TEXTE ADOPTÉ n° **176**
« Petite loi »

—

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

SEIZIÈME LÉGISLATURE

4 novembre 2023

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2024,

En application de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, est considéré comme adopté par l'Assemblée nationale, en première lecture, le projet de loi dont la teneur suit :

Voir les numéros : **1682**, **1785**, **1784** et **1804**.

.....

Article liminaire

(Supprimé)

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2023

Articles 1er et 2

(Supprimés)

Article 3

① I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé mentionné à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est rectifié à 1 062 millions d'euros pour l'année 2023.

② II. – Le montant de la contribution de la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale au financement du fonds mentionné au I du présent article est rectifié à 87 millions d'euros pour l'année 2023.

③ III. – Le montant de la contribution, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, attribuée par la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale aux agences régionales de santé au titre de leurs actions en matière de prise en charge et d'accompagnement en direction des personnes âgées ou handicapées est rectifié à 278,4 millions d'euros pour l'année 2023.

Article 4

À la fin du II de l'article 18 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023, le montant : « 24,6 milliards d'euros » est remplacé par le montant : « 24,9 milliards d'euros ».

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2024

TITRE I^ER

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE

CHAPITRE I^ER

Renforcer les actions de lutte contre la fraude aux cotisations

Article 5

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

② 1° Après le premier alinéa de l'article L. 133-5-10, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

③ « La gestion du dispositif simplifié de déclaration et de paiement des organismes de services à la personne prévu aux articles L. 133-8-4 à L. 133-8-10 est confiée à un ou plusieurs organismes désignés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. » ;

④ 2° L'article L. 133-5-12 est ainsi modifié :

⑤ *a)* La première phrase du troisième alinéa du I est ainsi modifiée :

⑥ – le mot : « bancaire » est remplacé par les mots : « , sur un compte bancaire domicilié en France ou dans l'espace unique de paiement en euros et dont l'employeur est titulaire, » ;

⑦ – après le mot : « due », sont insérés les mots : « sur un tel compte dont le salarié est titulaire » ;

⑧ *b)* Les deux dernières phrases du quatrième alinéa du même I sont supprimées ;

⑨ *c)* Le IV est remplacé par des IV à VIII ainsi rédigés :

⑩ « IV. – Sont exclus de la possibilité d'utiliser le dispositif prévu au présent article :

⑪ « 1° L'employeur, en cas de défaut total ou partiel de paiement des sommes mentionnées au troisième alinéa du I. Dans ce cas, la créance égale à la rémunération due au salarié est transférée à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 133-5-10 ;

⑫ « 2° L'employeur, le salarié ou la personne mentionnée au 9° de l'article L. 133-5-6 qui déclare des prestations fictives. Le caractère fictif de la prestation peut être apprécié en se fondant notamment sur l'absence de production de pièces établissant sa réalité et sur les justifications avancées d'une telle absence ;

⑬ « 3° L'employeur, le salarié ou la personne mentionnée au même 9° qui n'est pas en mesure de produire les justificatifs relatifs à la prestation qu'il est tenu de conserver ;

⑭ « 4° L'employeur en situation de surendettement définie à l'article L. 711-1 du code de la consommation ;

⑮ « 5° L'employeur ou la personne mentionnée au 9° de l'article L. 133-5-6 du présent code qui ne respecte pas les conditions générales d'utilisation du service établies en application de l'article L. 112-9 du code des relations entre le public et l'administration, notamment celles qui précisent les modalités techniques d'accès au dispositif, de paiement de la rémunération du salarié et de recouvrement des sommes dues ainsi que ses engagements en matière d'accompagnement des particuliers, de réponse aux contestations et de communication sur le service.

⑯ « V. – Lorsque le nombre ou le montant des prestations déclarées est anormalement élevé ou lorsqu'il existe des indices du caractère fictif de la prestation déclarée, l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 133-5-10 peut suspendre la possibilité d'utiliser le dispositif.

⑰ « VI. – Dans les cas prévus aux 1° à 3° du IV du présent article, l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 recouvre les sommes dues selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations de sécurité sociale assises sur les salaires.

⑱ « Dans le cas prévu au 1° du IV du présent article, une majoration de 10 % est applicable aux sommes dues. Cette majoration peut faire l'objet d'une remise gracieuse totale ou partielle.

⑲ « Dans le cas prévu au 2° du même IV, une majoration de 50 % au plus est applicable aux sommes dues.

