;

b) Au deuxième alinéa, les références : « aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 200-2 » sont remplacées par la référence : « à l'article L. 200-2 » ;

c) Le 2° *bis* est complété par les mots : « ou, pour la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2, les objectifs d'amélioration de la coordination des acteurs participant à la mise en œuvre des politiques en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées » ;

d) À la fin du 3°, les mots : « et de lutte contre l'exclusion » sont remplacés par les mots : « , de lutte contre l'exclusion et de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées » ;

e) À la fin du 4^o, les mots : « et de prévention » sont remplacés par les mots : « , de prévention et de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées » ;

f) Au 5^o, après le mot : « échéant, », sont insérés les mots : « et à l'exception de la branche mentionnée au 5^o de l'article L. 200-2, » ;

8^o Au premier alinéa de l'article L. 227-3, après la première occurrence du mot : « gestion », sont insérés les mots : « des branches mentionnées aux 1^o à 4^o de l'article L. 200-2 » ;

9^o Le chapitre I^{er} du titre IV du livre V est complété par un article L. 541-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 541-5.* – L'allocation et son complément éventuel mentionnés à l'article L. 541-1 sont servis et contrôlés par les organismes débiteurs des prestations familiales pour le compte de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, contre remboursement. »

III. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est habilité à prendre par voie d'ordonnance, dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi, afin de mettre en œuvre la création de la cinquième branche du régime général de la sécurité sociale relative à l'autonomie, toute mesure relevant du domaine de la loi visant à :

1^o Codifier, à droit constant, dans le code de la sécurité sociale les dispositions relatives à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie prévues au code de l'action sociale et des familles ;

2^o Mettre en cohérence les dispositions du code de l'action sociale et des familles ou d'autres codes et textes législatifs avec la nouvelle codification mentionnée au 1^o ;

3^o Modifier les dispositions des livres I^{er} et II du code de la sécurité sociale pour les étendre, en tant que de besoin, à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

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

IV. – L'article L. 723-12-1 du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole contribue à la mise en œuvre de la politique de santé et de la politique de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ainsi qu'à l'organisation du système de soins et au bon usage de la prévention et des soins. » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Elle participe, avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, à la détermination des orientations en faveur du soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle promeut et anime des actions de prévention de la perte d'autonomie et de soutien aux proches aidants. »

V. – Le I, sous réserve des dispositions du second alinéa du présent V, et le II entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

Le I de l'article L. 14-10-8 du code de l'action sociale et des familles dans sa rédaction antérieure à la présente loi demeure applicable jusqu'au renouvellement de la convention d'objectifs et de gestion de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie mentionné au 1° du III de l'article L. 14-10-3 du même code dans sa rédaction résultant de la présente loi, et au plus tard jusqu'au 30 juin 2022.

Article 33

Sur la base du rapport réalisé en application du III de l'article 5 de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, et à l'issue d'une concertation associant l'ensemble des parties prenantes qui le composent ainsi que des représentants des usagers de la politique de l'autonomie et des professionnels de l'autonomie, le conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie formule un avis et des recommandations sur les pistes de financement de la politique de soutien à l'autonomie. Il rend publiques les conclusions de ces travaux au plus tard le 1^{er} mars 2021.

Article 34

Après l'article L. 281-2 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 281-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 281-2-1.* – Le règlement mentionné à l'article L. 121-3 peut prévoir que les habitants d'un habitat inclusif auquel n'est pas attribué le forfait mentionné à l'article L. 281-2 bénéficient d'une aide à la vie partagée leur

permettant de financer le projet de vie sociale et partagée, versée directement à la personne morale chargée d'assurer le projet de vie sociale et partagée.

« Le bénéfice de l'aide est subordonné à la signature, au titre des logements concernés, d'une convention entre le département et cette personne morale.

« Un accord pour l'habitat inclusif, passé entre le département et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, fixe les conditions, portant notamment sur le montant de l'aide et ses conditions d'attribution, qui ouvrent droit au versement par la caisse, au titre du 4° de l'article L. 14-10-5, d'un concours pour le financement des dépenses départementales d'aide à la vie partagée.

« Cet accord peut prévoir d'autres engagements en matière de développement de l'habitat inclusif ou de politiques venant à son soutien. À ce titre, il peut être également signé par le représentant de l'État dans le département ou le directeur général de l'agence régionale de santé.

« À titre transitoire, l'accord prévoit que, pour tout ou partie des conventions mentionnées au deuxième alinéa du présent article qui sont signées avant le 31 décembre 2022, le concours mentionné au troisième alinéa garantit, pour la durée de la convention, la couverture des dépenses d'aide à la vie partagée à un taux, fixé par l'accord, d'au moins 80 % de la dépense du département. »

CHAPITRE IV

Assurer la soutenabilité des dépenses de médicaments

Article 35

I. – L'article L. 138-13 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « à L. 162-16-5 » sont remplacés par les références : « , L. 162-16-4-1, L. 162-16-5 » ;

b) À la seconde phrase, les mots : « prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article » sont remplacés par les mots : « ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge associée mentionnée aux articles L. 162-16-5-1 et » ;

2° Le second alinéa est ainsi modifié :

a) La première phrase est supprimée ;

b) Au début de la seconde phrase, les mots : « À défaut, » sont supprimés ;

c) À la même seconde phrase, le taux : « 80 % » est remplacé par le taux : « 95 % » ;

3° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Par dérogation au deuxième alinéa, pour une entreprise redevable de la contribution qui a accepté, par convention conclue avec le Comité économique des produits de santé au titre des articles L. 162-16-4, L. 162-16-4-1, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6, une baisse du prix net d'une ou plusieurs spécialités qu'elle exploite, prenant effet au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, le taux mentionné au deuxième alinéa du présent article peut être fixé entre 80 % et 95 %. Le taux mentionné à la première phrase du présent alinéa applicable à chaque entreprise est déterminé selon un barème fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction du montant des économies réalisées par l'assurance maladie du fait de la baisse du prix net de ces spécialités pour l'année au titre de laquelle la contribution est due ainsi que du chiffre d'affaires de l'entreprise calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-11.

« Le prix net mentionné au troisième alinéa du présent article est calculé en défalquant les remises mentionnées aux articles L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 du prix de vente au public mentionné aux articles L. 162-16-4 et L. 162-16-4-1, minoré des marges prévues par la décision mentionnée à l'article L. 162-38 et des taxes en vigueur, du prix de cession au public mentionné à l'article L. 162-16-5 ou du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 162-16-6. »

II. – Pour l'année 2021, le montant M mentionné à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale est fixé à 23,99 milliards d'euros.

III. – Pour l'année 2021, le montant Z mentionné à l'article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale est fixé à 2,09 milliards d'euros.

Article 36

Le deuxième alinéa de l'article L. 138-19-9 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « La part de ces derniers

correspondant aux six premiers mois de l'année civile est communiquée par l'assurance maladie au plus tard le 30 septembre de cette même année. »

Article 37

À la fin du V de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale, le taux: « 0,17 % » est remplacé par le taux: « 0,18 % ».

Article 38

Avant le 1^{er} septembre 2021, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'avenir de la clause de sauvegarde et des mécanismes actuels de soutenabilité des dépenses de médicaments face au développement des biothérapies. Ce rapport étudie l'opportunité de développer comme outil de soutenabilité la mise en place de bioproduction académique et notamment l'impact sur les dépenses de médicaments selon les modes d'organisation de la bioproduction académique.

Article 39

I. – L'article L. 1221-14 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au septième alinéa, les mots : « , il peut directement demander à être garanti des sommes qu'il a versées » sont remplacés par les mots : « ou lorsque les tiers payeurs ont pris en charge des prestations mentionnées aux 1 à 3 de l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, ils peuvent directement demander à être garantis des sommes qu'ils ont versées ou des prestations prises en charge » ;

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

« L'office et les tiers payeurs, subrogés dans les droits de la victime, bénéficient dans le cadre de l'action mentionnée au septième alinéa du présent article de la présomption d'imputabilité dans les conditions prévues à l'article 102 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Les assureurs à l'égard desquels il est démontré que la structure qu'ils assurent a fourni au moins un produit sanguin labile ou médicament dérivé du sang, administré à la victime, et dont l'innocuité n'est pas démontrée, sont solidairement tenus de garantir l'office et les tiers payeurs pour l'ensemble des sommes versées et des prestations prises en charge. »

II. – Le I s’applique aux actions juridictionnelles engagées à compter de du 1^{er} juin 2010, sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée.

TITRE II

CONDITIONS GÉNÉRALES DE L’ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 40

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

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

a) Le 1° est ainsi modifié :

– à la fin du troisième alinéa, le taux : « 27,57 % » est remplacé par le taux : « 18,49 % » ;

– à la fin du dernier alinéa, le taux : « 19,06 % » est remplacé par le taux : « 28,14 % » ;

b) Le *b* du 3° est ainsi modifié :

– au début du deuxième alinéa, le taux : « 5,95 % » est remplacé par le taux : « 4,25 % » ;

– au début du quatrième alinéa, le taux : « 4,65 % » est remplacé par le taux : « 2,72 % » ;

– au début du cinquième alinéa, le taux : « 4,77 % » est remplacé par le taux : « 1,88 % » ;

– au début de l’avant-dernier alinéa, le taux : « 3,2 % » est remplacé par le taux : « 1,27 % » ;

– au début du dernier alinéa, le taux : « 3,07 % » est remplacé par le taux : « 0,18 % » ;

c) À la fin du *e* du même 3°, le taux : « 1,98 % » est remplacé par le taux : « 2,94 % » ;

d) Au *f* du même 3°, après la référence : « I », sont insérés les mots : « , aux 1° et 2° du II, aux III et III *bis* » et, à la fin, le taux : « 0,23 % » est remplacé par le taux : « 1,93 % » ;

e) Le 3° *bis* est ainsi modifié :

– à la fin du *a*, le taux : « 8,6 % » est remplacé par le taux : « 6,67 % » ;

– il est ajouté un *c* ainsi rédigé :

« *c*) À la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour la part correspondant à un taux de 1,93 % ; »

f) Le 8° est ainsi rédigé :

« 8° Le produit de la taxe mentionnée au I de l'article L. 862-4 perçue au titre des contrats mentionnés au II *bis* du même article L. 862-4 est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1.

« Le produit de la taxe mentionnée au premier alinéa du présent 8° perçue au titre des contrats mentionnés au II de l'article L. 862-4 est affecté :

« *a*) Au fonds mentionné à l'article L. 862-1, à hauteur de l'écart entre ses charges et ses autres produits ;

« *b*) Au fonds mentionné à l'article L. 815-26, à hauteur de ses charges ;

« *c*) À la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2, à hauteur du solde du produit résultant des affectations mentionnées aux *a* et *b* du présent 8° ; »

2° Le II de l'article L. 241-2 est complété par un 4° ainsi rédigé :

« 4° Par les personnes mentionnées à l'article L. 131-9. » ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 612-5, les mots : « les branches mentionnées aux 1° et 3° de l'article L. 200-2 et » sont supprimés ;

4° Le second alinéa de l'article L. 635-4-1 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « du régime mentionné à l'article » sont remplacés par les mots : « des régimes mentionnés aux articles L. 631-1 et » ;

b) À la deuxième phrase, les mots : « ce régime » sont remplacés par les mots : « ces régimes ».

II. – À compter du 1^{er} janvier 2024, au *f* du 3^o et au *c* du 3^{o bis} de l’article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, le taux : « 1,93 % » est remplacé par le taux : « 2,08 % ».

III. – Le *b* des 1^o et 2^o du I de l’article 3 de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l’autonomie est abrogé.

Article 41

Est approuvé le montant de 5,3 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 2021.

Article 42

Pour l’année 2021, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l’état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d’équilibre, par branche, de l’ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d’euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	195,5	219,1	-23,7
Accidents du travail et maladies professionnelles....	14,4	14,1	0,3
Vieillesse.....	242,9	251,9	-9,0
Famille	49,6	49,3	0,3
Autonomie.....	31,2	31,6	-0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)..	519,5	552,0	-32,5
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	517,5	552,4	-34,9

Article 43

Pour l’année 2021, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l’état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d’équilibre, par branche, du régime général :

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	193,9	217,6	-23,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,8	12,7	0,2
Vieillesse.....	135,0	144,7	-9,7
Famille	49,6	49,3	0,3
Autonomie	31,2	31,6	-0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)	408,6	442,0	-33,3
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	407,9	443,7	-35,8

Article 44

I. – Pour l'année 2021, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

II. – Pour l'année 2021, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 17 milliards d'euros.

III. – Pour l'année 2021, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes affectées.....	0
Total	0

IV. – Pour l'année 2021, les prévisions de recettes par catégorie mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes affectées.....	0
Total	0

Article 45

Sont habilités en 2021 à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les organismes mentionnés dans le tableau ci-dessous, dans les limites indiquées :

(En millions d'euros)

	Encours limites
Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).....	95 000
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)	500
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) – période du 1 ^{er} au 31 janvier 2021	500
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) – période du 1 ^{er} février au 31 décembre 2021	250
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM)	465
Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG)	150
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL).....	3 600

Article 46

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2021 à 2024), 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
ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
POUR L'EXERCICE 2021

CHAPITRE I^{ER}

Mettre en œuvre les engagements du Ségur de la santé

Article 47

I. – Afin de contribuer à l'attractivité, à la dignité et à l'amélioration des salaires des métiers des professionnels des services d'accompagnement et d'aide 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, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie verse une aide aux départements finançant un dispositif de soutien à ces professionnels.

Cette aide de 200 millions d'euros par an est versée chaque année par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Elle est répartie entre les départements en fonction des dernières données disponibles portant sur le volume total d'activité réalisée par les services d'aide et d'accompagnement à domicile au titre des allocations prévues aux articles L. 231-1, L. 232-1 et L. 245-1 dudit code.

Les paramètres du dispositif et les modalités du versement de l'aide aux départements qui le financent sont fixés par décret.

II. – A. – Le I du présent article entre en vigueur le 1^{er} avril 2021.

B. – Par dérogation au deuxième alinéa du I, cette aide est ramenée à 150 millions d'euros pour l'année 2021.

Article 48

I. – Un complément de traitement indiciaire est versé dans des conditions fixées par décret, à compter du 1^{er} septembre 2020, aux fonctionnaires et militaires exerçant leurs fonctions au sein :

1° Des établissements publics de santé mentionnés à l'article L. 6141-1 du code de la santé publique, à l'exception des structures créées en application de l'article L. 6111-3 du même code ;

2° Des groupements de coopération sanitaire mentionnés à l'article L. 6133-1 dudit code ;

3° Des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, y compris rattachés aux établissements publics de santé, mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

4° Des hôpitaux des armées mentionnés à l'article L. 6147-7 du code de la santé publique ;

5° De l'établissement public mentionné à l'article L. 621-1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.

Une indemnité équivalente au complément de traitement indiciaire est versée dans des conditions fixées par décret, à compter du 1^{er} septembre 2020, aux agents contractuels de droit public et aux ouvriers des établissements industriels de l'État exerçant leurs fonctions au sein des structures mentionnées aux 1° à 5° du présent I.

Les dispositions du présent I ne sont applicables ni aux personnes qui exercent la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de pharmacien, ni aux internes des hôpitaux des armées, ni aux élèves des écoles du service de santé des armées, ni aux personnes relevant de l'ordonnance n° 58-696 du 6 août 1958 relative au statut spécial des fonctionnaires des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire.

II. – Les fonctionnaires de l'État et les militaires admis à faire valoir leurs droits à la retraite à compter du 1^{er} septembre 2020 ont droit à un supplément de pension au titre du complément de traitement indiciaire mentionné au I du présent article, qui s'ajoute à la pension liquidée en application des dispositions du code des pensions civiles et militaires de retraite.

Ce supplément de pension est calculé dans les conditions prévues au I de l'article L. 15 du même code en retenant, au titre du traitement ou de la solde, le complément de traitement indiciaire mentionné au I du présent article perçu par le fonctionnaire ou le militaire au moins une fois au cours des six derniers mois précédant la cessation des services valables pour la retraite. Les conditions de jouissance et de réversion de ce supplément de pension sont identiques à celles de la pension elle-même. Ce supplément est

revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 16 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

Le complément de traitement indiciaire mentionné au I du présent article est soumis aux contributions et cotisations prévues à l'article L. 61 du code des pensions civiles et militaires de retraite dans les conditions fixées pour le traitement ou la solde.

III. – Le complément de traitement indiciaire ou l'indemnité équivalente à ce complément versé aux fonctionnaires territoriaux et hospitaliers ainsi qu'aux ouvriers des établissements industriels de l'État est pris en compte lors de la liquidation de leur pension dans des conditions analogues à celles définies au II. Les modalités de cette prise en compte sont définies par décret en Conseil d'État.

IV. – Après la troisième phrase du 1° du I de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Il peut financer des mesures de revalorisation salariale de personnels dont les rémunérations sont financées, en tout ou partie, par les forfaits mentionnés aux 2° et 3° du présent I. »

Article 49

I. – L'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est ainsi modifié :

1° À la fin de la première phrase du I, les mots : « des établissements de santé publics et privés » sont remplacés par les mots : « et l'investissement en santé » ;

2° Le III est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « sanitaire », sont insérés les mots : « , 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 ainsi que des établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles » ;

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

« Le fonds peut financer l'ensemble des dépenses engagées dans le cadre d'actions ayant pour objet la modernisation, l'adaptation ou la restructuration des systèmes d'information de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale. » ;

3° Le III *bis* est abrogé ;

4° Après le III *quinquies*, il est inséré un III *sexies* ainsi rédigé :

« III *sexies*. – L’interopérabilité des logiciels informatiques est une condition au financement des dépenses engagées pour la transformation et la modernisation des systèmes informatiques. » ;

5° À la première phrase du premier alinéa du IV, les mots : « d’un an » sont remplacés par les mots : « , fixé par décret, d’au moins un an » et les mots : « de trois ans » sont remplacés par les mots : « , fixé par décret, d’au moins un an » ;

6° La première phrase du premier alinéa du V est ainsi rédigée : « Les ressources du fonds sont notamment constituées par le reversement des avances remboursables mentionnées au III ainsi que par des participations des régimes obligatoires d’assurance maladie et de la branche mentionnée au 5° de l’article L. 200-2 du code de la sécurité sociale. » ;

7° Au IX, après le mot : « Mayotte », sont insérés les mots : « , Saint-Barthélemy, Saint-Martin ».

II. – Au premier alinéa de l’article L. 6161-3-2 du code de la santé publique et au second alinéa du II de l’article 49 de la loi n° 2005-1719 du 30 décembre 2005 de finances pour 2006, les mots : « des établissements de santé publics et privés » sont remplacés par les mots : « et l’investissement en santé ».

III. – Lors de l’utilisation de ces financements pour l’achat de logiciels informatiques par les établissements publics de santé, l’interopérabilité des logiciels informatiques doit être l’un des critères d’attribution du marché.

Article 50

I. – Afin de concourir à la compensation des charges nécessaires à la continuité, la qualité et la sécurité du service public hospitalier et à la transformation de celui-ci, les organismes de la branche mentionnée au 1° de l’article L. 200-2 du code de la sécurité sociale peuvent verser une dotation annuelle aux établissements mentionnés à l’article L. 6112-3 du code de la santé publique.

Le versement de cette dotation est soumis à la conclusion par chaque établissement concerné d'un contrat avec l'agence régionale de santé avant le 31 décembre 2021.

La somme de ces dotations est fixée par décret et ne peut excéder 13 milliards d'euros, correspondant au montant maximal prévu au C du II *septies* de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

Les sommes transférées par la Caisse d'amortissement de la dette sociale en application du même C sont inscrites au bilan de la Caisse nationale de l'assurance maladie au moment du transfert à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Elles sont constatées en produits au compte de résultat de la Caisse nationale de l'assurance maladie au même rythme que l'ordonnancement des dotations annuelles mentionnées au premier alinéa du présent I dont elles assurent le financement.

II. – Pour déterminer le montant de la dotation mentionnée au I versée à chaque établissement contractant, sont notamment pris en compte les ratios d'analyse financière et les marges financières nécessaires à l'investissement.

III. – Les contrats mentionnés au I sont signés pour une durée maximale de dix ans par le directeur général de l'agence régionale de santé et les représentants légaux des établissements mentionnés au même I. Ils peuvent faire l'objet d'une révision par voie d'avenant pendant toute la durée du contrat. Les stipulations de ces contrats font l'objet d'un suivi par le conseil territorial de santé concerné. Ces contrats précisent :

1° Le mandat confié à l'établissement, notamment en matière de désendettement, d'investissement, d'amélioration de la situation financière et de transformation, et les charges mentionnées au I dont le financement est assuré par la dotation ;

2° Le montant de la dotation et les paramètres retenus pour son calcul ;

3° L'échéancier des versements annuels ;

4° Les indicateurs de suivi, les modalités d'évaluation et de contrôle ainsi que le mécanisme de reprise de financements en cas de surcompensation des charges mentionnées au I ou de non-respect des engagements pris par l'établissement dans le contrat. Les montants repris ne peuvent excéder, pour une année donnée, le montant de la dotation mentionnée au même I pour cette même année.

IV. – Lors du renouvellement des contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique, les agences régionales de santé s'assurent qu'ils sont cohérents avec les engagements et les moyens fixés dans le contrat mentionné aux I et III du présent article.

V. – La dotation qui sera versée à l'établissement est comptabilisée en capitaux propres en une fois et pour sa totalité, dès la signature du contrat.

VI. – Les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État, notamment :

1° Les paramètres servant à déterminer les compensations des obligations de service public hospitalier ;

2° Les modalités de détermination du montant des dotations mentionnées au I ainsi que de la publication par l'agence régionale de santé des critères retenus pour déterminer ce montant ;

3° Les conditions de mise en œuvre et les modalités d'application du contrat mentionné aux I et III ;

4° Les modalités de contrôle et de récupération des éventuelles surcompensations.

VII. – Le C du II *septies* de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi rédigé :

« C. – La couverture de dotations de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale couvrant un soutien exceptionnel, qui ne peut excéder 13 milliards d'euros, au titre du désendettement pour favoriser les investissements dans les établissements de santé assurant le service public hospitalier est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les dates et montants de ces transferts sont fixés par décret. »

Article 51

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

1° Le chapitre préliminaire est ainsi modifié :

a) Le I de l'article L. 160-13 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La participation de l'assuré aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, autorisée, est fixée à une somme forfaitaire due lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement. Le montant de cette participation est défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Ce montant peut être réduit dans les cas mentionnés aux 3°, 4° et 13° de l'article L. 160-14 et à l'article L. 371-1 du présent code ainsi qu'à l'article L. 212-1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre. Cette participation ne peut être supprimée, sauf 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. » ;

b) Au premier alinéa de l'article L. 160-14, après le mot : « supprimée », sont insérés les mots : « , sous réserve des dispositions du dernier alinéa du I du même article L. 160-13, » ;

2° L'article L. 162-22-8-2 est ainsi modifié :

a) Au début de la première phrase du second alinéa du 1°, les mots : « L'État » sont remplacés par les mots : « Le directeur général de l'agence régionale de santé » ;

b) Le même 1° est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La répartition de la dotation populationnelle entre les régions a pour objectif de réduire progressivement les inégalités dans l'allocation de ressources régionales. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les modalités et la trajectoire de réduction de ces inégalités ; »

c) Après le 3°, il est inséré un 4° ainsi rédigé :

« 4° Des recettes liées à la participation de l'assuré aux frais liés aux actes et prestations réalisés dans une structure de médecine d'urgence, mentionnée au dernier alinéa du I de l'article L. 160-13. » ;

3° À la première phrase du I de l'article L. 162-22-9-1, après la référence : « L. 162-22-6 », sont insérés les mots : « , à l'exception des forfaits déterminés en application du 2° de l'article L. 162-22-8-2, » ;

4° Au 3° du I de l'article L. 162-22-10, après le mot : « nationaux, », sont insérés les mots : « à l'exception des forfaits déterminés en application

du 2° de l'article L. 162-22-8-2, » et, après la référence : « 2° », sont insérés les mots : « du présent I » ;

5° Le 2° de l'article L. 162-22-11-1 est complété par les mots : « ou la participation forfaitaire mentionnée au dernier alinéa du I de l'article L. 160-13 du présent code » ;

6° Au 4° de l'article L. 169-2, les mots : « au premier alinéa » sont remplacés par les mots : « aux premier et dernier alinéas ».

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

1° L'article L. 162-20-1 est complété par un IV ainsi rédigé :

« IV. – Lorsqu'un patient relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français de sécurité sociale bénéficie d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7, la facturation de ses soins est majorée du coût de ces spécialités, produits et prestations. » ;

2° L'article L. 162-22-6-1 est abrogé ;

3° À la deuxième phrase du I de l'article L. 162-23-16, les mots : « , tels que définis par le projet régional de santé et ses déclinaisons territoriales, » sont supprimés ;

4° Au *a* du 1° du II de l'article L. 162-31-1, la référence : « L. 162-22-6-1, » est supprimée ;

5° Au premier alinéa de l'article L. 174-15, la référence : « L. 162-22-6-1, » est supprimée.

B. – Le II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) est ainsi modifié :

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

2° Le second alinéa est supprimé.

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

1° Le V est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, l'année : « 2021 » est remplacée par l'année : « 2022 » ;

b) Au deuxième alinéa, la référence : « au 2° » est remplacée par les références : « aux 2° et 4° » ;

c) À la fin du même deuxième alinéa, les mots : « à la date prévue au VI de l'article 34 de la présente loi » sont remplacés par les mots : « le 1^{er} janvier 2022 » ;

d) Le dernier alinéa est supprimé ;

2° Le VI est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par sept alinéas ainsi rédigés :

« VI. – À compter du 1^{er} janvier 2022 et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2025, les tarifs servant de base au calcul de la participation du patient des établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant des activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 du même code sont affectés d'un coefficient de transition.

« Ce coefficient de transition est calculé pour chaque établissement afin de tenir compte des conséquences, sur ses recettes, de l'application de la tarification nationale journalière des prestations définie à l'article L. 162-20-1 dudit code en comparaison de la tarification journalière des prestations appliquée dans l'établissement concerné.

« Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent les modalités de calcul du coefficient de transition ainsi que, pour chaque année de la période concernée, le taux national de convergence des tarifs journaliers des prestations servant au calcul des coefficients de transition des établissements de santé concernés.

« La valeur du coefficient de transition ainsi que la valeur des tarifs journaliers des prestations de chaque établissement en découlant sont fixées par le directeur général de l'agence régionale de santé et prennent effet au 1^{er} janvier de l'année en cours.

« Pour les hôpitaux d’instruction des armées, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et le ministre de la défense sont compétents pour fixer la valeur du coefficient de transition ainsi que la valeur des tarifs journaliers des prestations.

« Ce coefficient doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1^{er} janvier 2026.

« Les modalités d’application du coefficient de transition sont fixées par un décret en Conseil d’État. » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « de la date prévue au B du III de l’article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 précitée, dans sa rédaction résultant de la présente loi, à compter de laquelle les prestations d’hospitalisation mentionnées au 1° de l’article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale sont prises en charge par les régimes obligatoires d’assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l’article L. 162-23-4 du même code, » sont remplacés par les mots : « du 1^{er} janvier 2022 » ;

c) Au dernier alinéa, les mots : « de la date prévue au VI de l’article 34 de la présente loi » sont remplacés par les mots : « du 1^{er} janvier 2022 ».

III. – Au I de l’article 66 de la loi n° 2011-1906 du 24 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, le mot : « neuf » est remplacé par le mot : « dix ».

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

1° Le B est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– l’année : « 2021 » est remplacée par l’année : « 2022 » ;

– les références : « aux articles L. 162-23-2 et L. 162-23-3 » sont remplacées par la référence : « à l’article L. 162-23-2 » ;

b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, les mots : « définies aux articles L. 162-23-2, L. 162-23-3 et L. 162-23-4 » sont remplacés par les mots : « liées aux recettes directement issues de l’activité mentionnées à l’article L. 162-23-3 » ;

– à la deuxième phrase, l’année : « 2021 » est remplacée par l’année : « 2022 » ;

2° Le E est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du 2° et au 6°, l'année : « 2020 » est remplacée par l'année : « 2021 » ;

b) À la fin des *a* et *b* du 3°, l'année : « 2021 » est remplacée par l'année : « 2022 » ;

3° Le F est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la date : « 28 février 2023 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2021 » et sont ajoutés les mots : « et, du 1^{er} janvier 2022 au 28 février 2023, le montant lié aux recettes directement issues de l'activité mentionnées à l'article L. 162-23-3 du même code n'est pas facturé par les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du même code à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 du même code » ;

b) Au quatrième alinéa, les mots : « du montant forfaitaire prévu au *b* du 2° du E du présent III » sont remplacés par les mots : « des montants mentionnés au premier alinéa du présent F » ;

4° Au H, l'année : « 2021 » est remplacée par l'année : « 2022 ».

V. – Aux V et VI de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 précitée, l'année : « 2020 » est remplacée par l'année : « 2021 ».

VI. – La loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 est ainsi modifiée :

1° Au VI de l'article 34, l'année : « 2021 » est remplacée par l'année : « 2022 » ;

2° Le IV de l'article 57 est ainsi modifié :

a) À la fin du deuxième alinéa et au troisième alinéa, la date : « 1^{er} janvier 2021 » est remplacée par la date : « 1^{er} septembre 2021 » ;

b) Au troisième alinéa, la date : « 30 juin 2020 » est remplacée par la date : « 1^{er} mars 2021 » ;

3° Au III de l'article 64, l'année : « 2021 » est remplacée par l'année : « 2022 ».

VII. – Les établissements de santé figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, ne satisfaisant pas, au titre de l'année 2021, aux conditions fixées, en application du même article L. 6111-3-1, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 précitée, pour relever des dispositions applicables aux hôpitaux de proximité continuent de bénéficier, pour l'année 2021, du régime de financement dérogatoire prévu à l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

VIII. – Le I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2021, à l'exception du 1^o, du c du 2^o et des 3^o à 6^o, qui entrent en vigueur le 1^{er} septembre 2021.

Article 52

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1^o À la première phrase du quatrième alinéa de l'article L. 162-30-3, les mots : « peut fixer » sont remplacés par le mot : « fixe » ;

2^o Au troisième alinéa de l'article L. 162-30-4, les mots : « ainsi qu' » sont remplacés par les mots : « et peut fixer ».

Article 53

La deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1^o Après le mot : « publique », sont insérés les mots : « . Elle participe également au financement » ;

2^o Après le mot : « médicale », sont insérés les mots : « ou encore de ceux correspondant à la mise en place des dispositifs dédiés de prise en charge des femmes victimes de violences ».

Article 54

Après l'article L. 162-23-13 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-23-13-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-23-13-I. – I. – Sans préjudice des autres recours, tout établissement de santé confronté à un différend d'interprétation des règles de facturation des prises en charge de moins d'une journée, établies en application du 1° de l'article L. 162-22-6, peut solliciter une prise de position formelle de l'administration sur sa situation.

« Il ne peut être procédé au prononcé d'une sanction financière en cas de manquement aux règles de facturation en application de l'article L. 162-23-13, pour ces prises en charge, si la cause de la sanction poursuivie par l'administration est un différend sur l'interprétation par l'établissement de santé de bonne foi des règles de facturation des prises en charge de moins d'une journée et s'il est démontré que l'interprétation sur laquelle est fondée la première décision a été, à l'époque, formellement admise par l'administration.

« Lorsque la situation de fait exposée dans la demande ou la réglementation au regard de laquelle cette situation a été appréciée ont été modifiées, l'établissement de santé ne peut plus se prévaloir de la prise de position qui a été, à l'époque, formellement admise par l'administration.

« II. – L'établissement de santé sollicite l'administration, qui se prononce dans un délai de trois mois lorsqu'elle est saisie d'une demande écrite, précise et complète par un établissement de santé de bonne foi.

« Le silence gardé par l'administration qui n'a pas répondu dans un délai de trois mois à un établissement de santé de bonne foi qui a sollicité de sa part, dans les conditions prévues au présent article, une interprétation des règles de facturation applicables à sa situation de fait ne vaut pas prise de position formelle.

« III. – Un établissement de santé ne peut pas solliciter une prise de position formelle de l'administration sur sa situation dans les cas suivants :

« 1° Lorsqu'un contrôle de la tarification à l'activité, prévu à l'article L. 162-23-13, sur ce séjour, a été engagé ;

« 2° Lorsqu'un contentieux en lien avec un contrôle de la tarification à l'activité, prévu au même article L. 162-23-13, sur ce séjour, est en cours.

« IV. – Une demande mentionnée au I présent article peut également être adressée par une organisation nationale représentative des établissements de santé ou une société savante pour le nom et le compte d'un ou plusieurs établissements de santé, dans les mêmes conditions que celles prévues aux II et III.

« Un décret précise les conditions d'application du présent article. »

Article 55

Après le premier alinéa du III de l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le développement de l'autodialyse et de la dialyse à domicile figure parmi ces indicateurs. »

Article 56

Dans un délai de trois mois à compter de la publication de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'application de l'article 33 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020. Ce rapport présente l'état d'avancement de la mise en œuvre du dispositif de financement des hôpitaux de proximité ainsi que de leur labellisation.

Article 57

I. – À compter du 1^{er} janvier 2021 et pour la durée de l'expérimentation prévue au II du présent article, les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant des activités de médecine au sens de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique, à l'exclusion de ceux mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du même code, qui en font la demande bénéficient, par dérogation au 1^o de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, d'une dotation socle.

La liste des établissements volontaires est dressée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Le montant de la dotation socle est calculé sur la base d'un pourcentage des recettes de l'assurance maladie issues de l'activité des séjours de médecine réalisés l'année précédente au sein de l'établissement concerné.

Les recettes résultant de l'activité des séjours de médecine réalisés au sein de l'établissement concerné durant l'année en cours tiennent compte de la dotation socle.

Les modalités d'entrée et de sortie de la liste des établissements volontaires, les modalités de détermination et de calcul de la dotation socle sont fixées par décret.

II. – Une expérimentation portant sur un financement des activités de médecine des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, composé d'une dotation reposant sur des caractéristiques populationnelles, d'un paiement à l'activité et à l'acte et d'un financement à la qualité, est mise en œuvre pour une durée de cinq ans à compter de la publication du décret en Conseil d'État mentionné à l'avant-dernier alinéa du présent II, qui ne peut être postérieure au 31 décembre 2021.

Pour la mise en œuvre de cette expérimentation, il peut être dérogé :

1° Aux règles de financement des établissements de santé, de facturation et de tarification mentionnées aux articles L. 162-22, L. 162-22-6, L. 162-22-8, L. 162-22-8-1, L. 162-22-8-3, L. 162-22-10, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15, L. 162-23-15, L. 162-23-16, L. 162-26 et L. 162-26-1 du code de la sécurité sociale ;

2° À l'article L. 162-2 du même code, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade.

Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation, notamment les conditions d'entrée dans le dispositif, les modalités de financement susceptibles d'être mises en œuvre et les modalités d'évaluation de l'expérimentation.

Un rapport d'évaluation est transmis au Parlement au plus tard le 30 juin 2026.

III. – La dotation prévue au II se substitue à la dotation socle prévue au I lorsque l'établissement de santé qui bénéficie de la dotation socle participe à l'expérimentation prévue au II.

Article 58

I. – Le chapitre III *ter* du titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rétabli :

« CHAPITRE III TER
« Maisons de naissance

« Art. L. 6323-4. – Les maisons de naissance sont des structures sanitaires au sein desquelles des sages-femmes, dans les conditions prévues aux articles L. 4151-1 et L. 4151-4 relatifs à l'exercice de leur profession, assurent l'accouchement des femmes dont elles ont suivi la grossesse. Les maisons de naissance s'inscrivent dans une offre de soins diversifiée pour assurer aux femmes le choix de l'accouchement le plus adapté à leurs besoins. La direction médicale des maisons de naissance est assurée par des sages-femmes.

« Chaque maison de naissance doit être contiguë à un établissement de santé autorisé pour l'activité de soins de gynécologie-obstétrique, avec lequel elle conclut une convention prévoyant, notamment, les modalités d'un transfert rapide des parturientes ou des nouveau-nés en cas de nécessité.

« Art. L. 6323-4-1. – Les maisons de naissance sont créées et gérées par :

« 1° Plusieurs sages-femmes associées pour leur exercice professionnel ou pour la mise en commun de moyens nécessaires à cet exercice ;

« 2° Un organisme à but non lucratif autre qu'un établissement de santé ;

« 3° Un groupement d'intérêt public, un groupement d'intérêt économique ou un groupement de coopération sanitaire.

« Art. L. 6323-4-2. – Outre les activités mentionnées à l'article L. 6323-4, les maisons de naissance peuvent :

« 1° Mener des actions de santé publique, de prévention et d'éducation thérapeutique notamment en vue de favoriser l'accès aux droits des femmes ;

« 2° Constituer des lieux de stages, le cas échéant universitaires, pour la formation des sages-femmes.

« Art. L. 6323-4-3. – Les projets relatifs à la création d'une maison de naissance sont soumis à l'autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé. L'autorisation est accordée pour une durée de sept ans renouvelable.

« L'autorisation est accordée lorsque le projet répond aux besoins de la population et permet le respect des conditions de fonctionnement prévues à l'article L. 6323-4-4.

« Art. L. 6323-4-4. – Les conditions techniques de fonctionnement des maisons de naissance sont fixées par décret. La prise en charge des femmes et des nouveau-nés est conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles établies par la Haute Autorité de santé.

« Art. L. 6323-4-5. – Lorsqu'il est constaté un manquement compromettant la qualité ou la sécurité des soins, une méconnaissance des dispositions législatives et réglementaires relatives aux maisons de naissance, ou en cas d'abus ou de fraude à l'égard des organismes de sécurité sociale ou des assurés sociaux, le directeur général de l'agence régionale de santé dispose des pouvoirs et met en œuvre la procédure prévus, pour les centres de santé, à l'article L. 6323-1-12.

« Art. L. 6323-4-6. – Sauf dispositions contraires, les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'État. »

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

1° Au premier alinéa de l'article L. 1111-7, après les mots : « par des centres de santé, », sont insérés les mots : « par des maisons de naissance, » ;

2° À la fin de la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 1435-3, les mots : « et les maisons de santé » sont remplacés par les mots : « , les maisons de santé et les maisons de naissance » ;

3° À la première phrase de l'article L. 6323-5, après les mots : « maison de santé », sont insérés les mots : « , maisons de naissance ».

III. – À la première phrase du I de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, après les mots : « en maison de santé », sont insérés les mots : « , en maison de naissance ».

IV. – Le présent article entre en vigueur à une date fixée par le décret prévu à l'article L. 6323-4-6 du code de la santé publique, et au plus tard le 1^{er} novembre 2021.

Les maisons de naissance autorisées sur le fondement la loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance, en fonctionnement à la date d'entrée en vigueur du présent article, disposent d'un délai de trois mois à compter de cette date pour demander l'autorisation prévue à l'article L. 6323-4-3 du code de la santé publique. Elles doivent se conformer dans ce délai aux dispositions relatives aux maisons de naissance prévues au chapitre III *ter* du titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique. Elles peuvent poursuivre leur activité jusqu'à ce qu'il

soit statué sur leur demande. L'absence de notification d'une décision de l'agence régionale de santé dans un délai de quatre mois à compter de la réception de la demande vaut autorisation.

Article 59

I. – Après l'article L. 6111-1-5 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6111-1-6 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6111-1-6.* – Sans préjudice des dispositions de l'article L. 6111-1-5, les établissements de santé peuvent mettre en place un dispositif d'hébergement non médicalisé en amont ou en aval d'un séjour hospitalier ou d'une séance de soins pour des patients dont l'état de santé ne nécessite pas d'hébergement hospitalier pour leur prise en charge.

« L'établissement de santé peut déléguer la prestation à un tiers par voie de convention. »

II. – Le *b* du 2° du II de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est abrogé.

III. – Les modalités d'application du présent article, notamment les conditions d'accès et les critères d'éligibilité des patients au dispositif mentionné à l'article L. 6111-1-6 du code de la santé publique, les conditions et les modalités de contribution de l'assurance maladie à son financement, en particulier pour sa mise en place, et les conditions de choix et de conventionnement des tiers qui peuvent se voir déléguer par les établissements la réalisation de la prestation d'hébergement, sont fixées par décret en Conseil d'État.

Un cahier des charges fixe les conditions d'accès à ce financement. Son contenu est établi par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation au plus tard le 31 décembre 2022. Ce rapport intègre une évaluation de la prise en charge des publics isolés, notamment dans le cadre de la chirurgie ambulatoire.

Article 60

Le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la mise en place de la nouvelle tarification des transports bariatriques, dans le cadre du renouvellement de la convention nationale destinée à organiser les rapports

entre les entreprises de transports sanitaires privées et les caisses d'assurance maladie, telle que prévue à l'article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale. Ce rapport est remis dans un délai d'un an à compter de l'entrée en vigueur de la nouvelle tarification. Ce rapport participe de la bonne information du Parlement en ce qui concerne l'égalité d'accès aux soins pour les personnes obèses.

Article 61

La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa du I de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale relative aux actes de téléconsultation est supprimée jusqu'au 31 décembre 2021.

Article 62

I. – Par dérogation au premier alinéa du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, l'échéance de la convention nationale prévue à l'article L. 162-5 du même code et régissant les rapports entre l'assurance maladie et les médecins libéraux, conclue le 25 août 2016 et approuvée le 20 octobre 2016, est reportée au 31 mars 2023.

II. – Le délai d'entrée en vigueur mentionné au premier alinéa du I de l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable aux mesures conventionnelles issues des négociations conclues avant le 31 décembre 2020 et dont la liste est fixée par décret.

Article 63

I. – L'article L. 162-1-21 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Bénéficient également du tiers payant sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire les assurées pour frais relatifs à une interruption volontaire de grossesse mentionnés à l'article L. 160-8. »

II. – L'article L. 2212-10 du code de la santé publique est ainsi rétabli :

« *Art. L. 2212-10.* – La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse est protégée par le secret afin de pouvoir préserver, le cas échéant, l'anonymat de l'intéressée. »

III. – À l'article 20-4 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité,

invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, après la référence : « L. 161-34 », est insérée la référence : « , L. 162-1-21 ».

IV. – Au quatrième alinéa de l'article 9 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, après la référence : « L. 161-15 », est insérée la référence : « , L. 162-1-21 ».

Article 64

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

1° Après le 4° de l'article L. 162-32-1, il est inséré un 4° *bis* ainsi rédigé :

« 4° *bis* Les conditions à remplir par les centres de santé pour être régis par l'accord national, notamment celles relatives aux zones d'exercice, définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, concernant l'ouverture des centres de santé ou l'accroissement d'activité par le recrutement d'un nouveau professionnel de santé salarié. Ces conditions peuvent être modulées en fonction de la profession des professionnels de santé salariés exerçant au sein du centre de santé ; »

2° À la seconde phrase du dernier alinéa de l'article L. 162-32-2, après le mot : « dispositions », sont insérés les mots : « ainsi que les conditions relatives aux zones d'exercice définies en application du 4° *bis* de l'article L. 162-32-1 ».