⑳ « VII. – Les décisions prévues aux IV et V sont notifiées à l'employeur, à la personne mentionnée au 9° de l'article L. 133-5-6 ou au salarié par l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 133-5-10.

㉑ « Les recours formés contre les décisions individuelles prises par l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 133-5-10 en application du présent article relèvent de la compétence des tribunaux judiciaires spécialement désignés en application de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire.

㉒ « VIII. – Un décret définit les modalités d'application des IV à VII du présent article, notamment le délai de production des justificatifs mentionnés au 3° du IV ainsi que les conditions et la durée de l'exclusion prévue au même IV et de la suspension prévue au V. » ;

㉓ 3° L'article L. 133-8-4 est ainsi modifié :

㉔ *a)* Au 3° du II, après le mot : « bancaire », sont insérés les mots : « domicilié en France ou dans l'espace unique de paiement en euros et dont il est titulaire » ;

㉕ *b)* Les deux dernières phrases du 2° du III sont ainsi rédigées : « Un arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale fixe la liste des informations et des pièces justificatives transmises avec cette déclaration ainsi que des pièces justificatives que le particulier et la personne morale ou l'entreprise individuelle sont tenus de présenter à la demande de l'organisme mentionné au premier alinéa du même article L. 133-5-10. Les pièces justificatives sont conservées dans la limite de la prescription prévue à l'article L. 244-3 ; »

㉖ *c)* Après le mot : « particulier, », la fin du 3° du même III est ainsi rédigée : « sur un compte bancaire domicilié en France ou dans l'espace unique de paiement en euros et dont elle est titulaire, sauf pour les personnes mentionnées à l'article L. 133-8-6. » ;

㉗ *d)* Le IV est abrogé ;

㉘ 4° L'article L. 133-8-5 est ainsi modifié :

㉙ *a)* Le premier alinéa est ainsi modifié :

(30) – les mots : « réalisant des prestations de service à la personne » sont remplacés par les mots : « mentionnée aux articles L. 7232-1 à L. 7232-1-2 du code du travail qui exerce » ;

(31) – les mots : « code du travail » sont remplacés par les mots : « même code et qui en formule la demande » ;

(32) – la référence : « L. 225-1 » est remplacée par la référence : « L. 133-5-10 » ;

(33) – les mots : « adhérer au » sont remplacés par les mots : « utiliser le » ;

(34) *b)* Les 3° à 5° sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :

(35) « 3° De produire, selon des modalités définies par décret, les éléments attestant du respect effectif de ses obligations de déclaration et de paiement des cotisations et contributions sociales dues aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du présent code ainsi qu'en matière d'impôts sur les sociétés ou, le cas échéant, d'impôt sur le revenu et de taxe sur la valeur ajoutée ;

(36) « 4° De produire, dans des conditions et sous réserve d'exceptions définies par décret, des garanties financières suffisantes. Ces garanties doivent résulter d'un engagement d'un organisme de garantie collective, d'un organisme de crédit ou d'une entreprise d'assurance établie sur le territoire d'un État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou d'une société de financement ;

(37) « 5° De respecter les conditions générales d'utilisation du service établies en application de l'article L. 112-9 du code des relations entre le public et l'administration, notamment celles qui précisent les modalités techniques d'accès au dispositif, de paiement des prestations et de reversement des sommes versées à tort, ainsi que ses engagements en matière d'accompagnement des particuliers, de réponse aux contestations et de communication sur le service.

(38) « Chaque membre ou adhérent d'un groupement d'employeurs, d'une coopérative ou d'une coopérative artisanale doit respecter les critères mentionnés aux 2°, 3° et 5° du présent article. » ;

(39) 5° L'article L. 133-8-6 est ainsi modifié :

(40) *a)* À la fin du premier alinéa, les mots : « , dans des conditions et pour une durée fixées par décret » sont supprimés ;

(41) *b)* Le 2° est remplacé par des 2° et 2° *bis* ainsi rédigés :

(42) « 2° Le particulier, la personne morale ou l'entreprise individuelle qui accepte ou déclare des prestations fictives. Le caractère fictif de la prestation peut être apprécié en se fondant notamment sur l'absence de production de pièces établissant sa réalité et sur les justifications avancées d'une telle absence ;

(43) « 2° *bis* Le particulier, la personne morale ou l'entreprise individuelle qui n'est pas en mesure de produire les justificatifs relatifs à la prestation qu'il est tenu de conserver ; »

(44) *c)* Au 3°, les mots : « déclare les prestations » sont remplacés par les mots : « utilise le dispositif » et les mots : « de la charte mentionnée » sont remplacés par les mots : « des dispositions du présent code relatives au dispositif dématérialisé mentionné à l'article L. 133-8-4 ainsi que des conditions générales d'utilisation du service mentionnées » ;

(45) *d)* Sont ajoutés sept alinéas ainsi rédigés :

(46) « 4° La personne morale ou l'entreprise individuelle soumise à la procédure de liquidation judiciaire prévue à l'article L. 640-1 du code de commerce ;

(47) « 5° La personne morale ou l'entreprise individuelle admise à la procédure de redressement judiciaire prévue à l'article L. 631-1 du même code qui ne bénéficie pas d'un plan de redressement ou qui ne justifie pas avoir été habilitée à poursuivre son activité ;

(48) « 6° L'entreprise individuelle ou la personne morale dont le dirigeant a fait l'objet d'une mesure de faillite personnelle ou d'une interdiction de gérer en application des articles L. 653-1 à L. 653-8 dudit code ;

(49) « 7° Le groupement d'employeurs, la coopérative ou la coopérative artisanale dont un des membres ou adhérents ne respecte pas les critères mentionnés aux 2° à 6° du présent article et aux 2°, 3° et 5° de l'article L. 133-8-5 du présent code.

(50) « L'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 133-5-10 peut suspendre la possibilité d'utiliser le dispositif pour le particulier, la personne morale, l'entreprise individuelle, le groupement d'employeurs, la coopérative ou la coopérative artisanale dont le nombre ou le montant des prestations déclarées ou acceptées est anormalement élevé ou lorsqu'il existe des indices du caractère fictif de la prestation déclarée ou acceptée.

(51) « La décision d'exclusion ou de suspension prévue au présent article est notifiée au particulier, à la personne morale, à l'entreprise individuelle, au

groupement d'employeurs, à la coopérative ou à la coopérative artisanale par l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 133-5-10.

(52) « Un décret définit les modalités d'application du présent article, notamment le délai de production des justificatifs mentionnés au 2° *bis* ainsi que les conditions et la durée des décisions de suspension et d'exclusion. » ;

(53) 6° L'article L. 133-8-7 est ainsi modifié :

(54) *a)* La première phrase du premier alinéa est ainsi modifiée :

(55) – les mots : « et 2° » sont remplacés par les mots : « à 7° » ;

(56) – après le mot : « sommes », il est inséré le mot : « litigieuses » ;

(57) – les mots : « à tort » sont supprimés ;

(58) *b)* Après le quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

(59) « En cas de déclaration ou d'acceptation de prestations fictives, une majoration de 50 % au plus est applicable aux sommes litigieuses. » ;

(60) 7° La sous-section 2 de la section 4 du chapitre III *bis* du titre III du livre I^{er} est complétée par un article L. 133-8-8-1 ainsi rédigé :

(61) « *Art. L. 133-8-8-1.* – Les recours formés contre les décisions individuelles prises par l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 en application des articles L. 133-8-5 à L. 133-8-8 relèvent de la compétence des tribunaux judiciaires spécialement désignés en application de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire.

(62) « L'article L. 142-4 du présent code n'est pas applicable aux décisions mentionnées aux articles L. 133-8-5 à L. 133-8-7. » ;

(63) 8° Au troisième alinéa de l'article L. 142-4, après la référence : « L. 114-17-1, », sont insérés les mots : « L. 133-8-5 à L. 133-8-7, » ;

(64) 9° Au 3° *ter* de l'article L. 225-1-1, les mots : « à saisir le comité mentionné à l'article L. 243-7-2 et » sont supprimés ;

(65) 10° Après la troisième phrase du premier alinéa de l'article L. 243-7, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Dans le cadre de leurs missions, ils ne sont pas tenus par la qualification donnée par la personne contrôlée aux faits qui leur sont soumis. » ;

66 11° Au second alinéa de l'article L. 243-7-1 A, les mots : « ou celle prévue à l'article L. 243-7-2 » sont supprimés ;

67 12° L'article L. 243-7-2 est ainsi modifié :

68 *a)* Le deuxième alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

69 « L'abus de droit entraîne l'application par les organismes mentionnés au premier alinéa du présent article d'une pénalité d'un montant égal à 20 % du montant des cotisations et contributions sociales dues, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État.