Article 65

I. – L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, les mots : « , qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, » sont supprimés ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Elles prévoient également le bénéfice du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des

tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 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 ainsi qu'à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité et dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »

II. – Les dispositions du I s'appliquent aux contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2022.

Article 66

I. – À titre expérimental et pour une durée de trois ans à compter de la publication de la présente loi, dans le ressort de quatre caisses départementales ou interdépartementales de mutualité sociale agricole, par dérogation aux articles L. 4624-2 et L. 4624-3 du code du travail et dans les conditions fixées par un protocole de coopération établi conformément aux dispositions de l'article L. 4011-1 du code de la santé publique, l'infirmier qualifié en santé au travail relevant des services de santé au travail de ces caisses assure :

1° La réalisation de l'examen périodique du travailleur agricole, dans le cadre du suivi individuel renforcé dont ce dernier bénéficie en application de l'article L. 4624-2 du code du travail ;

2° La réalisation de l'examen de reprise de la travailleuse agricole après son congé de maternité, dès lors qu'elle n'est pas affectée à un poste présentant des risques particuliers, ainsi que l'échange prévu dans ce cadre avec la travailleuse agricole au titre de l'article L. 4624-3 du même code ;

3° Le bilan d'exposition aux risques professionnels effectué lorsque le travailleur agricole atteint l'âge de cinquante ans.

Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation. Il précise notamment le rôle de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole dans le pilotage de sa mise en œuvre.

II. – Au plus tard trois mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement présente au Parlement un rapport d'évaluation de celle-ci.

Article 67

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

1° À la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 732-4, les mots : « , à l'exception de l'avant-dernier alinéa, » sont supprimés ;

2° Le dernier alinéa de l'article L. 752-5-1 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le délai mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 752-5 n'est pas applicable pour le versement de cette indemnité. »

II. – Les dispositions du I s'appliquent aux arrêts de travail prescrits à compter du 1^{er} janvier 2021.

Article 68

I. – La section 2 du chapitre II du livre VII du titre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 172-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 172-1-1.* – En cas d'incapacité de travail suite à un accident ou à une maladie professionnelle, la personne qui relève du régime d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des non-salariés agricoles défini au chapitre II du titre V du livre VII du code rural et de la pêche maritime et qui exerce simultanément une activité salariée relevant du régime général de sécurité sociale ou du régime des salariés agricoles perçoit, lorsqu'elle est victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle dans le cadre de son activité non salariée agricole, l'indemnité journalière mentionnée à l'article L. 323-1 du présent code, dès lors qu'elle remplit les conditions fixées à l'article L. 313-1 du présent code, le cas échéant selon les modalités prévues à l'article L. 742-3 du code rural et de la pêche maritime, en sus de l'indemnité versée par le régime d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des non-salariés agricoles défini au chapitre II du titre V du livre VII du même code. »

II. – Les dispositions du I sont applicables aux accidents du travail et aux maladies professionnelles déclarés à compter du 1^{er} janvier 2021.

Article 69

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

1° L'article L. 621-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « entrant dans le champ d'application de l'article L. 622-1 » sont remplacés par les mots : « , à l'exception de ceux mentionnés aux articles L. 640-1 et L. 651-1, » ;

b) Au deuxième alinéa, le mot : « à » est remplacé par les mots : « au premier alinéa de » ;

c) À la dernière phrase du dernier alinéa, la dernière occurrence du mot : « à » est remplacée par les mots : « au premier alinéa de » ;

2° L'article L. 621-2 est ainsi modifié :

a) Les mots : « qui n'entrent pas dans le champ de l'article L. 622-1 » sont remplacés par les mots : « mentionnés aux articles L. 640-1 et L. 651-1 » et, après le mot : « activité », sont insérés les mots : « selon les modalités prévues aux articles L. 131-6 à L. 131-6-2 et L. 613-7 » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les travailleurs indépendants relevant de l'article L. 640-1 sont redevables, pour la couverture de prestations maladie en espèces prévues à l'article L. 622-2, d'une cotisation supplémentaire assise sur les revenus d'activité mentionnés au premier alinéa du présent article, dans la limite d'un plafond. Pour les travailleurs indépendants ne relevant pas de l'article L. 613-7, cette cotisation supplémentaire ne peut être inférieure à un montant fixé par décret. Le taux et le plafond de cette cotisation supplémentaire sont fixés par décret sur proposition du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales. » ;

3° À l'article L. 621-3, les mots : « aux articles L. 621-1 et » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 621-1 et au premier alinéa de l'article » ;

4° À l'article L. 622-1, les mots : « aux articles L. 640-1 et » sont remplacés par les mots : « à l'article » ;

5° L'article L. 622-2 est ainsi rédigé :

« Art. L. 622-2. – Les assurés mentionnés à l'article L. 640-1 bénéficient de prestations maladie en espèces dans les conditions prévues à l'article L. 622-1 sous réserve d'adaptations déterminées par décret, pris sur proposition du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales, relatives :

« 1° À la limite des revenus servant de base pour le calcul de l'indemnité journalière ;

« 2° Au délai suivant le point de départ de l'incapacité de travail à l'expiration duquel l'indemnité journalière est accordée.

« La durée maximale de versement de l'indemnité journalière au titre d'une même incapacité de travail est déterminée par décret sans préjudice des durées maximales de versement fixées aux 1^o et 2^o de l'article L. 323-1.

« Le service des prestations maladie en espèces mentionnées au premier alinéa du présent article est confié aux organismes mentionnés aux articles L. 211-1 et L. 752-4 dans des conditions faisant l'objet d'une convention conclue entre la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et la Caisse nationale de l'assurance maladie. Cette convention précise notamment les modalités de financement des frais de gestion et de contrôle médical afférents au service de ces indemnités. Elle est approuvée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. À défaut de convention, ces conditions sont déterminées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

« Si l'équilibre financier entre la cotisation prévue au second alinéa de l'article L. 621-2 et les prestations prévues au présent article vient à être rompu, le conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales propose soit une augmentation de la cotisation, soit une diminution des prestations. En cas de carence, l'équilibre financier est rétabli dans des conditions fixées par décret. » ;

6^o L'article L. 641-2 est ainsi modifié :

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

b) Après le 7^o, il est inséré un 8^o ainsi rédigé :

« 8^o De proposer, pour les professionnels libéraux relevant de l'article L. 640-1, le taux et le plafond de la cotisation supplémentaire prévue au second alinéa de l'article L. 621-2 ainsi que les paramètres de calcul des prestations maladie en espèces prévues à l'article L. 622-2. Elle remet à l'autorité compétente de l'État, avant le 31 décembre de chaque année, un rapport présentant le bilan de la gestion du dispositif et des projections financières sur cinq ans. » ;

c) À la seconde phrase de l'avant-dernier alinéa, après le mot : « libérales », sont insérés les mots : « et du dispositif de prestations maladie en espèces prévu à l'article L. 622-2 ».

II. – Le I entre en vigueur le 1^{er} juillet 2021.

Article 70

I. – À titre expérimental et pour une durée de trois ans à compter de la publication de la présente loi, par dérogation à l'article L. 2212-2 du code de la santé publique, les sages-femmes ayant réalisé la formation complémentaire obligatoire et justifiant des expériences spécifiques attendues peuvent réaliser des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en établissements de santé.

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 national, les éléments relatifs à la formation exigée et les expériences attendues des sages-femmes, les conditions de financement de l'expérimentation ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation.

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 national.

Article 71

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'un parcours soumis à prescription médicale visant à accompagner les personnes pour lesquelles une complication du diabète de type 2 est découverte et qui bénéficient du dispositif prévu au 3° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

Un décret fixe les conditions d'application du présent article, notamment les agences régionales de santé concernées par cette expérimentation et le contenu de ce parcours, qui peut comprendre un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des consultations de suivi nutritionnels et psychologiques.

Un rapport d'évaluation du dispositif est transmis au Gouvernement avant la fin de l'expérimentation.

Article 72

I. – À titre expérimental, pour une durée d'un an, l'État peut autoriser le financement, dans le cadre du dispositif mentionné à l'article L. 162-31-1 du

code de la sécurité sociale, de la mise en place par la Caisse nationale de l'assurance maladie, sur certains territoires, d'une consultation longue sur la santé sexuelle réalisée par le médecin généraliste, le gynécologue ou la sage-femme au bénéfice des assurés entre leur quinzième et leur dix-huitième anniversaire.

II. – Un rapport relatif à cette expérimentation est transmis au Gouvernement avant le terme de celle-ci en vue d'une éventuelle généralisation.

CHAPITRE II

Allonger le congé de paternité et d'accueil de l'enfant et le rendre pour partie obligatoire

Article 73

I. – Le code du travail est ainsi modifié :

1° L'article L. 1225-35 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « et dans un délai déterminé par décret » sont supprimés, après le mot : « conjoint », sont insérés les mots : « ou concubin », les mots : « ou vivant maritalement avec elle » sont supprimés et les mots : « onze jours consécutifs ou de dix-huit jours consécutifs » sont remplacés par les mots : « vingt-cinq jours calendaires ou de trente-deux jours calendaires » ;

b) Après le deuxième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Ce congé est composé d'une période de quatre jours calendaires consécutifs, faisant immédiatement suite au congé de naissance mentionné au 3° de l'article L. 3142-1, et d'une période de vingt et un jours calendaires, portée à vingt-huit jours calendaires en cas de naissances multiples.

« Le délai de prévenance de l'employeur quant à la date prévisionnelle de l'accouchement et aux dates de prise du congé et à la durée de la ou des périodes de congés, le délai dans lequel les jours de congé doivent être pris ainsi que les modalités de fractionnement de la période de congé de vingt et un jours et de vingt-huit jours sont fixés par décret. Le délai de prévenance relatif à la date prévisionnelle de l'accouchement et celui relatif aux dates de prise du ou des congés de la seconde période de vingt et un jours ou de vingt-huit

jours ainsi qu'à la durée de ces congés doivent être compris entre quinze jours et deux mois. » ;

c) Le troisième alinéa est supprimé ;

d) Au dernier alinéa, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre » et les mots : « le congé de paternité et d'accueil de l'enfant est de droit » sont remplacés par les mots : « la période de congé de quatre jours consécutifs mentionnée au troisième alinéa est prolongée de droit, à la demande du salarié, » ;

2° Après l'article L. 1225-35, il est inséré un article L. 1225-35-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1225-35-1.* – Il est interdit d'employer le salarié pendant le congé mentionné au 3° de l'article L. 3142-1 et pendant la période de congé de paternité et d'accueil de l'enfant de quatre jours mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 1225-35, à l'exception de sa prolongation éventuelle mentionnée au dernier alinéa du même article L. 1225-35 et sans qu'y fasse, le cas échéant, obstacle le non-respect par le salarié du délai de prévenance mentionné à l'avant-dernier alinéa dudit article L. 1225-35.

« Si la naissance de l'enfant intervient alors que le salarié a pris des congés payés ou un congé pour événements familiaux, l'interdiction d'emploi débute à l'issue de cette période de congés.

« L'interdiction d'emploi ne s'applique pas pour le congé mentionné au troisième alinéa de l'article L. 1225-35 lorsque le salarié ne peut pas bénéficier des indemnités et allocations versées dans les conditions prévues à l'article L. 331-8 du code de la sécurité sociale ou par d'autres dispositions législatives ou réglementaires. » ;

3° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 1225-37, le mot : « dix » est remplacé par le mot : « seize » ;

4° L'article L. 1225-40 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « onze » est remplacé par le mot : « vingt-cinq » et le mot : « dix-huit » est remplacé par le mot « trente-deux » ;

b) Au deuxième alinéa, le mot : « onze » est remplacé par le mot : « vingt-cinq » ;

5° L'article L. 3142-1 est ainsi modifié :

a) Le 3° est ainsi modifié :

– à la fin de première phrase, les mots : « survenue à son foyer ou pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption » sont remplacés par les mots : « pour le père et, le cas échéant, le conjoint ou le concubin de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité » ;

– la seconde phrase est supprimée ;

b) Après le même 3°, il est inséré un 3° *bis* ainsi rédigé :

« 3° *bis* Pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption ; »

6° L'article L. 3142-4 est ainsi modifié :

a) Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Trois jours, pour chaque naissance. Cette période de congés commence à courir, au choix du salarié, le jour de la naissance de l'enfant ou le premier jour ouvrable qui suit ; »

b) Après le même 3°, il est inséré un 3° *bis* ainsi rédigé :

« 3° *bis* Trois jours pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption ; »

c) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les jours de congés mentionnés au présent article sont des jours ouvrables. »

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

1° Le premier alinéa de l'article L. 161-6 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, le mot : « onze » est remplacé par le mot : « vingt-cinq » et le mot : « dix-huit » est remplacé par le mot : « trente-deux » ;

b) À la seconde phrase, le mot « onze » est remplacé par le mot « vingt-cinq » ;

2° À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 331-7, le mot : « dix » est remplacé par le mot : « seize » ;

3° L'article L. 331-8 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Lorsqu'il exerce son droit à congé prévu à l'article L. 1225-35 du code du travail dans les délais fixés par le décret auquel renvoie le même article L. 1225-35, l'assuré reçoit, pour la durée de ce congé et dans la limite maximale de vingt-cinq jours, l'indemnité journalière mentionnée à l'article L. 331-3 du présent code dans les mêmes conditions d'ouverture de droit, de liquidation et de service, sous réserve de cesser toute activité salariée ou assimilée pendant cette période et au minimum pendant la période de quatre jours mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 1225-35 du code du travail. » ;

b) À la fin du deuxième alinéa, les mots : « dix-huit jours consécutifs » sont remplacés par les mots : « trente-deux jours » ;

4° Le premier alinéa du II de l'article L. 623-1 est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« II. – À l'occasion de la naissance d'un enfant, le père et, le cas échéant, le conjoint de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou son concubin, auxquels s'appliquent les dispositions du présent livre bénéficient, sur leur demande, d'indemnités journalières du même montant que celles mentionnées au 2° du I.

« Pour bénéficier des indemnités mentionnées au premier alinéa du présent II, les intéressés doivent cesser leur activité professionnelle pendant une durée minimale, fixée par décret, à compter de la naissance et ne pas reprendre cette activité pendant la durée d'indemnisation. »

III. – Le premier alinéa de l'article L. 732-12-1 du code rural et de la pêche maritime est remplacé deux alinéas ainsi rédigés :

« Le père ainsi que, le cas échéant, le conjoint ou concubin de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité, lorsqu'ils appartiennent aux catégories mentionnées aux 1° et 2°, au a du 4° et au 5° de l'article L. 722-10, bénéficient, à l'occasion de la naissance d'un enfant, sur leur demande, d'une allocation de remplacement.

« Pour bénéficier de l'allocation prévue au premier alinéa du présent article, les intéressés doivent se faire remplacer par du personnel salarié dans leurs travaux, cesser leur activité professionnelle pendant une durée minimale, fixée par décret, à compter de la naissance et ne pas reprendre cette activité pendant la durée d'indemnisation. »

IV. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} juillet 2021. Il s'applique aux enfants nés ou adoptés à compter de cette date ainsi qu'aux enfants, nés

avant cette date, dont la naissance était supposée intervenir à compter de cette date.

Par dérogation au premier alinéa du présent IV, les dispositions du présent article relatives à l'information de l'employeur sur la date prévisionnelle de la naissance s'appliquent aux naissances prévues à compter du 1^{er} juillet 2021.

Article 74

Au dernier alinéa du II de l'article 373-2-2 du code civil, après le mot : « nécessaires », sont insérés les mots : « incluant le cas échéant le fait que l'intermédiation est ordonnée dans le cas prévu au 1^o du présent II, ».

Article 75

I. – L'article L. 531-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1^o À la première phrase du premier alinéa, après le mot : « attribuée », sont insérés les mots : « et versée » ;

2^o Le deuxième alinéa est remplacé par cinq alinéas ainsi rédigés :

« La prime à la naissance est versée avant le dernier jour du mois civil suivant le sixième mois de la grossesse.

« Par dérogation aux deux premiers alinéas, la prime à la naissance est attribuée à une date fixée par décret et versée avant le dernier jour du mois civil suivant le sixième mois prévu de la grossesse :

« 1^o Lorsque la naissance intervient avant le sixième mois prévu de la grossesse ;

« 2^o En cas de décès de l'enfant intervenant au delà de la vingtième semaine de grossesse.

« La prime à l'adoption est versée à une date fixée par décret. »

II. – Le I du présent article s'applique aux grossesses ayant débuté à compter du 1^{er} octobre 2020.

III. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 531-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi, la prime à la naissance est versée au cours du mois d'avril 2021 pour les grossesses ayant débuté entre le 1^{er} juin 2020 et le 30 septembre 2020.

CHAPITRE III

Tirer les conséquences de la crise sanitaire

Article 76

I. – L'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « des conditions adaptées » sont remplacés par les mots : « des règles relatives à l'amélioration des conditions » ;

2° Les 6° à 8° sont remplacés par des 6° à 11° ainsi rédigés :

« 6° La prise en charge par l'assurance maladie de frais de santé qui ne relèvent pas de la protection sociale contre le risque et les conséquences de la maladie ou la maternité au titre des articles L. 160-8 et L. 160-9 ;

« 7° Les conditions et la période d'attribution du droit à la protection complémentaire en matière de santé mentionnées à l'article L. 861-5 du présent code, à l'aide médicale de l'État mentionnées à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles et aux soins urgents mentionnés à l'article L. 254-1 du même code ;

« 8° La condition de stabilité et de régularité de résidence pour l'affiliation à l'assurance maladie et maternité prévue à l'article L. 160-1 du présent code ;

« 9° Les prestations en espèces d'assurance maladie, maternité et décès d'un régime obligatoire de sécurité sociale et le maintien du traitement ou de la rémunération des périodes de congés pour raisons de santé pour les assurés relevant d'un régime mentionné à l'article L. 711-1 s'agissant :

« a) Des conditions d'ouverture de droit aux prestations en espèces prévues aux articles L. 313-1, L. 321-1, L. 331-3, L. 331-7, L. 331-8 et L. 361-1 ou des dispositifs équivalents des autres régimes obligatoires ;

« b) Du délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 323-1 ou des dispositifs équivalents ;

« c) De la prise en compte du service de ces prestations dans les périodes mentionnées aux 1° et 2° du même article L. 323-1 ou des dispositifs équivalents ;

« d) Des conditions d'attribution de l'allocation de remplacement prévue à l'article L. 732-10 du code rural et de la pêche maritime. Le montant de

l'allocation de remplacement versée en raison des motifs mentionnés au premier alinéa du présent article est fixé par décret ;

« 10° Les délais et les sanctions mentionnés au premier alinéa de l'article L. 321-2 du présent code et au sixième alinéa de l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime, pour les incapacités de travail, ainsi qu'aux articles L. 441-1 et L. 441-2 du présent code et au premier alinéa des articles L. 751-26 et L. 752-24 du code rural et de la pêche maritime pour les accidents du travail ;

« 11° Le délai dans lequel le recours préalable mentionné à l'article L. 142-4 du présent code doit être formé ainsi que les délais relatifs aux conditions d'examen de ce recours, les délais à l'issue desquels une décision, un accord ou un avis peut ou doit intervenir ou est acquis implicitement. » ;

3° À l'avant-dernier alinéa, après le mot : « cause », sont insérés les mots : « ou nécessaires à la limitation de la propagation des effets de ce risque » et les mots : « assurés exposés » sont remplacés par les mots : « personnes exposées de manière directe ou indirecte » ;

4° Le dernier alinéa est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « assurés concernés » sont remplacés par les mots : « personnes concernées » ;

b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Il peut prévoir l'application rétroactive des dispositions qu'il contient, dans la limite d'un mois avant la date de sa publication. » ;

5° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le décret pris sur le fondement du présent article est dispensé des consultations obligatoires prévues par toute disposition législative ou réglementaire. Par dérogation à l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les conseils ou les conseils d'administration des caisses nationales concernées sont informés de tout projet de texte pris en application du présent article. »

II. – La section 1 du chapitre VI du titre II du livre II de la première partie du code du travail est ainsi modifiée :

1° L'article L. 1226-1-1 devient l'article L. 1226-1-2 ;

2° Il est rétabli un article L. 1226-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1226-1-1.* – Lorsque la protection de la santé publique le justifie, en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel, tel que prévu à l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale, notamment d'épidémie, nécessitant l'adoption en urgence de conditions adaptées pour le versement de l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1 du présent code, dérogoires au droit commun, celles-ci peuvent être prévues par décret, pour une durée limitée qui ne peut excéder un an.

« Dans les conditions et limites fixées par ce décret, les dérogations mises en œuvre en application du premier alinéa du présent article peuvent porter sur :

« 1° La condition d'ancienneté prévue au premier alinéa de l'article L. 1226-1 ;

« 2° Le motif d'absence au travail prévu au même premier alinéa ;

« 3° Les conditions prévues aux 1° et 3° du même article L. 1226-1 ;

« 4° L'exclusion des catégories de salariés mentionnées au cinquième alinéa dudit article L. 1226-1 ;

« 5° Les taux de l'indemnité complémentaire prévus par le décret pris pour l'application du dernier alinéa du même article L. 1226-1 ;

« 6° Les délais fixés par le même décret ;

« 7° Les modalités de calcul de l'indemnité complémentaire prévues par le même décret.

« Le décret mentionné au premier alinéa du présent article détermine la durée et les conditions de mise en œuvre des dérogations et peut leur conférer une portée rétroactive, dans la limite d'un mois avant la date de sa publication. »

III. – Jusqu'à une date précisée par décret, et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2021, afin de lutter contre l'épidémie de covid-19, des règles de prise en charge renforcée des frais de santé ainsi que des conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces, dérogoires au droit commun, peuvent être prévues par décret. Ces dérogations peuvent porter sur :

1° Les conditions d'ouverture de droit aux prestations en espèces prévues aux articles L. 313-1 et L. 321-1 du code de la sécurité sociale ou des dispositifs équivalents des autres régimes obligatoires, le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 323-1 du même code ou des dispositifs

équivalents et la prise en compte du service de ces prestations dans les périodes mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 323-1 dudit code ou des dispositifs équivalents, pour les assurés qui font l'objet d'une mesure d'isolement, d'éviction ou de maintien à domicile et qui se trouvent, pour l'un de ces motifs, dans l'impossibilité de continuer à travailler ;

2° Les modalités de participation des assurés aux frais pour l'examen de détection du génome du SARS-CoV-2 par amplification génique inscrit à la nomenclature des actes de biologie médicale et pour la réalisation d'un test sérologique pour la recherche des anticorps dirigés contre le SARS-CoV-2 inscrit à la nomenclature des actes de biologie médicale, mises en œuvre par le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus.

Ces dérogations ne peuvent être prévues que pour les actes et prestations directement en lien avec l'épidémie de covid-19 ou nécessaires à la limitation de la propagation des effets de cette épidémie et pour les personnes qui y sont exposées de manière directe ou indirecte.

Le décret mentionné au premier alinéa du présent III détermine les prestations et les personnes concernées ainsi que la nature, le niveau, la durée et les conditions de mise en œuvre des dérogations et des prises en charge applicables. Il peut prévoir l'application rétroactive des dispositions qu'il contient dans la limite d'un mois avant la date de sa publication.

Le décret pris sur le fondement du présent III est dispensé des consultations obligatoires prévues par toute disposition législative ou réglementaire. Par dérogation à l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les conseils ou les conseils d'administration des caisses nationales concernées sont informés de tout projet de texte pris en application du présent III.

Article 77

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

1° L'article L. 815-26 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 815-26.* – Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie, un fonds de financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité.

« Les dépenses du fonds sont constituées par le remboursement aux organismes débiteurs mentionnés à l'article L. 815-27 des prestations qu'ils servent au titre de cette allocation.

« Les recettes du fonds sont constituées d'une fraction du produit de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4, dans les conditions fixées par l'article L. 131-8. » ;

2° Le second alinéa de l'article L. 815-29 est supprimé ;

3° Au cinquième alinéa de l'article L. 821-1-2, les mots : « du fonds spécial » sont supprimés.

II. – Le 11° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime est abrogé.

III. – À l'article L. 153 du livre des procédures fiscales, les références : « à l'article L. 815-17 et au premier alinéa de l'article L. 815-29 » sont remplacées par les références : « aux articles L. 815-17 et L. 815-29 ».

IV. – Les I à III entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2021 et sont applicables aux allocations dues à compter de cette date. À cette date, les disponibilités, créances et dettes enregistrées par la Caisse des dépôts et consignations au titre du fonds spécial d'invalidité sont transférées de plein droit à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Les dépenses qui viendraient à être exposées après le 1^{er} janvier 2021 au titre d'allocations dues pour la période antérieure sont à la charge de l'État.

CHAPITRE IV

Assouplir et simplifier

Article 78

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

1° Au 1°, à la première phrase du 2° et au 8° de l'article L. 5121-1, les mots : « mentionnées aux articles L. 5121-9-1 et L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-9-1, L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » ;

2° Les articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 sont ainsi rédigés :

« Art. L. 5121-12. – I. – L'accès précoce défini au présent article régit l'utilisation, à titre exceptionnel, de certains médicaments, dans des indications thérapeutiques précises, destinés à traiter des maladies graves, rares ou invalidantes, lorsque les conditions suivantes sont réunies :

« 1° Il n'existe pas de traitement approprié ;

« 2° La mise en œuvre du traitement ne peut pas être différée ;

« 3° L'efficacité et la sécurité de ces médicaments sont fortement présumées au vu des résultats d'essais thérapeutiques ;

« 4° Ces médicaments sont présumés innovants, notamment au regard d'un éventuel comparateur cliniquement pertinent.

« II. – L'accès précoce s'applique :

« 1° Soit, par dérogation aux articles L. 5121-8 et L. 5121-9-1, à un médicament qui ne dispose pas d'une autorisation de mise sur le marché dans l'indication considérée et pour lequel l'entreprise intéressée a déposé, ou s'engage à déposer dans un délai déterminé par la Haute Autorité de santé sans pouvoir excéder une limite fixée par décret, une demande de délivrance d'une telle autorisation ;

« 2° Soit à un médicament qui dispose, le cas échéant après application du 1° du présent II, d'une autorisation de mise sur le marché dans l'indication considérée sans être inscrit pour cette indication sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du présent code ou au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale et pour lequel l'entreprise intéressée a déposé, ou s'engage à déposer dans le mois suivant l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, une demande d'inscription sur une de ces listes.

« III. – L'utilisation du médicament au titre de l'accès précoce est autorisée pour chaque indication considérée par la Haute Autorité de santé, sur demande de l'entreprise intéressée, pour une durée ne pouvant excéder une limite fixée par décret, éventuellement renouvelable.

« Lorsqu'elle porte sur un médicament mentionné au 1° du II, la décision d'autorisation est prise après avis conforme de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, attestant de la forte présomption d'efficacité et de sécurité du médicament dans chaque indication considérée.

« IV. – L'autorisation d'accès précoce est subordonnée au respect, par l'entreprise qui assure l'exploitation du médicament, d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil des données, défini par la Haute Autorité de santé et annexé à la décision d'autorisation. Le protocole est élaboré en lien avec l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé lorsque l'autorisation est délivrée au titre du 1° du II.

« Les données à recueillir portent sur l'efficacité, les effets indésirables, les conditions réelles d'utilisation ainsi que les caractéristiques de la population bénéficiant du médicament ainsi autorisé. Elles concernent notamment les personnes appartenant à des populations non représentées ou insuffisamment représentées, au regard des populations amenées à faire usage de ces médicaments, au sein des essais thérapeutiques auxquels il a été procédé en vue d'une demande d'autorisation de mise sur le marché.

« L'entreprise qui assure l'exploitation du médicament assure à sa charge le recueil des données. Les prescripteurs lui transmettent à cette fin les données de suivi des patients traités, selon des modalités assurant le respect du secret médical.

« V. – Lorsque l'autorisation d'accès précoce est délivrée au titre du 1° du II, le prescripteur informe le patient, son représentant légal, s'il s'agit d'un mineur, ainsi que la personne chargée de la mesure de protection juridique, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, ou la personne de confiance que le patient a désignée en application de l'article L. 1111-6, que la prescription du médicament ne s'effectue pas dans le cadre d'une autorisation de mise sur le marché mais d'une autorisation d'accès précoce au titre du III du présent article, des risques encourus et des contraintes et des bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament. Il porte sur l'ordonnance la mention : "Prescription hors autorisation de mise sur le marché au titre d'une autorisation d'accès précoce".

« Lorsque l'autorisation d'accès précoce est délivrée au titre du 2° du II, le prescripteur porte sur l'ordonnance la mention : "Prescription au titre d'une autorisation d'accès précoce".

« Dans tous les cas, le prescripteur informe le patient des conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, du médicament prescrit dans l'indication.

« VI. – L'autorisation d'accès précoce peut être suspendue ou retirée par la Haute Autorité de santé :

« 1° Si les conditions prévues au présent article ne sont plus remplies ;

« 2° Lorsque l'entreprise qui assure l'exploitation du médicament ne respecte pas l'engagement de déposer une demande d'autorisation de mise sur le marché ou d'inscription au remboursement souscrit, le cas échéant, en application des 1° ou 2° du II ou lorsqu'elle retire sa demande ;

« 3° Sur demande de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, pour des motifs de santé publique, en cas de méconnaissance du protocole défini au III en ce qui concerne les règles d'utilisation thérapeutique ou en cas de détérioration de la présomption d'efficacité ou de sécurité du médicament, résultant notamment des nouvelles données de suivi ou données cliniques disponibles, d'un avis défavorable émis par le comité des médicaments à usage humain de l'Agence européenne des médicaments ou d'un refus d'autorisation de mise sur le marché du médicament dans l'indication considérée.

« En cas d'urgence, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut, pour l'un des motifs mentionnés au 3° du présent VI, suspendre temporairement l'autorisation d'accès précoce dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

« *Art. L. 5121-12-1.* – I. – Les articles L. 5121-8 et L. 5121-9-1 ne font pas obstacle à l'utilisation exceptionnelle, au titre de l'accès compassionnel, de certains médicaments, dans des indications thérapeutiques précises, lorsque les conditions suivantes sont réunies :

« 1° Le médicament ne fait pas l'objet d'une recherche impliquant la personne humaine à des fins commerciales ;

« 2° Il n'existe pas de traitement approprié ;

« 3° L'efficacité et la sécurité du médicament sont présumées au regard des données cliniques disponibles ainsi que, lorsque l'indication concerne une maladie rare, des travaux et des données collectées par les professionnels de santé dans des conditions définies par décret en Conseil d'État.

« Cette utilisation exceptionnelle s'effectue en application soit d'une autorisation définie au II du présent article, soit d'un cadre de prescription compassionnelle défini au III.

« II. – À la demande d'un médecin prescripteur, en vue du traitement d'une maladie grave, rare ou invalidante, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut autoriser, au titre de l'accès

compassionnel défini au I et pour une durée maximale d'un an renouvelable, l'utilisation pour un patient nommément désigné d'un médicament qui ne dispose pas, quelle que soit l'indication thérapeutique, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ou par la Commission européenne ou d'un médicament qui a fait l'objet d'un arrêt de commercialisation et dont l'autorisation de mise sur le marché ne porte pas sur l'indication thérapeutique sollicitée.

« Par dérogation au 1° du même I, un médicament faisant l'objet, à un stade très précoce, d'une recherche impliquant la personne humaine dans l'indication considérée peut faire l'objet d'une autorisation au titre du présent II lorsque la mise en œuvre du traitement ne peut être différée et que le patient ne peut participer à cette recherche, sous réserve que l'entreprise qui assure l'exploitation du médicament s'engage à déposer, dans un délai, défini par décret, courant à compter de l'octroi de la première autorisation délivrée par l'agence dans cette indication, une demande d'accès précoce définie à l'article L. 5121-12 dans cette indication.

« Les médicaments autorisés en application du présent II sont importés, le cas échéant, par les pharmacies à usage intérieur. Ils sont mis à la disposition des prescripteurs par le titulaire des droits d'exploitation du médicament concerné.

« III. – De sa propre initiative ou à la demande du ministre chargé de la santé ou du ministre chargé de la sécurité sociale, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut établir, au titre de l'accès compassionnel défini au I et pour une durée de trois ans renouvelable, un cadre de prescription relatif à un médicament faisant l'objet, pour d'autres indications, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'agence ou par la Commission européenne, afin de sécuriser une prescription non conforme à cette autorisation.

« Par dérogation au 2° du même I, l'existence, dans l'indication concernée, d'un traitement disposant d'une autorisation de mise sur le marché ne fait pas obstacle à l'établissement d'un cadre de prescription compassionnelle pour un médicament lorsqu'il ne s'agit pas d'un médicament de même principe actif, de même dosage et de même forme pharmaceutique. Ce médicament peut faire l'objet d'une prescription conformément au cadre ainsi établi, dès lors que le prescripteur juge qu'il répond, au moins aussi bien que le médicament ayant fait l'objet de l'autorisation de mise sur le marché dans cette indication, aux besoins du patient.

« IV. – Avant de délivrer une autorisation ou d'établir un cadre de prescription au titre de l'accès compassionnel, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé informe l'entreprise qui assure l'exploitation ou, le cas échéant, le titulaire des droits d'exploitation du médicament concerné.

« V. – Les autorisations et les cadres de prescription au titre de l'accès compassionnel sont assortis d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de suivi des patients qui précise les conditions de recueil des informations concernant l'efficacité, les effets indésirables et les conditions réelles d'utilisation du médicament ainsi que, le cas échéant, les caractéristiques de la population bénéficiant du médicament ainsi autorisé ou encadré. Lorsqu'il se rattache à une autorisation délivrée au titre du deuxième alinéa du II ou à un cadre de prescription compassionnelle, ce recueil est financé par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou l'entreprise qui l'exploite. Il peut être dérogé à l'obligation d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de suivi des patients prévue au présent alinéa lorsqu'il existe suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation du médicament dans l'indication faisant l'objet du cadre de prescription compassionnelle ou qu'il existe un autre médicament comparable disposant d'une autorisation de mise sur le marché dans cette indication.

« Pour les médicaments autorisés ou faisant l'objet d'un cadre de prescription au titre de l'accès compassionnel, les prescripteurs assurent, le cas échéant, le recueil et la transmission des données de suivi des patients traités requises par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé suivant les modalités qu'elle fixe pour chacun des médicaments concernés. Ces modalités assurent le respect du secret médical.

« VI. – Le prescripteur informe le patient, son représentant légal, s'il est mineur, ainsi que la personne chargée de la mesure de protection, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, ou la personne de confiance qu'il a désignée en application de l'article L. 1111-6, que la prescription du médicament ne s'effectue pas dans le cadre d'une autorisation de mise sur le marché mais de l'accès compassionnel au titre des II ou III du présent article, le cas échéant de l'absence d'alternative thérapeutique, des risques encourus ainsi que des contraintes et des bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament. Il porte sur l'ordonnance la mention : "Prescription au titre d'un accès compassionnel en dehors du cadre d'une autorisation de mise sur le marché".

« Il informe également le patient des conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, du médicament prescrit dans l'indication considérée.

« La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. Pour un médicament relevant d'un cadre de prescription compassionnelle, il motive sa prescription dans ce dossier, sauf lorsqu'il existe suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation du médicament dans l'indication faisant l'objet du cadre de prescription compassionnelle ou qu'il existe un autre médicament comparable disposant d'une autorisation de mise sur le marché dans cette indication.

« VII. – L'autorisation ou le cadre de prescription compassionnelle peuvent être suspendus ou retirés par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé si les conditions définies au présent article ne sont plus remplies ou pour des motifs de santé publique. » ;

3° Après l'article L. 5121-12-1-1, il est inséré un article L. 5121-12-1-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 5121-12-1-2.* – En l'absence d'autorisation ou de cadre de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L. 5121-12-1 dans l'indication considérée, un médicament ne peut faire l'objet d'une prescription non conforme à son autorisation de mise sur le marché qu'en l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou d'une autorisation d'accès précoce et sous réserve que le prescripteur juge indispensable, au regard des connaissances médicales avérées, le recours à ce médicament pour améliorer ou stabiliser l'état clinique de son patient.

« Dans ce cas, les dispositions du VI de l'article L. 5121-12-1 sont applicables et la mention portée sur l'ordonnance est : "Prescription hors autorisation de mise sur le marché". » ;

4° Au premier alinéa de l'article L. 5121-14-3, les mots : « des recommandations temporaires d'utilisation mentionnées à l'article L. 5121-12-1, » sont supprimés et les mots : « son autorisation temporaire d'utilisation mentionnée à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « ses autorisations ou cadres de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » ;

5° Au dernier alinéa de l'article L. 5121-18, les mots : « temporaire d'utilisation mentionnée au 1° du I de » sont remplacés par les mots : « d'accès précoce mentionnée à » ;

6° Le 8° de l'article L. 5121-20 est ainsi rédigé :

« 8° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir les autorisations prévues aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, les conditions et modalités d'octroi, de modification, de renouvellement, de suspension ou de retrait de ces autorisations ainsi que les modalités d'établissement, de modification, de suspension et de retrait des cadres de prescription compassionnelle prévus à l'article L. 5121-12-1 ; »

7° Au deuxième alinéa de l'article L. 5123-2, les mots : « mentionnées à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « ou cadres de prescription compassionnelle dans une indication considérée mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 ainsi que ceux bénéficiant d'une autorisation d'importation délivrée en application de l'article L. 5124-13 dans le cadre d'une rupture de stock, d'un risque de rupture ou d'un arrêt de commercialisation » ;

8° À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 5124-13, les mots : « l'autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « les autorisations ou cadres de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » ;

9° Après le premier alinéa du 1° de l'article L. 5126-6, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 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 ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 sont réputés inscrits sur cette liste. Le présent alinéa s'applique sans préjudice de l'existence d'un autre circuit de délivrance pour les médicaments faisant l'objet d'un cadre de prescription compassionnelle pour une indication considérée. » ;

10° Le 7° de l'article L. 5421-8 est ainsi rédigé :

« 7° Le fait pour toute entreprise qui assure l'exploitation du médicament ou tout prescripteur de ne pas recueillir ou transmettre à la Haute Autorité de santé ou, le cas échéant, à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, dans les délais impartis, les données et les informations mentionnées au IV de l'article L. 5121-12 et au V de l'article L. 5121-12-1 ; »

11° À l'article L. 5422-3 et à la fin du 7° de l'article L. 5422-18, les mots : « de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par

les mots : « d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » ;

12° À la seconde phrase du 3° du II de l'article L. 5432-1, les mots : « par l'article » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 5121-12 et » ;

13° Au dernier alinéa de l'article L. 5521-6, les mots : « l'autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « les autorisations ou cadres de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 ».

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

1° Au 1° de l'article L. 133-4, la référence : « L. 162-16-5-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-16-5-1 » ;

2° L'article L. 138-10 est ainsi modifié :

a) Au I, la référence : « L. 162-16-5-1 » est remplacée par les références : « L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2 » ;

b) Le II est ainsi modifié :

– à la fin du 3°, les mots : « temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code » sont remplacés par les mots : « ou d'un cadre de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du même code et de la prise en charge correspondante » ;

– le 4° est abrogé ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 138-11, la référence : « L. 162-16-5-1 » est remplacée par les références : « L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2 » ;

4° Après le 16° de l'article L. 161-37, il est inséré un 17° ainsi rédigé :

« 17° Prendre les décisions relatives aux autorisations d'accès précoce des médicaments mentionnées à l'article L. 5121-12 du même code. » ;

5° Au dernier alinéa de l'article L. 162-4, la référence : « L. 5121-12-1 » est remplacée par la référence : « L. 5121-12-1-2 » ;

6° Au troisième alinéa du I de l'article L. 162-16-5, la référence : « L. 162-16-5-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-16-5-1 » ;

7° Les articles L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 sont ainsi rédigés :

« *Art. L. 162-16-5-1. – I. –* Les spécialités pharmaceutiques disposant, pour des indications particulières, d'une autorisation d'accès précoce mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique font l'objet d'une prise en charge à titre dérogatoire par l'assurance maladie dans certains établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du présent code, dans certains établissements de santé disposant d'une pharmacie à usage intérieur ou dans certains hôpitaux des armées, dans les conditions définies au présent article et aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-4.

« II. – A. – Pour chaque indication considérée, la prise en charge mentionnée au I du présent article prend fin 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 présent code et, le cas échéant, que l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié.

« B. – Pour chaque indication considérée, il est également mis fin, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à cette prise en charge :

« 1° En cas de retrait ou de suspension de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ;

« 2° En cas de refus d'inscription de cette indication, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au A du présent II ;

« 3° En cas de retrait de la demande d'autorisation de mise sur le marché ou de la demande d'inscription à ce titre sur l'une des listes mentionnées au même A.

« III. – Dans le cas où une demande d'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 est envisagée, celle-ci est adressée aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans un délai de deux semaines à compter de l'avis de la Haute Autorité de santé relatif à l'inscription de la spécialité pharmaceutique concernée, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.

« IV. – En cas de prise en charge d'une indication au titre du présent article, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut modifier les conditions de dispensation des spécialités déjà prises en charge au titre d'une autorisation de mise sur le marché.

« V. – Les modalités d'application du présent article, notamment les conditions de prise en charge des spécialités disposant d'une autorisation d'accès précoce, sont définies par décret en Conseil d'État.

« *Art. L. 162-16-5-1-1. – I. –* Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité bénéficiant d'une ou de plusieurs autorisations d'accès précoce mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique prises en charge selon les modalités fixées à l'article L. 162-16-5-1 du présent code 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 le produit, dès lors que celui-ci ne fait pas l'objet d'un prix maximal de vente aux établissements de santé en application de l'article L. 162-16-4-3, ni d'une prise en charge au titre des articles L. 162-17 ou L. 162-22-7 pour au moins l'une de ses indications. Le comité rend publiques ces déclarations.

« Le 15 février de chaque année, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité informe le comité du chiffre d'affaires correspondant à cette spécialité ainsi que du nombre d'unités fournies, pour chacune des indications concernées, au titre de l'année civile précédente.

« II. – A. – Pour chaque indication d'une spécialité faisant l'objet d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1, l'entreprise exploitant la spécialité reverse chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des remises calculées sur la base du chiffre d'affaires hors taxes facturé aux établissements de santé, au titre de l'indication et de la période considérées.

« Les taux de ces remises sont définis selon un barème progressif par tranche de chiffre d'affaires, fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Pour l'application des deux premiers alinéas du présent A, 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.

« B. – Un décret en Conseil d'État détermine les conditions dans lesquelles les taux de remise mentionnés au A sont majorés :

« 1° En l'absence de dépôt d'une demande d'autorisation de mise sur le marché ou d'inscription au remboursement dans le délai fixé, le cas échéant, en application des 1° ou 2° du II de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ;

« 2° En l'absence de signature d'une convention fixant le tarif ou le prix dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la demande d'inscription sur une des listes mentionnées aux articles L. 162-17 et L. 162-22-7 du présent code et, le cas échéant, à l'issue de nouveaux délais ;

« 3° En cas d'inscription au remboursement d'une autre spécialité identifiée par la Haute Autorité de santé comme répondant au besoin thérapeutique dans l'indication considérée ;

« 4° Lorsque l'indication considérée fait l'objet, lors de la demande d'inscription sur l'une des listes mentionnées au 2° du présent B, d'une évaluation de la Haute Autorité de santé remettant en cause la présomption d'innovation de la spécialité considérée.

« La ou les majorations fixées en application du présent B sont reductibles, le cas échéant, chaque année. Le décret en Conseil d'État mentionné au premier alinéa du présent B détermine les conditions d'application des majorations afin qu'une part minimale du chiffre d'affaires ne soit pas soumise à un reversement.

« III. – A. – Lorsqu'une spécialité pharmaceutique ayant fait l'objet d'une prise en charge pour une indication donnée au titre de l'article L. 162-16-5-1 est inscrite au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché incluant, en tout ou partie, cette indication, la convention ou la décision qui fixe le prix net de référence en application du IV de l'article L. 162-18 détermine également le montant de la restitution ou de la remise supplémentaire définies selon les modalités suivantes.