70 « En cas de contestation, la charge de la preuve est supportée par les organismes mentionnés au même premier alinéa. » ;

71 *b)* Le début du troisième alinéa est ainsi rédigé : « Le présent article… *(le reste sans changement).* » ;

72 *c)* Les deux derniers alinéas sont supprimés.

73 II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

74 1° L'article L. 724-11 est ainsi modifié :

75 *a)* Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

76 « Les agents mentionnés au premier alinéa ne sont pas tenus par la qualification donnée par la personne contrôlée aux faits qui leur sont soumis. » ;

77 *b)* Au dernier alinéa, les mots : « à l'exclusion des situations où est mise en œuvre la procédure prévue à l'article L. 725-25 du présent code ou » sont remplacés par le mot : « sauf » ;

78 2° Au II de l'article L. 725-12, le mot : « quatrième » est remplacé par le mot : « cinquième » ;

79 3° L'article L. 725-25 est ainsi rédigé :

80 « *Art. L. 725-25.* – L'article L. 243-7-2 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole sous réserve des adaptations particulières suivantes :

81 « 1° Les compétences exercées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du code de la sécurité sociale sont exercées par les caisses de mutualité sociale agricole ;

(82) « 2° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

(83) « “Le présent article n’est pas applicable aux actes pour lesquels un cotisant a préalablement fait usage des dispositions de l’article L. 725-24 du code rural et de la pêche maritime en communiquant aux caisses de mutualité sociale agricole tous les éléments utiles pour apprécier la portée véritable de ces actes et lorsque ces organismes n’ont pas répondu dans les délais requis.” »

(84) III. – L’article L. 211-16 du code de l’organisation judiciaire est complété par un alinéa ainsi rédigé :

(85) « 4° Des litiges relatifs aux décisions individuelles prises par l’organisme mentionné au premier alinéa de l’article L. 133-5-10 du code de la sécurité sociale en application des articles L. 133-5-12 et L. 133-8-5 à L. 133-8-8 du même code. »

(86) IV. – L’article 20 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 est ainsi modifié :

(87) 1° Au 1 du I, la date : « 31 décembre 2023 » est remplacée par la date : « 1er juillet 2027 » ;

(88) 2° La première phrase du IV est complétée par les mots : « pour les particuliers mentionnés aux *a* et *b* du 2 du I acceptés avant cette date par l’organisme mentionné à l’article L. 225-1 du code de la sécurité sociale ».

(89) V. – Le IV de l’article 13 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 est ainsi modifié :

(90) 1° À la seconde phrase des premier et deuxième alinéas, la date : « 1er janvier 2024 » est remplacée par la date : « 1er juillet 2026 » ;

(91) 2° À la fin de la première phrase du dernier alinéa, la date : « 1er janvier 2024 » est remplacée par la date : « 1er juillet 2027 ».

(92) VI. – Les 9°, 11° et 12° du I ainsi que le *b* du 1° et le 3° du II s’appliquent aux observations notifiées à compter du 1er janvier 2024.

Article 6

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

(2) 1° Le second alinéa de l’article L. 114-19-1 est ainsi modifié :

③ *a)* Après la première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « La transmission de ces documents et des informations est accompagnée, selon des modalités définies par un décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, des informations permettant de faciliter l'identification de chaque vendeur ou prestataire et les échanges avec eux. » ;

④ *b)* Les mots : « et L. 213-1 » sont remplacés par les mots : « , L. 213-1 et L. 752-1 » ;

⑤ *c)* Après le mot : « contrôle », sont insérés les mots : « , de vérification » ;

⑥ 2° L'article L. 613-6 est remplacé par des articles L. 613-6 et L. 613-6-1 ainsi rédigés :

⑦ « *Art. L. 613-6*. – Les travailleurs indépendants recourant pour l'exercice de leur activité professionnelle aux plateformes de mise en relation par voie électronique mentionnées au premier alinéa de l'article 242 *bis* du code général des impôts peuvent autoriser par mandat les opérateurs de ces plateformes à réaliser les démarches déclaratives de début d'activité prévues à l'article L. 123-33 du code de commerce auprès de l'organisme unique mentionné au deuxième alinéa du même article L. 123-33.

⑧ « *Art. L. 613-6-1*. – I. – Les cotisations et contributions sociales ainsi que les taxes et, lorsqu'ils ont exercé l'option prévue à l'article 151-0 du code général des impôts, le versement libératoire à l'impôt sur le revenu dus par les vendeurs et les prestataires relevant de l'article L. 613-7 ou du 35° de l'article L. 311-3 du présent code au titre de chiffres d'affaires ou de recettes dont le montant leur est versé par l'opérateur d'une plateforme mentionnée à l'article L. 613-6 sont prélevés par cet opérateur sur ces versements. Ce prélèvement vaut acquit de ces cotisations et contributions sociales, taxes et impôts par le cotisant concerné.