« Le Comité économique des produits de santé calcule, après que le laboratoire a été mis à même de présenter ses observations :

« 1° Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au titre de l'indication considérée, prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 et, le cas échéant, au titre de l'article L. 162-16-5-2, au prix net de référence sur l'ensemble de la période considérée de prise en charge ;

« 2° Le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé après déduction de la remise prévue au II du présent article et, le cas échéant, de la remise prévue au III de l'article L. 162-16-5-2, 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.

« Si le montant mentionné au 1° du présent A est inférieur à celui mentionné au 2°, le laboratoire verse une remise supplémentaire aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, égale à la différence entre ces deux montants. Dans le cas contraire, il est restitué au laboratoire la différence entre ces deux montants, dans la limite de la remise versée au titre du II du présent article pour l'indication considérée sur l'ensemble de la période de prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1.

« B. – Pour chaque indication considérée, l'intégralité des remises dues au titre du A est versée en une seule fois. Ces remises sont versées au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu.

« Toutefois, le laboratoire redevable de remises en application du premier alinéa du présent B peut en être exonéré s'il signe avec le comité une convention prévoyant le versement de remises. Cette convention est signée avant le 1^{er} mai de l'année suivant l'année civile au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée donnant lieu au versement de ces remises a eu lieu. Elle peut prévoir :

« 1° Soit le versement sur deux années successives au maximum de remises dont le montant total ne peut être inférieur au montant qui aurait été dû en application du même premier alinéa ;

« 2° Soit le versement en une seule fois, au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu. Dans ce cas, le montant de la remise est égal au montant qui aurait été dû en application dudit premier alinéa, auquel une décote, dans la limite de 3 %, peut être appliquée.

« IV. – Pour l'application du III, lorsque, pour une indication particulière, l'inscription est réalisée sur la seule liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique sans qu'intervienne, dans les deux mois suivants, une inscription sur une autre liste ouvrant droit à une prise en charge au titre de cette indication, le Comité économique des produits de santé peut retenir un prix de référence ou faire évoluer le prix de référence précédemment

retenu 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 présent code.

« Le III du présent article est également applicable lorsque, pour une indication thérapeutique, il est mis fin à la prise en charge au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, sans que soit mis en place un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché.

« Dans ce cas, le premier alinéa du présent IV s'applique pour la fixation du prix de référence ou sa modification éventuelle.

« V. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État.

« *Art. L. 162-16-5-2. – I. –* Les spécialités pharmaceutiques disposant, pour des indications particulières, d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique font l'objet d'une prise en charge, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, par l'assurance maladie, dans les conditions définies au présent article.

« II. – A. – Lorsque la spécialité pharmaceutique est déjà inscrite, au titre d'une autre indication, sur l'une des listes mentionnées aux articles L. 162-17 et L. 162-22-7 du présent code, la prise en charge s'effectue sur la base du taux de participation de l'assuré mentionné à l'article L. 160-13, du prix de vente au public mentionné à l'article L. 162-16-4, du prix de cession au public mentionné à l'article L. 162-16-5 ou du tarif de responsabilité et du prix limite de vente aux établissements mentionnés à l'article L. 162-16-6.

« B. – Lorsque la spécialité n'est inscrite sur aucune des listes mentionnées au A du présent II pour aucune de ses indications, la prise en charge s'effectue :

« 1° Soit sur la base du prix facturé aux établissements de santé. Dans ce cas, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité déclare aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame, le cas échéant, aux établissements de santé pour le produit, sauf lorsque la spécialité est inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et qu'un prix maximal de vente aux établissements de santé a été fixé en application de l'article L. 162-16-4-3 du présent code ;

« 2° Soit, le cas échéant, sur une base forfaitaire annuelle par patient définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Cet arrêté peut également fixer un prix de vente aux patients ou aux établissements dans les conditions prévues aux I et II de l'article L. 162-16-4 du présent code, sauf lorsque la spécialité est inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et qu'un prix maximal de vente aux établissements de santé a été fixé en application de l'article L. 162-16-4-3 du présent code.

« III. – A. – Sauf si l'indication est prise en charge sur une base forfaitaire en application du 2° du B du II du présent article, l'entreprise exploitant la spécialité reverse chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des remises calculées sur la base du chiffre d'affaires hors taxes facturé au titre de l'indication et de la période considérées.

« Les taux de ces remises sont définis selon des barèmes progressifs par tranche de chiffre d'affaires, fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Pour l'application des deux premiers alinéas du présent A, 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.

« B. – Un décret en Conseil d'État détermine les conditions dans lesquelles, lorsque l'autorisation relève du deuxième alinéa du II de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, les taux de remise mentionnés au A du présent III sont majorés :

« 1° Si l'entreprise ne dépose pas de demande d'accès précoce dans le délai mentionné au deuxième alinéa du II de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique ;

« 2° Ou si le nombre d'autorisations pour la spécialité pharmaceutique excède des seuils graduels fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« La ou les majorations fixées en application du présent B sont reconductibles, le cas échéant, chaque année. Le décret en Conseil d'État mentionné au premier alinéa détermine les conditions d'application des majorations afin qu'une part minimale du chiffre d'affaires ne soit pas soumise à un reversement.

« IV. – Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut assortir la prise en charge définie en application du I de l'obligation pour le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité :

« 1° De déposer, dans un délai déterminé, une demande d'autorisation de mise sur le marché ou une demande d'inscription sur les listes mentionnées à l'article L. 162-17 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;

« 2° De respecter des conditions particulières de dispensation, déterminées en cohérence avec les obligations prévues par le protocole d'utilisation thérapeutique et de suivi.

« En cas de manquement aux conditions fixées par l'arrêté, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité annuelle à sa charge. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré. Elle est reconductible, le cas échéant, chaque année.

« La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. 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.

« V. – Pour chaque indication considérée, la prise en charge définie au I cesse lorsque :

« 1° Une autorisation d'accès précoce au titre de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique est délivrée dans l'indication considérée ;

« 2° Une décision relative à l'inscription 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 même code ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code est prise et, le cas échéant, l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié ;

« 3° Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale décident de mettre fin à cette prise en charge par arrêté :

« a) En cas de retrait ou de suspension de l'autorisation mentionnée au II de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique ou du cadre de prescription compassionnelle mentionné au III du même article L. 5121-12-1 ;

« b) Ou lorsqu'une alternative thérapeutique, identifiée par la Haute Autorité de santé, est prise en charge au titre de l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du même code, aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou au premier alinéa de l'article L. 162-22-7.

« VI. – Une spécialité pharmaceutique prise en charge en application du I du présent article peut, à compter de la date à laquelle l'autorisation d'accès compassionnel ou le cadre de prescription compassionnelle cesse de produire ses effets, continuer à être prise en charge pour l'indication en cause :

« 1° Lorsque cette indication est mentionnée dans une autorisation de mise sur le marché délivrée pour cette spécialité pharmaceutique sans être inscrite sur l'une des listes mentionnées au 2° du V. Toutefois, la prise en charge cesse lorsqu'aucune décision d'inscription n'a été prise dans les sept mois suivant l'octroi de l'autorisation de mise sur le marché dans l'indication considérée ou si aucune demande d'inscription sur une de ces listes n'a été déposée dans le mois suivant l'autorisation de mise sur le marché ;

« 2° Pour le traitement d'un patient donné, débuté dans le cadre d'une autorisation d'accès compassionnel délivrée au titre du II de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique et ayant fait l'objet d'une prise en charge au titre du présent article, sous réserve que l'indication n'ait pas fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché au sens du premier alinéa de l'article L. 5121-9 du même code.

« VII. – Lorsqu'une indication thérapeutique est prise en charge en application du présent article, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut modifier les conditions de dispensation de la spécialité pharmaceutique au titre de l'indication ou des indications faisant l'objet de l'autorisation de mise sur le marché.

« VIII. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. » ;

8° L'article L. 162-16-5-3 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, les mots : « de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 ou de l'article L. 162-16-5-2 du présent code » sont remplacés par les mots : « d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge correspondante en application des articles L. 162-16-5-1 ou L. 162-16-5-2 du présent code ou bénéficiant d'une prise en charge au titre des continuités de traitement mentionnée au 2° du I *bis* de l'article L. 162-16-5-4 » ;

– à la deuxième phrase, les mots : « au titre des dispositions de l'article L. 162-16-5-1-1 ou de l'article L. 162-16-5-2 » sont remplacés par les mots : « de ce cadre de prescription compassionnelle ou de cette continuité de traitement » ;

b) Au second alinéa, la référence : « à l'article L. 5121-12 » est remplacée par les références : « aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » ;

9° Le I de l'article L. 162-16-5-4 est ainsi rédigé :

« I. – La prise en charge d'une spécialité pharmaceutique, pour une indication particulière, au titre de l'article L. 162-16-5-1 implique l'engagement par le laboratoire exploitant la spécialité de permettre d'assurer la continuité des traitements initiés :

« 1° Pendant la durée de la prise en charge au titre du même article L. 162-16-5-1 ;

« 2° Et pendant une durée minimale, fixée par décret, ne pouvant excéder un an, à compter, pour l'indication considérée, de l'arrêt de la prise en charge au titre du même article.

« Les dispositions du présent I ne s'appliquent pas si la spécialité, pour l'indication concernée, fait l'objet d'un arrêt de commercialisation pour des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients. » ;

10° Après le même I, il est inséré un I *bis* ainsi rédigé :

« I *bis*. – Durant la période de continuité de traitement postérieure à la prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 :

« 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 présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique dans

l'indication considérée, les conditions de dispensation et de prise en charge au titre de l'inscription sur ces listes s'appliquent ;

« 2° Lorsque la spécialité qui a bénéficié de cette prise en charge n'est inscrite sur aucune des listes mentionnées au 1° du présent I *bis* dans l'indication considérée, les dernières conditions de dispensation et de prise en charge au titre de l'accès précoce sont maintenues, pour une durée déterminée par décret qui ne peut excéder la durée mentionnée au 2° du I du présent article. Dans ce cas, le second alinéa du I de l'article L. 162-16-5-1-1 s'applique.

« Si le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé au titre de la période de continuité de traitement prise en charge en application du premier alinéa du présent 2°, minoré des remises mentionnées au II de l'article L. 162-16-5-1-1 au titre de cette même période, est supérieur à celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix de référence mentionné au même article L. 162-16-5-1-1, le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre ces deux montants. » ;

11° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17-1-2, les références : « L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2 » sont remplacées par les références : « L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-1-1 » ;

12° L'article L. 162-17-2-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– au début de la première phrase, les mots : « Toute spécialité pharmaceutique faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation prévue au I de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, » sont supprimés ;

– au début de la deuxième phrase, les mots : « La spécialité, » sont supprimés ;

– à la fin de la même deuxième phrase, les mots : « , à l'exception des spécialités pharmaceutiques faisant déjà l'objet, dans l'indication thérapeutique concernée, d'une recommandation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12-1 du même code » sont supprimés ;

– au début de la quatrième phrase, les mots : « En accord, le cas échéant, avec la recommandation temporaire d'utilisation mentionnée ci-dessus et le protocole de suivi mentionné au même article L. 5121-12-1, » sont supprimés ;

– à la même quatrième phrase, les mots : « le laboratoire ou » et les mots : « une demande d'autorisation de mise sur le marché ou » sont supprimés ;

– à la fin de la même quatrième phrase, les mots : « les listes mentionnées aux articles L. 162-17 ou L. 165-1 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du présent code » ;

– à l'avant-dernière phrase, les mots : « le laboratoire ou » sont supprimés ;

– à la dernière phrase, les mots : « spécialités pharmaceutiques, » sont supprimés ;

b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, le mot : « spécialités, » est supprimé ;

– à la dernière phrase, les mots : « de la spécialité, » sont supprimés ;

c) Le troisième alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, les mots : « la spécialité pharmaceutique, » sont supprimés ;

– la seconde phrase est supprimée ;

d) Le quatrième alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, les mots : « la spécialité pharmaceutique, » sont supprimés et les mots : « inscrit sur aucune des listes mentionnées aux articles L. 162-17, L. 162-22-7 ou L. 165-1 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « pas inscrit sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 » ;

– à la fin de la seconde phrase, la référence : « L. 162-16-4 » est remplacée par la référence : « L. 165-2 » ;

e) À la première phrase du cinquième alinéa, les mots : « le laboratoire ou » et les mots : « du laboratoire ou » sont supprimés ;

13° À la fin du 2° de l'article L. 162-17-4, la référence : « L. 162-16-5-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-16-5-1-1 » ;

14° Au premier alinéa du IV de l'article L. 162-18, les mots : « mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou d'une prise en charge

au titre de l'article L. 162-16-5-2 » sont remplacés par les mots : « ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 ou L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge correspondante au titre des articles L. 165-16-5-1 ou L. 162-16-5-2 » ;

15° L'article L. 162-22-7-3 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « l'un des dispositifs de » sont remplacés par le mot : « la », le mot : « mentionnés » est remplacé par le mot : « mentionnée » et la référence : « L. 162-16-5-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-16-5-1 » ;

b) À la seconde phrase, la référence : « L. 162-16-5-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-16-5-1 » ;

16° Le 6° de l'article L. 182-2 est abrogé ;

17° À la première phrase du dernier alinéa du II de l'article L. 315-2, les mots : « d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code ou à la suite d'une prise en charge en application des articles L. 162-16-5-2 ou L. 162-17-2-1 » sont remplacés par les mots : « de l'une des autorisations ou d'un cadre de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du même code et de la prise en charge associée au titre des articles L. 162-16-5-1 ou L. 162-16-5-2 ».

III. – Au second alinéa de l'article 281 *octies* du code général des impôts, les mots : « autorisation temporaire d'utilisation visés à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « une autorisation ou un cadre de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 ».

IV. – A. – Les I à III entrent en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} juillet 2021.

B. – Les autorisations temporaires d'utilisation délivrées au titre de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, et dont l'échéance est postérieure à la date mentionnée au A du présent IV demeurent régies jusqu'à leur terme, notamment en ce qui concerne leur prise en charge par l'assurance maladie, par les dispositions du code de la santé publique et du code de la sécurité sociale dans leur rédaction antérieure à la présente loi.

Les autorisations mentionnées au premier alinéa du présent B ne peuvent être renouvelées à leur terme. Toutefois, les spécialités en cause peuvent alors faire l'objet, dans l'indication concernée, d'une autorisation

soit au titre de l'accès précoce, soit au titre de l'accès compassionnel, dans les conditions prévues respectivement aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique dans leur rédaction résultant du présent article. Dans le cas d'une autorisation au titre de l'accès précoce, pour l'application du A du III de l'article L. 162-16-5-1-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant du présent article, le montant de la restitution ou de la remise supplémentaire est déterminé en tenant compte également du chiffre d'affaires correspondant à la période de prise en charge au titre de l'autorisation temporaire d'utilisation.

Les dispositions de l'article L. 162-16-5-4 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi restent applicables aux autorisations temporaires d'utilisation délivrées antérieurement à la date mentionnée au A du présent IV.

C. – Les spécialités qui sont, à la date mentionnée au A du présent IV, prises en charge par l'assurance maladie en application de l'article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, font l'objet d'une prise en charge dans les conditions prévues aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 du même code dans leur rédaction résultant du présent article.

D. – Les spécialités faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation délivrée au titre de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, et dont l'échéance est postérieure à la date mentionnée au A du présent IV sont réputées, à compter de cette date et pour la durée restant à courir, faire l'objet dans l'indication en cause d'un cadre d'accès compassionnel défini au III de l'article L. 5121-12-1 du même code dans sa rédaction résultant du présent article.

Toutefois, ces mêmes spécialités demeurent soumises, pour la durée mentionnée au premier alinéa du présent D ainsi qu'au titre d'éventuels renouvellements, aux règles de prise en charge par l'assurance maladie définies à l'article L. 162-17-2-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi.

E. – Pour l'application des articles L. 162-16-5-2 et L. 162-16-5-3 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction résultant du présent article, jusqu'à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2023, les remises dues par les laboratoires au titre d'une spécialité bénéficiant, dans une indication donnée, de la prise en charge mentionnée à l'article L. 162-16-5-2 du même code au titre d'un cadre de prescription compassionnelle mentionné au III de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique et, à

ce titre, dispensée en officine sont calculées sur la base d'une fraction du chiffre d'affaires annuel réalisé pour cette spécialité, déterminée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans la limite de 10 %.

V. – Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de trois ans à compter de la publication de la présente loi, un rapport évaluant l'impact de la refonte des modalités d'accès et de prise en charge des nouveaux médicaments innovants. Ce rapport analyse notamment l'impact de la réforme en termes d'accès des patients aux traitements et à l'innovation.

Article 79

Après l'article L. 162-17-4-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-17-4-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-17-4-3.* – Les entreprises mettent à la disposition du comité économique des produits de santé le montant des investissements publics de recherche et développement dont elles ont bénéficié pour le développement des médicaments inscrits ou ayant vocation à être inscrits 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 présent code. Ce montant est rendu public.

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

Article 80

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

1° L'article L. 161-37 est ainsi modifié :

a) Après le 15°, il est inséré un 16° ainsi rédigé :

« 16° Établir un référentiel des bonnes pratiques professionnelles des prestataires de service et des distributeurs de matériels mentionnés à l'article L. 5232-3 du code de la santé publique et établir et mettre en œuvre des procédures de certification de ces professionnels. » ;

b) Au dernier alinéa, les mots : « et 15° » sont remplacés par les mots : « , 15° et 16° » ;

2° L'article L. 165-6 est ainsi modifié :

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

b) Il est ajouté un II ainsi rédigé :

« II. – L'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut conclure, à l'échelon national, avec un ou plusieurs syndicats ou organisations regroupant des prestataires de service et des distributeurs de matériels mentionnés à l'article L. 5232-3 du code de la santé publique un accord relatif aux produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du présent code, portant sur les éléments définis au premier alinéa du I du présent article ainsi que sur les modalités de délivrance et de prise en charge de ces mêmes produits et prestations. Cet accord prévoit notamment des dispositions adaptées à la situation des bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé mentionnés à l'article L. 861-1 en application du deuxième alinéa du I du présent article. En l'absence d'accord ou si les dispositions de l'accord ne répondent pas aux conditions définies au même deuxième alinéa, les troisième et avant-dernier alinéas du même I s'appliquent.

« Peuvent seuls adhérer à l'accord national mentionné au premier alinéa du présent II les prestataires de service et les distributeurs de matériels détenant la certification prévue au 16° de l'article L. 161-37. L'accord peut, selon les modalités prévues au dernier alinéa du I du présent article, être rendu applicable à l'ensemble des prestataires de service et des distributeurs de matériels détenant cette certification.

« Les produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 délivrés par un prestataire de service ou un distributeur de matériels ne sont pris en charge par l'assurance maladie que si celui-ci a adhéré à l'accord prévu au premier alinéa du présent II ou si cet accord lui a été rendu applicable. À défaut d'accord, ces produits et prestations ne peuvent être pris en charge que si le professionnel détient la certification prévue au 16° de l'article L. 161-37.

« Les conditions de mise en œuvre du présent II sont précisées par décret en Conseil d'État. » ;

3° À la fin du 3° de l'article L. 162-1-14-1, après les mots : « troisième alinéas », est insérée la référence : « du I ».

II. – A. – Le référentiel de bonnes pratiques professionnelles mentionné au 16° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est rendu public par la Haute Autorité de santé au plus tard le 31 décembre 2021.

B. – L'avant-dernier alinéa du b du 2° du I entre en vigueur le 1^{er} juillet 2023.

Article 81

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

1° L'article L. 861-7 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, les mots : « directeur du fonds mentionné à l'article L. 862-1 » sont remplacés par les mots : « ministre chargé de la sécurité sociale » ;

b) À la première phrase du dernier alinéa, les mots : « directeur du fonds mentionné au deuxième alinéa du présent article » sont remplacés par les mots : « ministre chargé de la sécurité sociale » ;

2° L'article L. 862-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 862-1.* – Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie, un fonds de financement de la complémentaire santé solidaire. » ;

3° L'article L. 862-2 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 862-2.* – Les dépenses du fonds sont constituées par le remboursement aux organismes gestionnaires mentionnés aux *a* et *b* de l'article L. 861-4 des sommes correspondant à la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3.

« Pour les bénéficiaires redevables de la participation mentionnée au 2° de l'article L. 861-1, ces dépenses sont minorées du montant des participations dues à l'organisme assurant la protection complémentaire.

« Pour les organismes mentionnés au *b* de l'article L. 861-4, ces mêmes dépenses sont majorées, au titre des frais de gestion, d'un montant forfaitaire pour chaque bénéficiaire mentionné au 2° de l'article L. 861-1 dont l'organisme gère la protection complémentaire. Ce montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

« La Caisse nationale de l'assurance maladie transmet au Gouvernement, au plus tard le 1er septembre de chaque année, l'état des sommes correspondant à la prise en charge pour l'ensemble des organismes gestionnaires des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3.

« Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret. » ;

4° Au III de l'article L. 862-4, les mots : « au *a* de » sont remplacés par le mot : « à » ;

5° L'article L. 862-5 est ainsi modifié :

a) La seconde phrase du premier alinéa est supprimée ;

b) Le second alinéa est ainsi rédigé :

« La Caisse nationale de l'assurance maladie transmet trimestriellement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale les données nécessaires au contrôle des montants des dépenses mentionnées à l'article L. 862-2. » ;

6° L'article L. 862-7 est ainsi modifié :

a) Le *a* est abrogé ;

b) Aux *c* et *d*, le mot : « fonds » est remplacé par les mots : « ministre chargé de la sécurité sociale » ;

c) Au *e*, les mots : « et le fonds mentionné à l'article L. 862-1 transmettent » sont remplacés par le mot : « transmet » ;

d) À l'avant-dernier alinéa, les mots : « fonds mentionné à l'article L. 862-1 » sont remplacés par les mots : « ministre chargé de la sécurité sociale » et sont ajoutés les mots : « et du montant des impôts, taxes et contributions qu'ils acquittent et de leur rapport de solvabilité » ;

e) À la première phrase du dernier alinéa, la date : « 15 novembre » est remplacée par la date : « 31 décembre » ;

f) Le même dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le conseil mentionné à l'article L. 143-1 du code de l'action sociale et des familles rend un avis sur ce rapport, qui est également transmis au Parlement avant le 31 décembre de l'année considérée. » ;

7° L'article L. 862-8 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 862-8.* – Les organismes mentionnés au *b* de l'article L. 861-4 peuvent créer un fonds d'accompagnement à la protection complémentaire des personnes dont les ressources sont supérieures au plafond prévu au 1° de l'article L. 861-1. Ils en déterminent les modalités d'intervention. »

II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

III. – Sont transférés de plein droit à partir du 1^{er} janvier 2021 :

1° À la Caisse nationale de l'assurance maladie, les biens, disponibilités, capitaux propres, créances et dettes représentatifs des droits et obligations du Fonds de la complémentaire santé solidaire directement afférents au financement de la protection complémentaire en matière de santé ainsi que les engagements qui en découlent ;

2° À l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, les biens, disponibilités, capitaux propres, créances et dettes représentatifs des droits et obligations du Fonds de la complémentaire santé solidaire directement afférents à la mise en œuvre du contrôle relatif à l'assiette de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale ou des vérifications relatives au calcul des demandes de remboursements mentionnés au *a* de l'article L. 862-2 du même code dans sa rédaction antérieure à la présente loi ainsi que les engagements qui en découlent ;

3° À l'État, l'ensemble des autres biens, disponibilités, capitaux propres, droits et obligations, notamment ceux nécessaires à l'établissement de la liste mentionnée à l'article L. 861-7 dudit code et ceux, à l'exclusion des contrats de travail, afférents à la gestion administrative du Fonds de la complémentaire santé solidaire.

Ces transferts ne donnent pas lieu à la perception de droits, impôts ou taxes de quelque nature que ce soit.

Les modalités d'application du présent III sont fixées par décret, à l'exception des conditions d'établissement des comptes du Fonds de la complémentaire santé solidaire relatifs à l'exercice 2020 et de leur transfert au 1^{er} janvier 2021, qui sont définies par décret en Conseil d'État.

Article 82

I. – Après le chapitre VI du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un chapitre VI *bis* ainsi rédigé :

« *CHAPITRE VI BIS*

« ***Lutte contre le non-recours***

« *Art. L. 726-4.* – Les dispositions de l'article L. 261-1 du code de la sécurité sociale s'appliquent aux organismes de sécurité sociale relevant du présent livre. »

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

1° L'intitulé est complété par les mots : « et lutte contre le non-recours » ;

2° Au début, il est ajouté un chapitre I^{er} ainsi rédigé :

« *CHAPITRE I^{ER}*

« *Lutte contre le non-recours aux droits et aux prestations*

« *Art. L. 261-1.* – Les organismes de sécurité sociale relevant du présent livre mènent toutes actions de nature à détecter les situations dans lesquelles des personnes sont susceptibles de bénéficier de droits ou de prestations et à accompagner ces personnes dans l'accès à leurs droits et au service des prestations auxquelles elles peuvent prétendre. Ils mènent ces actions, en tant que de besoin, en lien avec les autres administrations ou organismes disposant d'informations pouvant contribuer à identifier les situations de non-recours. »

III. – Dans un délai de trois ans à compter de la publication de la présente loi, aux fins de lutter contre le non-recours aux droits et de détecter les situations dans lesquelles des personnes seraient éligibles à percevoir des prestations sociales dont le bénéfice ne leur a pas encore été ouvert faute de démarche accomplie en ce sens, les organismes de sécurité sociale peuvent traiter et échanger entre eux des données à caractère personnel ou collecter auprès d'autres administrations et de collectivités territoriales ces informations utiles à l'identification de leurs droits, y compris pour des personnes qui ne sont pas connues des organismes de sécurité sociale.

Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, précise les droits et prestations pour lesquels les échanges et les traitements prévus au premier alinéa du présent III peuvent être mis en œuvre, les catégories de données pouvant être utilisées ainsi que les garanties apportées aux personnes dans le traitement de leurs données et pour l'exercice de leurs droits. Les échanges et traitements effectués ont vocation à permettre aux organismes de contacter les personnes susceptibles de bénéficier de prestations afin qu'ils en formulent la demande. S'il est confirmé que les personnes ne remplissent pas les conditions d'éligibilité, leurs données traitées en application du présent article sont immédiatement supprimées.

Article 83

I. – L'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, au début, est ajoutée la mention : « I. – » et, à la fin, les mots : « des actions conventionnelles » sont remplacés par les mots : « de soutien aux actions conventionnelles, à la représentation des professionnels de santé libéraux et au financement des conseils nationaux professionnels » ;

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

« Ce fonds est organisé en trois sections définies aux II, III et IV du présent article.

« II. – La première section finance les actions conventionnelles. » ;

3° Au début du deuxième alinéa, la mention : « I. – » est supprimée ;

4° Au même deuxième alinéa, les mots : « ce fonds » sont remplacés par les mots : « cette section » ;

5° Au début du troisième alinéa, la mention : « II. – » est supprimée ;

6° Aux troisième et quatrième alinéas, les mots : « le fonds » sont remplacés par les mots : « la section » ;

7° Au début de l'avant-dernier alinéa, la mention : « III. – » est supprimée ;

8° Après le même avant-dernier alinéa, sont insérés sept alinéas ainsi rédigés :

« III. – La seconde section contribue à financer la participation des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé libéraux conventionnés à la vie conventionnelle ainsi qu'aux concertations et consultations organisées par les pouvoirs publics.

« Cette section est alimentée :

« 1° Par la fraction prévue au premier alinéa de l'article L. 4031-4 du code de la santé publique de la contribution définie au même article L. 4031-4 ;

« 2° Par une dotation de la branche Maladie, maternité, invalidité et décès du régime général, dont le montant est fixé chaque année par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale au regard des frais de participation des organisations aux instances conventionnelles.

« Les crédits du fonds sont répartis entre les organisations syndicales représentatives mentionnées à l'article L. 162-33 du présent code, pour

chaque profession concernée, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État en fonction de leur audience ou, pour les professions mentionnées à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 4031-2 du code de la santé publique, de leurs effectifs. Les organisations bénéficiaires établissent chaque année un rapport détaillant l'utilisation des crédits perçus dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

« IV. – La troisième section contribue à financer les conseils nationaux professionnels mentionnés à l'article L. 4021-3 du code de la santé publique.

« Cette section est alimentée par une dotation de la branche Maladie, maternité, invalidité et décès du régime général ayant vocation à financer les conseils nationaux professionnels et leurs organismes fédérateurs mentionnés au même article L. 4021-3 dont le montant, par conseil ou organisme éligible, est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. » ;

9° Au début du dernier alinéa, la mention : « IV. – » est remplacée par la mention : « V. – » et, après le mot : « définies », sont insérés les mots : « , sauf disposition contraire, ».

II. – L'avant-dernier alinéa de l'article L. 4021-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après la première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Les conseils nationaux professionnels et leurs organismes fédérateurs sont éligibles à un financement par le fonds mentionné à l'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale. » ;

2° À la deuxième phrase, après le mot : « composition », sont insérés les mots : « , à leur financement » ;

3° À la dernière phrase, après le mot : « fédérateurs », sont insérés les mots : « , la Caisse nationale de l'assurance maladie ».

III. – Le premier alinéa de l'article L. 4031-4 du code de la santé publique est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Aux fins de soutenir la participation des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé libéraux conventionnés à la vie institutionnelle, il est institué une contribution versée à titre obligatoire par chaque adhérent à l'une des conventions ou accords mentionnés à l'article L. 4031-3. Cette contribution est affectée au financement des unions régionales des professionnels de santé et, pour une part fixée par décret, au

financement de la seconde section du fonds mentionné au III de l'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale.

« La contribution est assise sur le revenu tiré de l'exercice de l'activité libérale de la profession. »

IV. – Les dispositions du III sont applicables aux contributions dues à compter du 1^{er} janvier 2021.

Article 84

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 3222-5-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 3222-5-1.* – I. – L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision motivée d'un psychiatre et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte, somatique et psychiatrique, confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin et tracée dans le dossier médical.

« II. – 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 par périodes maximales de douze heures dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités, dans la limite d'une durée totale de quarante-huit heures.

« La mesure de contention est prise dans le cadre d'une mesure d'isolement pour une durée maximale de six heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée par périodes maximales de six heures dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités, dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre heures.

« À titre exceptionnel, le médecin peut renouveler, au delà des durées totales prévues aux deux premiers alinéas du présent II, la mesure d'isolement ou de contention, dans le respect des autres conditions prévues aux mêmes deux premiers alinéas. Le médecin informe sans délai le juge des libertés et de la détention, qui peut se saisir d'office pour mettre fin à la mesure, ainsi que les personnes mentionnées à l'article L. 3211-12 dès lors

qu'elles sont identifiées. Le médecin fait part à ces personnes de leur droit de saisir le juge des libertés et de la détention aux fins de mainlevée de la mesure en application du même article L. 3211-12 et des modalités de saisine de ce juge. En cas de saisine, le juge des libertés et de la détention statue dans un délai de vingt-quatre heures.

« 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.

« Pour l'application du présent II, une mesure d'isolement ou de contention est regardée comme une nouvelle mesure lorsqu'elle est prise au moins quarante-huit heures après une précédente mesure d'isolement ou de contention. En-deçà de ce délai, sa durée s'ajoute à celle des mesures d'isolement et de contention qui la précèdent et les dispositions des trois premiers alinéas du présent II relatifs au renouvellement des mesures lui sont applicables.

« L'information prévue au troisième alinéa du présent II est également délivrée 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.

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

« III. – Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, un identifiant du patient concerné ainsi que son âge, son mode d'hospitalisation, la date et l'heure de début de la mesure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.

« L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1. » ;

2° L'article L. 3211-12 est ainsi modifié :

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

« Il peut également être saisi aux fins de mainlevée d'une mesure d'isolement ou de contention prise en application du troisième alinéa du II de l'article L. 3222-5-1. » ;

b) À la fin de la seconde phrase du dernier alinéa du même I, les mots : « telle mesure » sont remplacés par les mots : « mesure mentionnée au premier alinéa du présent article ou d'une mesure d'isolement ou de contention » ;

c) Le premier alinéa du III est complété par les mots : « , d'isolement ou de contention » ;

d) À la première phrase du second alinéa du même III, les mots : « cette mainlevée » sont remplacés par les mots : « la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète » ;

3° L'article L. 3211-12-1 est ainsi modifié :

a) Le IV devient le V ;

b) Le IV est ainsi rétabli :

« IV. – Lorsque le juge des libertés et de la détention n'ordonne pas la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète, il statue, le cas échéant, y compris d'office, sur le maintien de la mesure d'isolement ou de contention. » ;

4° L'article L. 3211-12-2 est complété par un III ainsi rédigé :

« III. – Par dérogation au I du présent article, le juge des libertés et de la détention, saisi d'une demande de mainlevée de la mesure d'isolement ou de contention prise en application du II de l'article L. 3222-5-1 ou qui s'en saisit d'office, statue sans audience selon une procédure écrite.

« Le patient ou, le cas échéant, le demandeur peut demander à être entendu par le juge des libertés et de la détention, auquel cas cette audition est de droit et toute demande peut être présentée oralement. Néanmoins, si, au vu d'un avis médical motivé, des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à l'audition du patient, celui-ci est représenté par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office.

« L'audition du patient ou, le cas échéant, du demandeur peut être réalisée par tout moyen de télécommunication audiovisuelle ou, en cas

d'impossibilité avérée, par communication téléphonique, à condition qu'il y ait expressément consenti et que ce moyen permette de s'assurer de son identité et de garantir la qualité de la transmission et la confidentialité des échanges. L'audition du patient ne peut être réalisée grâce à ce procédé que si un avis médical atteste que son état mental n'y fait pas obstacle.

« Dans ce cas, le juge des libertés et de la détention statue dans les conditions prévues par décret en Conseil d'État.

« S'il l'estime nécessaire, le juge des libertés et de la détention peut décider de tenir une audience. Dans cette hypothèse, il est fait application des I et II du présent article. Le dernier alinéa du I n'est pas applicable à la procédure d'appel. » ;

5° Après le premier alinéa de l'article L. 3211-12-4, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque le premier président ou son délégué est saisi d'un appel formé à l'encontre d'une ordonnance du juge des libertés et de la détention statuant sur le maintien d'une mesure d'isolement ou de contention prise sur le fondement de l'article L. 3222-5-1, il est fait application des dispositions prévues au III de l'article L. 3211-12-2. Le premier président ou son délégué statue dans les conditions prévues par décret en Conseil d'État. » ;

6° Au premier alinéa de l'article L. 3211-12-5, la référence : « IV » est remplacée par la référence : « V ».

CHAPITRE V

Dotations et objectifs de dépenses des branches et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 85

L'article L. 114-10-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, les mots : « lors de l'affiliation » sont remplacés par les mots : « dès l'ouverture du dossier de demande d'affiliation » ;

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

« Les informations collectées à ce titre par les organismes de sécurité sociale auprès des fichiers des services de l'État sont transmissibles entre eux. » ;

3° Au dernier alinéa, les mots : « peuvent faire » sont remplacés par le mot : « font ».

Article 86

Au début de la seconde phrase de l'article L. 114-12-3 du code de la sécurité sociale, les mots : « Le cas échéant, » sont supprimés.

Article 87

Après l'article L. 114-12-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 114-12-3-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 114-12-3-1.* – Lorsqu'une personne n'a pas encore été inscrite au répertoire national d'identification des personnes physiques et sollicite l'ouverture de droits ou l'attribution de prestations servies par les organismes de sécurité sociale, un numéro d'identification d'attente lui est attribué dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 114-12-1.

« Lorsque la personne concernée n'a pas fourni à l'organisme qui lui ouvre les droits ou lui sert des prestations les éléments d'état civil permettant de certifier son identité en application de l'article L. 161-1-4 ou lorsque l'examen de ces pièces révèle une fraude à l'identité, il est mis fin aux droits et prestations qui ont été ouverts dans un délai fixé par décret et les prestations qui ont été versées pendant la période font l'objet d'une procédure en récupération d'indus.

« Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article, notamment les cas dans lesquels il peut être dérogé au deuxième alinéa. »

Article 88

L'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase du septième alinéa du I, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « quatre » ;

2° Le II est ainsi modifié :

a) À la deuxième phrase, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « huit » ;

b) À la dernière phrase, le mot : « huit » est remplacé par le mot : « seize ».

Article 89

Le deuxième alinéa de l'article L. 553-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , l'action de l'organisme se prescrivant alors par cinq ans ».

Article 90

L'article L. 161-1-4 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Il en est de même en cas de non-respect de l'obligation pour toute personne de déclarer, auprès de l'organisme auquel elle est rattachée, tout changement dans sa situation familiale ou dans son lieu de résidence affectant son rattachement au régime dont elle dépend. »

Article 91

À la première phrase du deuxième alinéa du I de l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale, les mots : « tout au long de la vie » sont remplacés par les mots : « durant la durée des droits ».

Article 92

Après le 3° de l'article L. 314-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 4° ainsi rédigé :

« 4° Que le professionnel de santé sollicitant un remboursement dans le cadre du tiers payant est inscrit au tableau de l'ordre dont il dépend, lorsque cette inscription est obligatoire. »

Article 93

Après la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 161-36-3 du code de la sécurité sociale, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Ce décret fixe les conditions et les limites dans lesquelles l'assurance maladie peut

déroger à ce délai à la seule fin de procéder aux contrôles adéquats si le professionnel de santé a été sanctionné ou condamné pour fraude au cours des deux dernières années. »

Article 94

L'article L. 162-15-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsqu'un professionnel de santé fait l'objet, pour la seconde fois sur une période de cinq ans, d'une sanction ou d'une condamnation devenue définitive, la caisse primaire d'assurance maladie suspend d'office les effets de la convention après avoir mis à même le professionnel de présenter ses observations. Un décret en Conseil d'État précise les conditions et les modalités d'application du présent alinéa. »

Article 95

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 de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000), est fixé à 1 032 millions d'euros pour l'année 2021.

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 100 millions d'euros pour l'année 2021.

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 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 141,44 millions d'euros pour l'année 2021.

IV. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 130 millions d'euros pour l'année 2021.

Article 96

Pour l'année 2021, les objectifs de dépenses de la branche Maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 219,1 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 217,6 milliards d'euros.

Article 97

Pour l'année 2021, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

(En milliards d'euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville.....	98,9
Dépenses relatives aux établissements de santé.....	92,9
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées.....	13,6
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	12,4
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional.....	3,8
Autres prises en charge	3,8
Total.....	225,4

Article 98

Il n'est pas fait application en 2021 des trois dernières phrases du cinquième alinéa de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale.

Article 99

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 2021.

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 468 millions d'euros au titre de l'année 2021.

III. – Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à un milliard d'euros au titre de l'année 2021.

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 176-2 du même code, la transmission du rapport mentionné au second alinéa du même article L. 176-2, qui devait intervenir avant le 1^{er} juillet 2020, est reportée au 1^{er} juillet 2021 au plus tard.

IV. – Les montants mentionnés aux articles L. 242-5 du code de la sécurité sociale et L. 751-13-1 du code rural et de la pêche maritime couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale et les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif mentionné à l'article L. 4163-1 du code du travail sont respectivement fixés à 176 millions d'euros et 10,6 millions d'euros pour l'année 2021.

Article 100

I. – L'article L. 751-26 du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° À la première phrase du deuxième alinéa, au début, les mots : « La caisse peut autoriser un employeur à » sont remplacés par les mots : « L'employeur, dès lors qu'il remplit des conditions fixées par décret, peut » et sont ajoutés les mots : « , selon des modalités prévues par décret » ;

2° La seconde phrase du même deuxième alinéa est supprimée ;

3° Au troisième alinéa, après le mot : « caisses », sont insérés les mots : « , des agents chargés du contrôle de la prévention ».

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

1° Au premier alinéa de l'article L. 321-2, les mots : « une lettre d'avis d'interruption de travail dont le modèle est fixé par arrêté ministériel et » sont remplacés par les mots : « un avis d'arrêt de travail au moyen d'un formulaire homologué, » ;

2° L'article L. 441-4 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, au début, les mots : « La caisse régionale peut autoriser un employeur à » sont remplacés par les mots : « L’employeur, dès lors qu’il remplit des conditions fixées par décret, peut » et sont ajoutés les mots : « , selon des modalités prévues par décret » ;

b) La seconde phrase du même premier alinéa est supprimée ;

c) À la fin du deuxième alinéa, les mots : « d’hygiène, de sécurité et des conditions de travail » sont remplacés par les mots : « social et économique » ;

d) Au troisième alinéa, le mot : « caisses » est remplacé par les mots : « organismes chargés de la gestion des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionnés à l’article L. 114-10 ainsi que des ingénieurs conseils et contrôleurs de sécurité dûment habilités auprès des caisses d’assurance retraite et de la santé au travail » et, à la fin, les mots : « d’hygiène, de sécurité et des conditions de travail » sont remplacés par les mots : « social et économique » ;

3° L’article L. 441-6 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, les mots : « , en particulier la durée probable de l’incapacité de travail, » sont supprimés et sont ajoutés les mots : « , ainsi que, en cas d’interruption de travail, l’avis mentionné à l’article L. 321-2 » ;

– à la seconde phrase, les mots : « de ces certificats » sont remplacés par les mots : « exemplaire du certificat et, le cas échéant, de l’avis d’interruption de travail, » ;

b) À la seconde phrase du deuxième alinéa, le mot : « servies » est remplacé par le mot : « servi ».

III. – Les dispositions du 3° du II sont applicables à compter du 1^{er} novembre 2021.

Article 101

Au V de l’article 70 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, les mots : « le 30 septembre 2020 » sont remplacés par les mots : « neuf mois après la parution des décrets d’application ».

Article 102

Pour l'année 2021, les objectifs de dépenses de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 14,1 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 12,7 milliards d'euros.

Article 103

I. – Le code pénal est ainsi modifié :

1° Après l'article 221-9-1, il est inséré un article 221-9-2 ainsi rédigé :

« *Art. 221-9-2.* – Les personnes physiques coupables des crimes prévus à la section 1 du présent chapitre, lorsque ces crimes ont été commis à l'encontre de leur époux assuré, encourent également la peine complémentaire d'interdiction de percevoir la pension due au conjoint survivant ou divorcé en application des dispositions du code de la sécurité sociale ou du code rural et de la pêche maritime.

« Le prononcé de cette peine est obligatoire. Toutefois, la juridiction peut, par une décision spécialement motivée, décider de ne pas prononcer cette peine, en considération des circonstances de l'infraction et de la personnalité de son auteur. » ;

2° La section 5 du chapitre II du titre II du livre II est complétée par un article 222-48-3 ainsi rédigé :

« *Art. 222-48-3.* – Les personnes physiques coupables des infractions prévues aux paragraphes 1 et 2 des sections 1 et 3 du présent chapitre, lorsque celles-ci ont été commises à l'encontre de leur époux assuré, encourent également la peine complémentaire d'interdiction de percevoir la pension due au conjoint survivant ou divorcé en application des dispositions du code de la sécurité sociale ou du code rural et de la pêche maritime.

« Le prononcé de cette peine est obligatoire. Toutefois, la juridiction peut, par une décision spécialement motivée, décider de ne pas prononcer cette peine, en considération des circonstances de l'infraction et de la personnalité de son auteur. »

II. – L'article L. 38-1 du code des pensions civiles et militaires de retraite est abrogé.

III. – La section 3 du chapitre II du titre III du livre VII du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifiée :

1° L'article L. 732-41-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 732-41-1.* – L'article L. 732-41 n'est pas applicable dans le cas où le conjoint survivant a été définitivement condamné à la peine complémentaire d'interdiction de percevoir la pension due au conjoint survivant ou divorcé prévue aux articles 221-9-2 ou 222-48-3 du code pénal. » ;

2° Le III de l'article L. 732-62 est ainsi rédigé :

« III. – En cas de condamnation définitive d'une personne à l'une des peines complémentaires mentionnées aux articles 221-9-2 et 222-48-3 du code pénal, les I et II du présent article ne sont pas applicables. »

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

1° La section 2 du chapitre IV *ter* du titre I^{er} du livre I^{er} est complétée par un article L. 114-22-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 114-22-2.* – Lorsqu'une personne est définitivement condamnée par une juridiction pénale à une peine complémentaire, la privant de droits ou de prestations prévus au présent code et au code de l'action sociale et des familles, la caisse nationale mentionnée au second alinéa du présent article en est informée sans délai par le ministère public près la juridiction pénale ayant prononcé cette condamnation. La même caisse nationale est tenue informée par ce dernier de l'actualisation des informations liées aux modalités d'exécution de la peine.

« Selon des modalités précisées par voie réglementaire, l'une des caisses nationales mentionnées au livre II met en œuvre un traitement automatisé aux fins d'assurer la réception et la conservation des informations transmises par le ministère public portant sur les peines mentionnées au premier alinéa du présent article et d'assurer leur utilisation par les seuls organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire dont relèvent les personnes concernées. » ;

2° Au début du paragraphe 4 de la sous-section 4 de la section 1 du chapitre I^{er} du titre VI du même livre I^{er}, il est ajouté un article L. 161-22-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 161-22-3.* – En cas de condamnation définitive d'une personne à l'une des peines complémentaires mentionnées aux articles 221-9-2 et 222-48-3 du code pénal, la pension de réversion au conjoint survivant ou divorcé au titre de tout régime de retraite de base et complémentaire légal ou rendu légalement obligatoire n'est pas due. » ;

3° L'article L. 342-1-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 342-1-1.* – En cas de condamnation définitive d'une personne à l'une des peines complémentaires mentionnées aux articles 221-9-2 et 222-48-3 du code pénal, la pension du conjoint survivant ou divorcé mentionnée à l'article L. 342-1 du présent code n'est pas due. » ;

4° L'article L. 353-1-1 est abrogé.

V. – Le titre II de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte est complété par un chapitre VI ainsi rédigé :

« *CHAPITRE VI*

« *Dispositions communes*

« *Art. 23-9.* – L'article L. 161-22-3 du code de la sécurité sociale est applicable aux conjoints survivants d'un assuré décédé relevant du présent titre. »

Article 104

I. – La sous-section 4 de la section 1 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un paragraphe 6 ainsi rédigé :

« *Paragraphe 6*

« *Contrôle de l'existence*

« *Art. L. 161-24.* – Le bénéficiaire d'une pension de vieillesse d'un régime de retraite obligatoire résidant en dehors des territoires mentionnés à l'article L. 111-2, de Mayotte, de la Polynésie française ou de Saint-Pierre-et-Miquelon justifie chaque année de son existence à l'organisme ou au service de l'État assurant le service de cette pension.

« *Art. L. 161-24-1.* – La preuve d'existence peut être apportée, dans les conditions prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux libertés et aux fichiers, par l'utilisation de dispositifs techniques

permettant l'usage de données biométriques adapté à cette preuve. Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, précise les moyens pouvant être utilisés à cette fin et les garanties apportées aux personnes dans l'utilisation de ces dispositifs et l'exercice de leurs droits. Il prévoit les conditions d'utilisation par les personnes concernées des outils numériques leur permettant d'effectuer cette démarche.

« *Art. L. 161-24-2.* – La suspension du versement de la pension de retraite dans le cas où le bénéficiaire ne justifie pas de son existence ne peut avoir lieu qu'à l'expiration d'un délai fixé par décret.

« *Art. L. 161-24-3.* – Les régimes obligatoires de retraite mutualisent la gestion de la preuve d'existence ainsi que les modalités de son contrôle au moyen du groupement mentionné à l'article L. 161-17-1, dans des conditions fixées par décret. »

II. – L'article 83 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 est abrogé.

Article 105

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

1° L'article L. 168-8 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le bénéficiaire de l'allocation est soumis au respect des conditions de régularité de séjour et de stabilité de résidence en France mentionnées à l'article L. 512-1 et aux deux premiers alinéas de l'article L. 512-2. » ;

2° L'article L. 381-1 est ainsi modifié :

a) La dernière phrase du quatrième alinéa est complétée par les mots : « , sauf si la personne a bénéficié dans les deux dernières années d'une allocation journalière mentionnée au même article L. 168-8 » ;

b) Le cinquième alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Le travailleur non salarié mentionné à l'article L. 611-1 du présent code, à l'article L. 722-4 du code rural et de la pêche maritime ou au 2° de l'article L. 722-10 du même code ainsi que le conjoint collaborateur mentionné à l'article L. 661-1 du présent code ou aux articles L. 321-5 et L. 732-34 du code rural et de la pêche maritime qui interrompt son activité professionnelle pour s'occuper d'une personne mentionnée à l'article L. 3142-16 du code du travail présentant un handicap ou une perte d'autonomie d'une particulière

gravité est affilié obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général. Cette affiliation n'est pas subordonnée à la radiation du travailleur non salarié du centre de formalités des entreprises dont il relève. Elle est subordonnée à la production de justificatifs, définis par décret.

« L'affiliation à l'assurance vieillesse du régime général au titre des quatrième et cinquième alinéas ne peut excéder une durée totale d'un an sur l'ensemble de la carrière. »

II. – Au 1^{er} du V de l'article 1^{er} de la loi n° 2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance et la transformation des entreprises, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « deuxième ».

Article 106

Pour l'année 2021, les objectifs de dépenses de la branche Vieillesse sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 251,9 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 144,7 milliards d'euros.

Article 107

Pour l'année 2021, les objectifs de dépenses de la branche Famille de la sécurité sociale sont fixés à 49,3 milliards d'euros.

Article 108

I. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution et dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances les mesures relevant du domaine de la loi visant à :

1° Étendre à Mayotte les prestations prévues aux articles L. 168-1, L. 168-8, L. 331-8, L. 531-5, L. 531-6 et L. 544-1 du code de la sécurité sociale ;

2° Valider rétroactivement des périodes d'assurance pour les personnes affiliées au régime de retraite mentionné à l'article 5 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte ayant exercé une activité salariée entre 1987 et 2002 ;

3° Adapter la composition de la Caisse de sécurité sociale de Mayotte et certaines dispositions relatives à la gouvernance de cet organisme ;

4° Adapter la législation d'assurance maladie maternité applicable au Département de Mayotte en vue de la rapprocher de la législation applicable en métropole ou dans les autres collectivités relevant de l'article 73 de la Constitution ;

5° Mettre en œuvre la branche Autonomie du régime général de la sécurité sociale à Mayotte ;

6° Adapter les conditions d'ouverture de droit aux prestations familiales servies par la Caisse de sécurité sociale de Mayotte.

II. – Chaque ordonnance procède à une ou plusieurs des opérations suivantes :

1° Étendre la législation intéressée dans une mesure et selon une progressivité adaptées aux caractéristiques et contraintes particulières de Mayotte ;

2° Adapter le contenu de cette législation à ces caractéristiques et contraintes particulières ;

3° Modifier la législation intéressée applicable à Mayotte en vue d'améliorer les prestations servies ;

4° Adapter certaines dispositions du code de la sécurité sociale pour les rendre directement applicables à Mayotte.

III. – 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.

Article 109

Pour l'année 2021, les objectifs de dépenses de la branche Autonomie de la sécurité sociale sont fixés à 31,6 milliards d'euros.

Article 110

Pour l'année 2021, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi qu'il suit :

(En milliards d'euros)

	Prévision de charges
Fonds de solidarité vieillesse	19,2

Article 111

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la capacité d'accueil dans le secteur médico-social, afin d'accueillir des enfants et des adultes en situation de handicap. Ce rapport présente non seulement la capacité d'accueil de ces structures pour tous les âges de la vie mais dresse également une cartographie des établissements existant sur le territoire. Il s'attache à identifier le nombre de jeunes adultes maintenus en structures pour enfants et adolescents en situation de handicap au titre du dispositif prévu à l'article L. 242-4 du code de l'action sociale et des familles. Il présente également les établissements pour adultes construits sur un modèle inclusif ou d'habitat diffus. Au vu de l'état des lieux et de la cartographie réalisés, le rapport présente l'impact en création ou en transformations de places dans les programmations prévues dans les schémas mentionnés à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique et à l'article L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles ainsi que dans les programmes mentionnés à l'article L. 312-5-1 du même code.

Délibéré en séance publique, à Paris, le 30 novembre 2020.

Le Président,

Signé : RICHARD FERRAND

ANNEXES

ANNEXE A

Rapport retraçant la situation patrimoniale, au 31 décembre 2019, 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 2019

I. – Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2019

(En milliards d'euros)

Actif	2019 (net)	2018 (net)	Passif	2019	2018
Immobilisations	7,4	7,3	Capitaux propres	-61,4	-77,0
Immobilisations non financières...	5,2	5,0	Dotations	20,7	22,3
Prêts, dépôts de garantie.....	1,4	1,4	Régime général	0,2	0,2
Avances/ prêts accordés à des organismes de la sphère sociale	0,9	0,9	Autres régimes	7,0	6,4
			Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)	0,2	0,2
			Fonds de réserve pour les retraites (FRR).....	13,4	15,5
			Réserves	22,2	21,6
			Régime général	3,8	3,8
			Autres régimes	7,3	7,7
			FRR.....	11,1	10,1
			-122,	-136,	
			Report à nouveau	6	9
			Régime général	-4,6	-5,0
			Autres régimes	-4,1	-4,3
			Fonds de solidarité vieillesse (FSV).....	-8,4	-6,6
				-105,	-121,
			CADES	5	0
			Résultat de l'exercice	15,4	14,9
			Régime général	-0,3	0,5
			Autres régimes	+0,1	-0,2
			FSV	-1,6	-1,8
			CADES	16,3	15,4
			FRR.....	0,8	0,9
			Écart d'estimation (réévaluation des actifs du FRR en valeur de marché)	2,9	1,1
			Provisions pour risques et charges	17,2	17,5

(En milliards d'euros)

Actif	2019 (net)	2018 (net)	Passif	2019	2018
Actif financier	57,9	55,8	Passif financier	132,5	142,6
Valeurs mobilières et titres de placement	45,1	43,4	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, europapiers commerciaux)	118,6	131,1
Régime général	0,0	0,0	Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) ..	26,5	23,1
Autres régimes.....	12,9	11,5	CADES	92,0	108,0
CADES.....	0,0	0,0			
FRR	32,3	31,8			
Encours bancaire	12,1	12,0	Dettes à l'égard d'établissements de crédits	6,4	6,1
Régime général.....	1,5	2,2	Régime général (ordres de paiement en attente)	5,1	4,8
Autres régimes.....	6,4	6,8	Autres régimes	0,3	0,3
FSV	0,0	0,0	CADES	1,0	1,0
CADES.....	3,1	2,3	Dépôts reçus	0,4	0,4
FRR	1,1	0,7	ACOSS.....	0,4	0,4
Créances nettes au titre des instruments financiers	0,6	0,5	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,2	0,0
CADES.....	0,3	0,4	ACOSS.....	0,2	0,0
FRR	0,3	0,1	Autres	6,8	5,0
			Autres régimes	5,7	4,8
			CADES	1,1	0,3
Actif circulant	83,4	77,3	Passif circulant	60,4	57,4
Créances de prestations	9,2	9,1	Dettes et charges à payer à l'égard des bénéficiaires.....	30,5	29,8
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale.....	8,5	8,5	Dettes et charges à payer à l'égard des cotisants	2,1	2,4
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et autres impositions	47,8	43,2			
Créances sur entités publiques et organismes de sécurité sociale.....	10,9	10,7	Dettes et charges à payer à l'égard d'entités publiques et organismes de sécurité sociale	11,4	11,0
Produits à recevoir de l'État	0,6	0,7	Autres passifs.....	16,5	14,2
Autres actifs.....	6,3	5,2			
Total de l'actif	148,7	140,5	Total du passif	148,7	140,5

Sur le champ des régimes de base, du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), de la Caisse d'amortissement de la dette publique (CADES) et du Fonds de réserve pour les retraites (FRR), le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, mesuré par ses capitaux propres négatifs, et qui recouvre pour l'essentiel le cumul des déficits passés restant à financer, s'élevait à 61,4 milliards d'euros au 31 décembre 2019. L'encours de dette sur les produits techniques à fin 2019 était de l'ordre de 12 %, soit environ 1,5 mois de recettes.

Après une dégradation très marquée à la fin de la précédente décennie, en partie imputable à la crise économique, le passif net a connu une diminution continue entre 2014 et 2019. Cette inversion de tendance s'est amplifiée entre 2016 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, puis de 15,6 milliards d'euros en 2019 par rapport à 2018). Cette amélioration se traduit en particulier par un résultat consolidé positif sur le périmètre d'ensemble de la sécurité sociale retracé ci-dessus (15,4 milliards d'euros en 2019, contre 14,9 milliards d'euros en 2018). Elle reflète la poursuite de l'amortissement de la dette portée par la CADES (16,3 milliards d'euros en 2019) dans un contexte où la dégradation des déficits des régimes de base et du FSV est restée contenue en 2019 (déficit de 1,7 milliard d'euros contre 1,4 milliard d'euros en 2018), après le recul constant de ce déficit observé jusqu'en 2018.

Le financement du passif net de la sécurité sociale est assuré à titre principal par un recours à l'emprunt, essentiellement porté par la CADES et l'ACOSS. L'endettement financier net de la sécurité sociale, qui correspond à la différence entre les dettes financières et les actifs financiers placés ou détenus en trésorerie, suit donc en premier lieu les mêmes tendances que le passif net auquel il est fait référence ci-dessus, en subissant secondairement les effets de la variation du besoin en fonds de roulement lié au financement des actifs et passifs circulants (créances et dettes) et des acquisitions d'actifs immobilisés, qui ont également un impact sur la trésorerie. Après l'infléchissement observé depuis 2015, l'endettement financier a continué de reculer fortement en 2019 (74,6 milliards d'euro contre 86,8 milliards d'euro fin 2018), en cohérence avec l'évolution du passif net qui n'a été que partiellement compensée par une augmentation du besoin en fonds de roulement.

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

(En milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
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
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
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

II. – Couverture des déficits et affectation des excédents constatés sur l'exercice 2019

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.

L'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a modifié ce schéma et supprimé le plafond annuel de 10 milliards d'euros afin de tenir compte de conditions de financement à moyen et long termes particulièrement favorables. Il a ainsi ouvert la possibilité d'une saturation du plafond de 62 milliards d'euros dès 2016 et d'une reprise anticipée dont les modalités de mise en œuvre ont été précisées par le décret n° 2016-110 du 4 février 2016 et un arrêté du 14 septembre 2016.

Un montant total de 23,6 milliards d'euros a été repris en 2016, correspondant au transfert de la totalité des déficits de la branche Famille et de la branche Maladie au titre de 2013 et 2014 et de ceux de la branche Vieillesse et du FSV au titre de 2015, ainsi que d'une partie du déficit de la branche Maladie au titre de 2015.

Ce plafond de reprise par la CADES ayant été saturé après les transferts intervenus en 2016, c'est l'ACOSS qui porte en dette à court terme les déficits des derniers exercices. Après un accroissement de 6,4 milliards d'euros entre 2016 et 2017, puis inversement un recul de 4,4 milliards d'euros entre 2017 et 2018 suite à l'évolution favorable des comptes sociaux, l'endettement financier brut de l'ACOSS a augmenté à nouveau de 3,5 milliards d'euros pour s'établir à 26,9 milliards d'euros au 31 décembre 2019, sous l'effet du financement des déficits du régime général et du FSV (déficit global de 1,9 milliard d'euros en 2019).

Le déficit du régime général s'est élevé à 0,4 milliard d'euros en 2019. Il est constitué des résultats comptables des branches Maladie et Vieillesse, qui ont respectivement enregistré des déficits de 1,5 milliard d'euros et de 1,4 milliard d'euros. Les branches Famille et Accidents du travail et maladies professionnelles ont quant à elles dégagé des excédents respectivement de 1,5 et 1,0 milliard d'euros. Par ailleurs, le FSV a enregistré un déficit de 1,6 milliard d'euros.

Concernant les régimes de base autres que le régime général et qui présentent une situation déficitaire en 2019, le résultat de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), ressort en déficit depuis deux exercices, à -0,7 milliard d'euros en 2019 après -0,6 milliard d'euros en 2018.

La branche Retraite du régime des exploitants agricoles, qui était déficitaire en 2017, a présenté un bénéfice de 0,01 milliard d'euros en 2018 puis de 0,1 milliard d'euros en 2019. Ses déficits cumulés depuis 2011 (les déficits 2009 et 2010 ayant été repris par la CADES en 2011) atteignent cependant 3,6 milliards d'euros. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a prévu que ce déficit puisse être financé par des avances rémunérées de trésorerie octroyées par l'ACOSS, en complément des financements bancaires auxquels avait recours jusque-là la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pour couvrir ces déficits cumulés. Au 31 décembre 2019, ces déficits ont été financés en totalité par une avance de l'ACOSS.

Dans ce contexte, l'article 1^{er} de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie prévoit un transfert à la CADES d'un montant global de 136 milliards d'euros, organisé en plusieurs étapes. Cette reprise de dette a vocation à financer, 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 (16,3 milliards d'euros) et du FSV (9,9 milliards d'euros), de la branche Vieillesse du régime des non-salariés agricoles (3,6 milliards d'euros) et de la CNRACL (déficits 2018 et 2019 de 1,3 milliards d'euros). Elle permettra par ailleurs de financer, dans la limite de 92 milliards d'euros, les déficits cumulés des exercices 2020 à 2023 des branches Maladie, Vieillesse et Famille du régime général, du FSV et de la branche Vieillesse du régime des non-salariés agricoles.

Concernant les autres régimes de base, les excédents du régime de retraite des professions libérales (0,4 milliard d'euros en 2019) et de la branche Vieillesse du régime de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (0,2 milliard d'euros en 2019) augmentent respectivement de 0,3 milliard d'euros et 0,1 milliard d'euros en 2019. Celui du régime de base de la caisse nationale des barreaux français (0,06 milliard d'euros en 2019) reste stable. Ces excédents sont affectés aux réserves des régimes concernés.

Les autres régimes présentent par construction des résultats annuels équilibrés ou très proches de l'équilibre. Il en est ainsi des branches et régimes intégrés financièrement au régime général (ensemble des branches Maladie des différents régimes de base depuis la mise en œuvre, en 2016, de

la protection universelle maladie, branches Vieillesse de base du régime des salariés agricoles depuis 1963 et du régime social des indépendants jusqu'en 2017), des régimes de retraite équilibrés par des subventions de l'État (SNCF, RATP, régimes des mines et des marins) et des régimes d'employeurs (fonction publique de l'État, industries électriques et gazières), équilibrés par ces derniers. Concernant le régime des mines, les déficits passés cumulés de la branche Maladie ont par ailleurs été transférés à la CNAM à hauteur de 0,7 milliard d'euros en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

ANNEXE B

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

La présente annexe décrit l'évolution des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse pour la période 2021-2024.

Par rapport aux prévisions du PLFSS pour 2020, le solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est dégradé de manière soudaine et dans des proportions jamais atteintes à la suite du choc d'une ampleur inédite qu'a subi l'économie française du fait de la crise sanitaire liée à l'épidémie de covid-19.

En conséquence de cette situation macro-économique exceptionnelle, la dégradation durable de la trajectoire pluriannuelle ne permet plus d'envisager un retour à l'équilibre à l'horizon 2024 (I). Cette trajectoire tient compte d'un surcroît important de dépenses de la branche Maladie, que celles-ci soient ponctuelles pour faire face à la crise sanitaire, ou structurelles pour rénover le système de soins (II). Dans ce contexte particulier, les branches Vieillesse et surtout Maladie seraient dans une situation de déficits élevés et globalement stables durant les années à venir, alors que la branche Famille et la branche Accidents du travail et maladies professionnelles dégageront des excédents dès 2021 à la faveur de la reprise économique anticipée. La nouvelle branche Autonomie, introduite par la loi relative à la dette sociale et à l'autonomie, créée quasiment à l'équilibre en projet de loi initial, voit sa situation se dégrader en raison principalement des dépenses supplémentaires adoptées au cours du débat parlementaire (III).

I. – La loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 tire les conséquences de la dégradation exceptionnelle de la situation économique en 2020 et de son rebond marqué en 2021 et 2022.

Dans un contexte économique et sanitaire très incertain, le Gouvernement a actualisé les hypothèses sous-jacentes aux lois financières en cours de

débat parlementaire afin de tenir compte de la dégradation de la situation sanitaire. Les hypothèses macroéconomiques ont ainsi été revues pour prendre en compte la deuxième vague de l'épidémie de covid-19 et le deuxième confinement mis en place depuis le 30 octobre 2020. Ainsi, pour 2020, la prévision de croissance du PIB en volume est révisée à -11 % (au lieu de -10 % dans le PLFSS initial).

Après ce choc exceptionnel, le Gouvernement retient une hypothèse de fort rebond de l'activité en 2021 et 2022. La croissance du PIB en volume atteindrait 6,0 % en 2021 et 6,7 % en 2022. La masse salariale augmenterait de 4,8 % puis de 7,9 %. En 2021, l'inflation hors tabac serait en légère progression (+0,6 %), avant d'accélérer en 2022 (+1,0 %).

Pour les années 2023 à 2024, le Gouvernement retient un scénario de retour progressif de la croissance vers son niveau potentiel. L'inflation augmenterait progressivement avec un effet à la hausse sur les salaires nominaux malgré le ralentissement de la croissance de la masse salariale.