⑨ « Le présent article n'est pas applicable aux taxes mentionnées au chapitre I^er^ du titre II de la première partie du livre I^er^ du code général des impôts et à l'article 1447 du même code.

⑩ « II. – En vue de déterminer les modalités du précompte prévu au I du présent article qui leur sont le cas échéant applicables et de procéder aux opérations mentionnées au III du présent article, les vendeurs et les prestataires transmettent aux opérateurs des plateformes auxquelles ils ont recours les données permettant leur identification. Ces opérateurs

transmettent ces mêmes données à l'organisme mentionné à l'article L. 225-1-1.

⑪ « La méconnaissance du premier alinéa du présent II entraîne l'application d'une pénalité d'un montant maximal :

⑫ « 1° Pour les vendeurs et prestataires, de 7 500 euros ;

⑬ « 2° Pour les opérateurs de plateforme, de 7 500 euros par vendeur ou prestataire concerné.

⑭ « Cette pénalité peut être à nouveau prononcée en cas de manquement réitéré au terme d'une période de six mois suivant un précédent constat de manquement.

⑮ « La nature des données mentionnées au même premier alinéa, leurs modalités de transmission et d'utilisation ainsi que la procédure applicable au prononcé des pénalités mentionnées au présent II sont déterminées par décret en Conseil d'État.

⑯ « III. – Les opérateurs des plateformes concernées procèdent chaque mois, auprès de l'organisme mentionné à l'article L. 225-1-1 ou de l'un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'organisme mentionné à l'article L. 225-1-1 pour exercer cette compétence :

⑰ « 1° À la déclaration du montant du chiffre d'affaires ou des recettes réalisés par chaque vendeur ou prestataire ;

⑱ « 2° À la déclaration et au versement, pour le compte de chaque vendeur ou prestataire, des sommes précomptées en application du I du présent article.

⑲ « Un décret en Conseil d'État définit les modalités d'application du présent III.

⑳ « IV. – Les coûts des prélèvements, des déclarations et des versements qu'ils sont tenus d'effectuer en application du présent article sont à la charge des opérateurs de plateforme.

㉑ « Les cotisations et contributions sociales, les taxes et les impôts précomptés en application du présent article sont recouvrés dans les conditions et sous les garanties, sûretés et sanctions applicables aux cotisations et contributions précomptées sur la rémunération des salariés prévues aux chapitres III et IV du titre IV du livre II.

㉒ « La méconnaissance par un opérateur de plateforme de l'obligation de précompte prévue au I entraîne l'application d'une pénalité d'un montant maximal égal à 5 % des chiffres d'affaires ou des recettes sur lesquels cette obligation a été méconnue. Un décret détermine la procédure applicable au prononcé de cette pénalité. » ;

㉓ 3° Au début de l'article L. 613-8, sont ajoutés les mots : « Sous réserve de l'article L. 613-6-1, ».

㉔ II. – A. – Le 1° du I entre en vigueur le 1er janvier 2024.

㉕ B. – Les 2° et 3° du I s'appliquent aux chiffres d'affaires et aux recettes réalisés à compter du 1er janvier 2027. Toutefois, les obligations mentionnées aux articles L. 613-6-1 et L. 613-8 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction résultant des 2° et 3° du I du présent article, sont progressivement applicables à compter du 1er janvier 2026 aux opérateurs de plateforme qui respectent des critères et selon des modalités définis par décret. Ces critères peuvent porter sur le secteur d'activité concerné, le chiffre d'affaires réalisé par l'opérateur de plateforme en France et le nombre de vendeurs et de prestataires d'une plateforme exerçant leur activité en France.

Article 7

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

② 1° Après l'article L. 114-17-1, il est inséré un article L. 114-17-1-1 ainsi rédigé :

③ « *Art. L. 114-17-1-1.* – Lorsqu'un professionnel bénéficiant de la participation de l'assurance maladie au financement de ses cotisations, mentionnée au 5° du I de l'article L. 162-14-1, fait l'objet, pour des faits à caractère frauduleux, d'une pénalité financière décidée sur le fondement du IV de l'article L. 114-17-1, d'une sanction prononcée en application de l'article L. 145-2 ou d'une condamnation pénale dans les cas mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 114-16-2, l'organisme d'assurance maladie peut procéder à l'annulation de tout ou partie de cette participation sur la part des revenus obtenus frauduleusement.

④ « Le montant correspondant est recouvré selon les modalités prévues à l'article L. 133-4 pour les versements indus de prestations. » ;

⑤ 2° Au 5° du I de l'article L. 162-14-1, après la référence : « L. 646-3 », sont insérés les mots : « , sous réserve que ces honoraires ou revenus n'aient pas été perçus frauduleusement».

⑥ II. – Le présent article est applicable aux revenus perçus à compter du 1er janvier 2024.

Article 7 *bis (nouveau)*

À la quatrième phrase du premier alinéa du 1 de l'article 231 du code général des impôts, après le mot : « culturelle », sont insérés les mots : « ou des établissements publics de coopération environnementale ».

Article 7 *ter (nouveau)*

① Le chapitre IV *ter* du titre Ier du livre Ier du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° Après l'article L. 114-12-4, il est rétabli un article L. 114-13 ainsi rédigé :

③ « *Art. L. 114-13*. – Est punie d'une peine de trois ans d'emprisonnement et de 250 000 € d'amende la mise à disposition, à titre gratuit ou onéreux, d'un ou de plusieurs moyens, services, actes ou instruments juridiques, comptables, financiers ou informatiques ayant pour but de permettre à un ou à plusieurs tiers de se soustraire frauduleusement à la déclaration et au paiement des cotisations et contributions sociales dues ou d'obtenir une allocation, une prestation, un paiement ou un avantage indus d'un organisme de protection sociale.

④ « Les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 500 000 € d'amende lorsque la mise à disposition mentionnée au premier alinéa est commise en utilisant un service de communication au public en ligne.

⑤ « Les personnes morales déclarées responsables pénalement, dans les conditions prévues à l'article 121-2 du code pénal, de l'infraction définie au premier alinéa du présent article encourent, outre l'amende prévue aux articles 131-37 et 131-38 du code pénal, les peines prévues aux 1° à 6°, 9° et 12° de l'article 131-39 du même code. » ;

⑥ 2° Au troisième alinéa de l'article L. 114-16-2, après le mot : « articles », sont insérées les références : « L. 114-13, L. 114-18, » ;

⑦ 3° L'article L. 114-18 est ainsi modifié :

⑧ *a)* Le premier alinéa est supprimé ;

⑨ *b)* Au début du second alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

⑩ *c)* Sont ajoutés des II et III ainsi rédigés :

⑪ « II. – Est puni d'un emprisonnement de deux ans et d'une amende de 30 000 € le fait d'inciter publiquement autrui, par quelque moyen que ce soit, à :

⑫ « 1° Se soustraire à l'obligation de s'affilier à un organisme de sécurité sociale ;

⑬ « 2° Se soustraire à la déclaration et au paiement des cotisations et contributions sociales dues ;

⑭ « 3° Obtenir frauduleusement le versement de prestations, d'allocations ou d'avantages servis par un organisme de protection sociale.

⑮ « III. – Lorsque les faits mentionnés au II sont commis par la voie de la presse écrite ou audiovisuelle ou d'un service de communication au public en ligne, les dispositions particulières des lois qui régissent ces matières sont applicables en ce qui concerne la détermination des personnes responsables. » ;

⑯ 4° Au premier alinéa du I de l'article L. 114-22-3, après le mot : « pénal », sont insérés les mots : « et aux articles L. 114-13 et L. 114-18 du présent code » ;

⑰ 5° La section 3 est complétée par un article L. 114-22-4 ainsi rédigé :

⑱ « *Art. L. 114-22-4.* – Les agents chargés du contrôle mentionnés à l'article L. 243-7 sont habilités à rechercher et à constater les infractions mentionnées aux articles L. 114-13 et L. 114-18. »

Article 7 *quater (nouveau)*

① Le 1° du III de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale est complété par un *f* ainsi rédigé :

② « *f)* L'allocation en faveur des lycéens de la voie professionnelle dans le cadre de la valorisation des périodes de formation en milieu professionnel ; ».