L'ensemble de ces hypothèses, et notamment le rebond d'activité en 2021 et 2022, permettraient de revenir sur le sentier de croissance retenu dans la trajectoire de projet de loi initial pour les années 2022 à 2024. Aussi cela conduit le Gouvernement à retenir à ce stade, pour ces années, une trajectoire financière inchangée par rapport au texte issu de la première lecture à l'Assemblée nationale.

Dans le contexte de forte incertitude macroéconomique, lié aux aléas entourant l'évolution de la situation sanitaire aux échelles nationales et internationales, le Haut Conseil des finances publiques a rendu le 23 novembre 2020 un avis sur les nouvelles prévisions macroéconomiques du projet de loi de finances pour 2021 dans lequel il estime le niveau d'activité anticipé pour 2020 prudent et celui pour 2021 cohérent avec une levée très graduelle des restrictions sanitaires entraînant un retour à la normale très progressif et encore partiel au second semestre de l'année prochaine.

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 :

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
PIB en volume.....	1,7 %	1,5 %	-11,0 %	6,0 %	6,7 %	2,0 %	1,4 %
Masse salariale privée	3,5 %	3,2 %	-8,9 %	4,8 %	7,9 %	3,7 %	3,4 %
Inflation hors tabac	1,6 %	0,9 %	0,2 %	0,6 %	1,0 %	1,4 %	1,8 %
ONDAM	2,2 %	2,6 %	9,2 %	2,3 %	0,9 %	2,4 %	2,3 %
ONDAM hors covid.....	2,2 %	2,6 %	3,1 %	6,2 %	2,9 %	2,4 %	2,3 %

Affectés par les mesures d’urgence prises fin 2018 et une conjoncture économique moins favorable qu’anticipé initialement, les déficits du régime général et des régimes obligatoires de base en 2019 ont été légèrement plus dégradés que l’année précédente, mais meilleurs que prévus en LFSS 2020 avec une bonne tenue des recettes. Cette situation financière à fin 2019, proche de l’équilibre, est brutalement remise en cause par les effets de la crise sanitaire.

En 2020, la chute d’activité conduirait à une dégradation inédite de 49 milliards d’euros des soldes sociaux par rapport à 2019, le régime général portant l’essentiel de cette dégradation, avec un déficit prévisionnel de 46,1 milliards d’euros. Le déficit prévisionnel du régime général et du FSV s’élèverait à 49,0 milliards d’euros en 2020, un niveau très supérieur à celui de 2010 (-28 milliards d’euros) jusqu’ici le plus élevé depuis l’instauration des lois de financement de la sécurité sociale. La branche Maladie aurait à supporter la dégradation la plus forte, puisque son déficit s’établirait à 33,7 milliards d’euros. Toutes les branches seraient en déficit, y compris la branche Accidents du travail et maladies professionnelles.

Dans ce contexte, le retour à l’équilibre global du régime général ne serait pas atteint à l’horizon 2024 (-19,4 milliards d’euros), le rebond anticipé ne permettant pas de combler la dégradation observée en 2020. À cet horizon, le déficit du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) serait de 0,8 milliard d’euros et le déficit consolidé du régime général et du FSV atteindrait ainsi 20,2 milliards d’euros. De même, les comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement seraient durablement déficitaires, la trajectoire plus dégradée de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) affectant la situation sur le périmètre de l’ensemble des régimes obligatoires de base. En 2024, le déficit global pour l’ensemble des régimes obligatoires atteindrait 21,6 milliards d’euros.

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'ONDAM prolonge, dans l'attente des travaux à venir notamment confiés au Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), celle de la dernière loi de programmation des finances publiques à partir de 2022, soit 2,4 % « hors covid ».

Pour autant, il est indispensable d'amorcer un retour à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale dès que la situation économique le permettra.

II. – La trajectoire financière tient compte des conséquences de la dégradation marquée des recettes de la sécurité sociale en 2020, ainsi que de dépenses nouvelles d'assurance maladie pour répondre de manière exceptionnelle à la crise et adapter structurellement le système de santé.

Comme lors de la crise économique et financière de 2008, 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 premières se sont fortement contractées alors que les secondes se sont maintenues s'agissant des prestations retraites et famille et ont fortement progressé sur la branche Maladie pour permettre des prises en charge à 100 % d'actes médicaux et le versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail, même pour des personnes non malades (arrêts de travail pour garde d'enfants ou personnes vulnérables).

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 beaucoup souffert de la crise. En outre, la crise sanitaire, les mesures prises pour l'endiguer 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 soumise, comme les allocations 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 et encore élevé au cours des mois suivants, associé aux pertes d'emploi consécutives à la crise, a entraîné une forte baisse de la masse salariale privée (estimé à -8,9 % 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 en faveur des secteurs les plus touchés par la crise. Ces dispositifs, estimés à 8,2 milliards d'euros, seront compensés par l'État et n'impactent donc pas les recettes de la sécurité sociale.

Ainsi, au total, les recettes du régime général et du FSV diminueraient de 5,4 % en 2020, soit 21,8 milliards d'euros, les fortes baisses sur les revenus d'activité étant quelque peu compensées par l'augmentation des recettes sur les revenus de remplacement (augmentation des indemnités journalières) et par le versement à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) de la soulte des industries électriques et gazières gérée par le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) décidée par la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie pour un montant de 5 milliards d'euros.

En 2021, les recettes connaîtraient un rebond sous l'effet de la reprise économique, soutenue par le plan de relance. Les cotisations sociales du secteur privé et la CSG augmenteraient fortement, tirées par le dynamisme de la masse salariale privée (+4,8 %). Au total, les recettes du régime général et du FSV augmenteraient de 7,1 %. Elles retrouveraient un niveau supérieur de 1,3 % à celui de 2019 mais resteraient durablement et substantiellement plus faibles que le niveau prévu avant la crise.

S'agissant des dépenses, leur évolution entre 2019 et 2020 est conforme à ce qui était prévu en LFSS 2020 pour les branches Famille, Accidents du travail et maladies professionnelles et Vieillesse. En revanche, les dépenses de la branche Maladie ont été très fortement affectées par la crise sanitaire et leur dynamisme va se poursuivre au delà de la période de crise compte tenu des décisions plus structurelles décidées dans le cadre du Ségur de la santé pour répondre aux enjeux de bon fonctionnement et de modernisation du système de santé, ainsi qu'aux enjeux de reconnaissance et de soutien aux personnels soignants. Compte tenu des amendements adoptés à l'Assemblée nationale puis au Sénat, la LFSS 2021 prévoit de majorer l'ONDAM 2020 de 13,4 milliards d'euros, soit une progression de +9,2 % par rapport à 2019. Le niveau de l'ONDAM en 2020 s'élève ainsi à 218,9 milliards d'euros (au lieu de 205,6 milliards d'euros prévus en LFSS 2020).

En 2021, en prenant en compte les seuls effets structurels de déploiement des mesures du Ségur de la santé, l'ONDAM progressera de 6,2 %. En intégrant une nouvelle provision au titre de la gestion de crise liée à l'épidémie de covid, les dépenses de l'ONDAM 2021 sont estimées

à 225,4 milliards d'euros. Cet objectif de dépenses englobe 4 milliards d'euros de mesures de régulation par rapport à la progression tendancielle. Une contribution exceptionnelle des organismes d'assurance maladie complémentaire permettra de prendre en charge une partie des dépenses auxquelles l'assurance maladie obligatoire fait face dans le cadre de la gestion de l'épidémie. Cette contribution, temporaire, est assise sur le chiffre d'affaires en santé des organismes complémentaires. Fixée à un milliard d'euros en 2020 et 500 millions d'euros en 2021, elle pourra être revue en 2021 en fonction de l'évolution de la situation sanitaire et de l'actualisation du niveau des économies constatées par les organismes complémentaires.

La progression de ces dépenses sera maîtrisée dans les projections pluriannuelles, avec des progressions proches ou moindres que celles de l'activité à compter de 2022, hormis pour les prestations vieillesse, tirées par la reprise modérée de l'inflation.

III. – D'ici 2024, les branches du régime général connaîtraient des évolutions très différenciées, marquées par les effets de la crise.

La branche Maladie connaîtra une évolution structurante en 2021 du fait de la création de la branche Autonomie qui sera notamment en charge de dépenses de prestations dont elle assurait jusqu'à présent le financement. De ce fait, le périmètre des dépenses de la branche se réduira de 25,9 milliards d'euros à ce titre, soit d'environ 10 %. Dans une moindre mesure, les dépenses s'accroîtront de 0,3 milliard d'euros sous l'effet du transfert du financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), compensée par l'affectation d'une fraction de TVA.

Après la forte évolution de la structure du financement de l'assurance maladie en 2019 du fait de la suppression de 6 points de cotisations d'assurance maladie sur les rémunérations salariées inférieures à 2,5 SMIC, qui avait conduit à porter la part de la TVA 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 sera affectataire de ressources de CSG assise sur l'ensemble des assiettes soumises à cette contribution, principalement en provenance de la CNAM. 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, ne pèsera plus que 25 % des recettes totales, soit une part inférieure à celle des cotisations des employeurs et à celle de la TVA.

La trajectoire pluriannuelle de l'ONDAM au delà de 2022 conserve les hypothèses de progression prévues en LFSS 2020 hors Ségur. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) se voit confier une mission pour réfléchir à la refonte de l'ONDAM et aux moyens d'ajustement de la dépense aux besoins de la population et aux enjeux de régulation financière.

En termes de recettes, aucune hausse d'impôts ou de cotisations n'étant prévue, la branche Maladie resterait déficitaire de plus de 17 milliards d'euros en 2024, ce qui pose la question de soutenabilité des dépenses et la stratégie de restauration d'une trajectoire de retour à l'équilibre.

La nouvelle branche Autonomie sera affectataire à compter de 2021, outre ses recettes traditionnelles issues de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) et de la contribution additionnelle (CASA) pour 2,8 milliards d'euros, de CSG à hauteur de 1,93 point portant sur l'ensemble des assiettes de la CSG (28,1 milliards d'euros). À compter de 2024 cette fraction de CSG sera augmentée de 0,15 point supplémentaire (actuellement affecté à la CADES), conformément aux dispositions de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 précitée.

Au total, ces recettes s'élèveront à 31,2 milliards d'euros. En matière de dépenses, les besoins sont évalués à 31,6 milliards d'euros compte tenu des mesures nouvelles liées à la mise en place du Ségur de la santé dans le secteur médico-social (impact de 2,1 milliards d'euros en 2020-2021 au titre des revalorisations salariales et de l'investissement) et à la contribution de la CNSA à la revalorisation des métiers du domicile. La fraction de CSG affectée à la branche Autonomie a été révisée à la hausse en nouvelle lecture à l'Assemblée Nationale pour maintenir le même niveau de compensation des dépenses au titre de l'objectif global de dépenses et de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et corriger ainsi l'effet baissier de la dégradation du scénario macroéconomique sur 2021.

La trajectoire en dépenses de la branche Autonomie pour 2022-2024 est conventionnelle et conforme, s'agissant des dépenses pour les établissements et services médico-sociaux, au taux d'ONDAM hors Ségur (2,4 % par an). Elle ne prend pas en compte l'effet démographique ni l'effet des mesures nouvelles qui pourraient être décidées dans la prochaine loi grand âge et autonomie. Elle prévoit toutefois, à compter de 2022, le financement, par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) (0,2 milliard d'euros), aux départements de la PCH parentalité qui entrera en vigueur en 2021. Compte tenu du lien avec la politique familiale et de la situation financière

de la branche Famille, la CNSA bénéficie d'un transfert supplémentaire de recettes de la branche Famille à compter de 2022.

Compte tenu du dynamisme des recettes affectées, celles-ci devraient progresser jusqu'à 2023 à un rythme proche de celui des dépenses, permettant un équilibre de la branche Autonomie avant mesures nouvelles. En 2024, elle afficherait un excédent de 2,1 milliards d'euros correspondant à la recette de CSG supplémentaire en provenance de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) hors prise en compte de l'effet démographique et de la mise en œuvre d'éventuelles mesures nouvelles.

S'agissant de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles, aucune mesure n'est prévue pour modifier les ressources de la branche en 2021, qui devraient progresser de 0,8 milliard d'euros. Outre la progression de la masse salariale, la branche bénéficiera, de l'effet favorable du Ségur de la santé sur ses recettes de cotisations et contributions sociales, ce qui contribuera à améliorer son solde.

De ce fait, la branche devrait dégager un excédent de 0,2 milliard d'euros en 2021, effaçant son déficit de 0,4 milliard d'euros prévu pour 2020. Cet excédent serait croissant jusqu'en 2024.

La branche Vieillesse du régime général sera à nouveau déficitaire de 9,7 milliards d'euros en 2021, après un déficit de 8,6 milliards d'euros en 2020. Les recettes progresseraient de 2,3 % pour s'établir à 135 milliards d'euros sous l'effet du rebond de l'économie. Malgré la progression modérée des dépenses permise par une inflation moindre que prévue sur ces deux exercices, la forte baisse des recettes en 2020 place toutefois leur niveau nettement en dessous de celui des dépenses. En 2021, la branche bénéficiera seulement de l'effet favorable des mesures du Ségur de la santé en termes de revalorisation salariale qui tendront à accroître le niveau des cotisations.

Jusqu'en 2024, les dépenses continueraient de croître à un rythme supérieur à celui des recettes, notamment du fait de la plus forte inflation à compter de 2022, conduisant à un déficit de 9,2 milliards d'euros à cet horizon pour le régime général et 11,6 milliards d'euros sur le périmètre tous régimes et FSV. Si des mesures étaient décidées dans le cadre des concertations sur la réforme des retraites, elles devront permettre de réduire ces déficits.

La branche Famille transférera en 2021 le financement de l'allocation d'éducation d'un enfant handicapé (AEEH) à la nouvelle branche Autonomie, ce qui réduira de 1,2 milliard d'euros le périmètre de ses dépenses et de ses recettes (réduction de la taxe sur les salaires qui lui est affectée au profit de

la CNAM, laquelle affecte une part équivalente de CSG à la CNSA). À compter de 2022, un nouveau transfert de recettes au profit de la branche Autonomie interviendra pour financer le coût de la PCH parentalité.

Les recettes de la branche Famille progresseraient de 5,7 % en 2021 du fait de la reprise économique. La branche bénéficierait aussi pour 0,2 milliard d’euros de l’effet favorable des mesures du Ségur de la santé sur l’assiette des cotisations et contributions qui lui sont affectées.

Les dépenses modérées par la faible inflation seraient néanmoins tirées à la hausse par la réforme du congé paternité (0,2 milliard d’euros en 2021 et 0,4 milliard d’euros à compter de 2022 en ce qui concerne la branche Famille). Sous l’effet de cette faible progression globale, la branche renouerait avec un excédent dès 2021 (0,3 milliard d’euros), qui tendrait à s’accroître jusqu’en 2024.

**Prévisions des recettes, dépenses et soldes du régime général,
de l’ensemble des régimes de base et du Fonds de solidarité vieillesse**

Recettes, dépenses et soldes du régime général

(En milliards d’euros)

	2018	2019	2020 (p)	2021 (p)	2022 (p)	2023 (p)	2024 (p)
Maladie							
Recettes	210,8	215,2	204,1	193,9	201,3	206,8	211,8
Dépenses	211,5	216,6	237,8	217,6	219,5	224,4	229,2
Solde	-0,7	-1,5	-33,7	-23,7	-18,2	-17,6	-17,4
Accidents du travail et maladies professionnelles							
Recettes	12,7	13,2	12,0	12,8	13,8	14,3	14,8
Dépenses	12,0	12,2	12,4	12,7	12,7	12,9	13,1
Solde	0,7	1,0	-0,4	0,2	1,0	1,4	1,7
Famille							
Recettes	50,4	51,4	46,9	49,6	51,3	52,8	54,2
Dépenses	49,9	49,9	50,4	49,3	49,7	50,2	50,8
Solde	0,5	1,5	-3,5	0,3	1,6	2,6	3,4
Vieillesse							
Recettes	133,8	135,7	132,0	135,0	141,4	145,7	149,8
Dépenses	133,6	137,1	140,6	144,7	148,7	153,5	159,0
Solde	0,2	-1,4	-8,6	-9,7	-7,3	-7,8	-9,2
Autonomie							
Recettes				31,2	32,2	33,2	36,6
Dépenses				31,6	32,7	33,6	34,5
Solde				-0,4	-0,5	-0,3	2,1
Régime général consolidé							
Recettes	394,6	402,4	382,0	408,6	425,7	438,2	452,4
Dépenses	394,1	402,8	428,1	442,0	449,0	460,0	471,8
Solde	0,5	-0,4	-46,1	-33,3	-23,3	-21,8	-19,4

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

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020 (p)	2021 (p)	2022 (p)	2023 (p)	2024 (p)
Maladie							
Recettes	212,3	216,6	205,6	195,5	202,8	208,3	213,4
Dépenses	213,1	218,1	239,3	219,1	221,0	225,9	230,8
Solde	-0,8	-1,5	-33,7	-23,7	-18,2	-17,6	-17,4
Accidents du travail et maladies professionnelles							
Recettes	14,1	14,7	13,5	14,4	15,4	15,8	16,3
Dépenses	13,4	13,6	13,9	14,1	14,2	14,3	14,5
Solde	0,7	1,1	-0,4	0,3	1,2	1,5	1,8
Famille							
Recettes	50,4	51,4	46,9	49,6	51,3	52,8	54,2
Dépenses	49,9	49,9	50,4	49,3	49,7	50,2	50,8
Solde	0,5	1,5	-3,5	0,3	1,6	2,6	3,4
Vieillesse							
Recettes	236,6	240,0	236,6	242,9	249,3	254,7	260,6
Dépenses	236,7	241,3	247,0	251,9	257,0	263,6	271,4
Solde	-0,1	-1,3	-10,3	-9,0	-7,6	-8,9	-10,8
Autonomie							
Recettes				31,2	32,2	33,2	36,6
Dépenses				31,6	32,7	33,6	34,5
Solde				-0,4	-0,5	-0,3	2,1
Régimes obligatoires de base consolidés							
Recettes	499,9	509,1	489,1	519,5	536,7	550,3	566,3
Dépenses	499,5	509,3	536,9	552,0	560,2	573,0	587,2
Solde	0,3	-0,2	-47,8	-32,5	-23,5	-22,7	-20,8

Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

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

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

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020 (p)	2021 (p)	2022 (p)	2023 (p)	2024 (p)
Recettes	394,6	402,6	380,8	407,9	425,7	438,8	453,3
Dépenses	395,8	404,5	429,8	443,7	450,7	461,7	473,5
Solde	-1,2	-1,9	-49,0	-35,8	-25,0	-23,0	-20,2

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

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020 (p)	2021 (p)	2022 (p)	2023 (p)	2024 (p)
Recettes	498,6	508,0	486,7	517,5	535,5	549,6	566,0
Dépenses	500,0	509,7	537,4	552,4	560,7	573,5	587,6
Solde	-1,4	-1,7	-50,7	-34,9	-25,2	-23,9	-21,6

ANNEXE C

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

I. – Régimes obligatoires de base

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail/ maladies professionnelles	Autonomie	Régimes de base	Fonds de solidarité vieillesse	Régimes de base et Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives..	73,6	139,9	30,4	13,3	0,0	255,5	0,0	255,5
Cotisations prises en charge par l'État	2,5	2,6	0,8	0,1	0,0	6,0	0,0	6,0
Cotisations fictives d'employeur.....	0,4	41,6	0,0	0,3	0,0	42,4	0,0	42,4
Contribution sociale généralisée	47,4	0,0	12,3	0,0	28,1	87,5	16,9	104,4
Impôts, taxes et autres contributions sociales .	63,5	20,8	5,3	0,0	2,8	92,5	0,0	92,5
Charges liées au non recouvrement	-0,9	-1,0	-0,1	-0,2	-0,1	-2,2	-0,2	-2,4
Transferts	1,8	38,1	0,2	0,1	0,4	28,8	0,0	10,1
Produits financiers....	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3
Autres produits	7,0	0,5	0,8	0,6	0,0	8,8	0,0	8,8
Recettes.....	195,5	242,9	49,6	14,4	31,2	519,5	16,7	517,5

II. – Régime général

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail/ maladies profession- nelles	Autonomie	Régime général	Fonds de solidarité vieillesse	Régime général et Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives..	72,8	87,5	30,4	12,4	0,0	201,4	0,0	201,4
Cotisations prises en charge par l'État.....	2,5	2,4	0,8	0,1	0,0	5,8	0,0	5,8
Cotisations fictives d'employeur.....	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée.....	47,4	0,0	12,3	0,0	28,1	87,5	16,9	104,4
Impôts, taxes et autres contributions sociales....	63,5	16,4	5,3	0,0	2,8	88,0	0,0	88,0
Charges liées au non recouvrement	-0,9	-0,7	-0,1	-0,1	-0,1	-2,0	-0,2	-2,2
Transferts.....	1,8	29,1	0,2	0,0	0,4	19,7	0,0	2,2
Produits financiers.....	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits.....	6,7	0,3	0,8	0,5	0,0	8,2	0,0	8,2
Recettes.....	193,9	135,0	49,6	12,8	31,2	408,6	16,7	407,9

III. – Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives.....	0,0
Cotisations prises en charge par l'État.....	0,0
Cotisations fictives d'employeur.....	0,0
Contribution sociale généralisée.....	16,9
Impôts, taxes et autres contributions sociales.....	0,0
Charges liées au non recouvrement.....	-0,2
Transferts.....	0,0
Produits financiers.....	0,0
Autres produits.....	0,0
Recettes.....	16,7

*Vu pour être annexé au projet de loi
adopté par l'Assemblée nationale le 30 novembre 2020.*

Le Président,
Signé : RICHARD FERRAND

ISBN 978-2-11-163591-3



9 782111 635913

ISSN 1240 - 8468

Imprimé par l'Assemblée nationale