Article 7 *quinquies (nouveau)*

① L'article L. 162-1-19 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

② « La communication prévue au premier alinéa concerne notamment les informations portant sur des faits à caractère frauduleux commis par un professionnel de santé. »

CHAPITRE II

Simplifier le recouvrement social et le financement de la sécurité sociale

Article 8

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

② 1° À la première phrase du premier alinéa du II *bis* de l'article L. 133-5-3, dans sa rédaction résultant du 2° du B du I de l'article 6 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023, après la référence : « L. 213-1 », sont insérés les mots : « , L. 922-1 et L. 922-4, » ;

③ 2° Le I de l'article L. 136-5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

④ « Par dérogation aux troisième et quatrième alinéas du présent I, la contribution due au titre des sommes ou des prestations sociales mentionnées au premier alinéa du II *bis* de l'article L. 133-5-3 versées à des personnes qui relèvent de la protection sociale des personnes salariées et non salariées agricoles est recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations dues au régime général par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1. » ;

⑤ 3° Le 6° du I de l'article L. 213-1 est ainsi modifié :

⑥ *a)* Après la référence : « L. 5422-9 », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « et aux articles L. 5422-11, L. 6131-1 et L. 6331-48 du code du travail ; »

⑦ *b)* La seconde phrase est supprimée ;

⑧ 4° L'article L. 213-1-1 est complété par des 5° à 9° ainsi rédigés :

⑨ « 5° Des cotisations dues aux organismes mentionnés aux articles L. 922-1 et L. 922-4 du présent code, à l'exception de celles recouvrées dans le cadre de l'un des dispositifs prévus à l'article L. 133-5-6 ;

⑩ « 6° Des cotisations dues à la caisse mentionnée à l'article 3 de l'ordonnance n° 45-993 du 17 mai 1945 relative aux services publics des départements et communes et de leurs établissements publics ;

⑪ « 7° Des cotisations dues à l'institution mentionnée à l'article L. 921-2-1 du présent code, à l'exception de celles recouvrées dans le cadre de l'un des dispositifs prévus à l'article L. 133-5-6 ;

⑫ « 8° Des cotisations mentionnées à l'article 76 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites ;

⑬ « 9° De la contribution mentionnée à l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique. » ;

⑭ 5° L'article L. 242-1-3 est ainsi rédigé :

⑮ « *Art. L. 242-1-3*. – Lorsqu'un redressement des cotisations et contributions sociales a une incidence sur les droits des salariés et assimilés au titre des assurances sociales et des droits à retraite complémentaire légalement obligatoire, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 ou L. 752-4 du présent code ou à l'article L. 725-3 du code rural et de la pêche maritime communiquent aux organismes énumérés dans une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale les informations, dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale, nécessaires à la correction de ces droits. » ;

⑯ 6° Le I de l'article L. 242-13 est ainsi modifié :

⑰ *a)* Après la première occurrence du mot : « régime », la fin du 1° est supprimée ;

⑱ *b)* À la fin de la dernière phrase du 2°, les mots : « et versée directement à ce régime » sont supprimés ;

⑲ *c)* Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

⑳ « Ces cotisations sont recouvrées par les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, selon les règles

et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général. » ;

㉑ 7° Le premier alinéa de l'article L. 243-1-2 est ainsi modifié :

㉒ *a)* Au début, est ajoutée la mention : « I. – » ;

㉓ *b)* La seconde phrase est supprimée ;

㉔ 8° Le II de l'article L. 243-6-1 est ainsi rétabli :

㉕ « II. – La procédure prévue au I du présent article est également applicable lorsque le cotisant, qu'il possède un ou plusieurs établissements, est confronté aux interprétations contradictoires retenues, d'une part, par un ou plusieurs des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 et, d'autre part, par un ou plusieurs organismes mentionnés aux articles L. 922-1 et L. 922-4 concernant sa situation au regard de l'application des dispositions relatives à la détermination de l'assiette prévue à l'article L. 242-1, au calcul du plafond prévu à l'article L. 241-3 ou à la réduction dégressive de cotisations sociales prévue à l'article L. 241-13 ainsi que des articles L. 241-10 et L. 752-3-2 ou concernant tout point de droit dont l'application est susceptible d'avoir une incidence sur le calcul du plafond ou les allègements portant sur les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4. » ;

㉖ 9° Le II de l'article L. 243-6-2 est ainsi rétabli :

㉗ « II. – Le présent article s'applique aux organismes mentionnés aux articles L. 922-1 et L. 922-4 en tant que l'interprétation admise par les instructions et circulaires mentionnées au I du présent article porte sur la législation relative à la détermination de l'assiette prévue à l'article L. 242-1, au calcul du plafond prévu à l'article L. 241-3 ou à la réduction dégressive de cotisations sociales mentionnée à l'article L. 241-13, sur les articles L. 241-10 et L. 752-3-2 ou sur tout point de droit dont l'application est susceptible d'avoir une incidence sur le calcul du plafond ou les allègements portant sur les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4. » ;

㉘ 10° Le premier alinéa du III de l'article L. 243-6-3 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elle est également opposable, dans les mêmes conditions, aux organismes mentionnés aux articles L. 922-1 et L. 922-4 en tant qu'elle porte sur la législation relative à la détermination de l'assiette prévue à l'article L. 242-1, au calcul du plafond prévu à l'article L. 241-3 ou à la

réduction dégressive de cotisations sociales mentionnée à l'article L. 241-13, sur les articles L. 241-10 et L. 752-3-2 ou sur tout point de droit susceptible d'avoir une incidence sur le calcul du plafond ou les allègements portant sur les cotisations à la charge de l'employeur dues aux titres des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4. » ;

(29) 11° Les articles L. 243-6-6 et L. 243-6-7 sont ainsi rétablis :

(30) « *Art. L. 243-6-6*. – Lorsqu'une demande d'échéancier de paiement est adressée par un cotisant à un organisme mentionné aux articles L. 213-1 ou L. 752-4, cet organisme la communique, ainsi que sa réponse, aux institutions mentionnées à l'article L. 922-4 dont le cotisant relève.

(31) « Dans des conditions déterminées par décret, l'octroi d'un échéancier de paiement par un organisme de recouvrement mentionné aux articles L. 213-1 ou L. 752-4 emporte également le bénéfice d'un échéancier de paiement similaire au titre des cotisations à la charge de l'employeur restant dues, le cas échéant, au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4.

(32) « Lorsqu'il est statué sur l'octroi à une entreprise d'un plan d'apurement par plusieurs créanciers publics, l'organisme mentionné aux articles L. 213-1 ou L. 752-4 reçoit mandat des institutions mentionnées à l'article L. 922-4 dont le cotisant relève pour prendre toute décision sur les créances qui les concernent, le cas échéant.

(33) « *Art. L. 243-6-7*. – Une convention conclue pour cinq ans entre un représentant mandaté par les fédérations mentionnées à l'article L. 922-4, l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 du présent code et l'organisme mentionné à l'article L. 723-11 du code rural et de la pêche maritime et approuvée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture organise les opérations réalisées en commun par ces organismes pour vérifier les déclarations mentionnées au I de l'article L. 133-5-3 du présent code, demander de les rectifier ou réaliser les corrections requises.

(34) « Cette convention garantit la simplicité et la coordination de ces procédures, notamment l'absence de vérification concomitante d'une même donnée par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 752-4, L. 922-1 et L. 922-4 du présent code et à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime.

(35) « Elle définit les modalités selon lesquelles, en cas de constat d'anomalies portant sur l'application de la législation relative à la détermination de

l'assiette prévue à l'article L. 242-1 du présent code, au calcul du plafond prévu à l'article L. 241-3 ou à la réduction dégressive de cotisations sociales mentionnée à l'article L. 241-13 ainsi que sur l'application des articles L. 241-10 et L. 752-3-2, les organismes mentionnés au deuxième alinéa du présent article mettent à la disposition des employeurs les corrections de la déclaration mentionnée au premier alinéa. À cette fin, elle précise les modalités de mise en œuvre :

(36) « 1° D'un traitement commun de l'information, des demandes de rectification et des réponses adressées aux cotisants ;

(37) « 2° Des corrections prévues à l'article L. 133-5-3-1 réalisées pour le compte des organismes mentionnés aux articles L. 922-1 et L. 922-4 par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code et à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime, au moyen de la norme d'échange prévue pour transmettre la déclaration mentionnée au I de l'article L. 133-5-3 du présent code, après la procédure d'échange contradictoire prévue à l'article L. 133-5-3-1. » ;

(38) 12° Au début du deuxième alinéa de l'article L. 921-2-1, est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Les articles L. 243-4 et L. 243-5 s'appliquent aux cotisations versées à l'institution mentionnée au premier alinéa du présent article. »

(39) II. – Le code du travail est ainsi modifié :

(40) 1° L'article L. 6123-5 est ainsi modifié :

(41) *a)* À la deuxième phrase du 6°, la première occurrence du mot : « et » est supprimée ;

(42) *b)* Le 15° est abrogé ;

(43) 2° L'article L. 6131-3, dans sa rédaction résultant de l'ordonnance n° 2021-797 du 23 juin 2021 relative au recouvrement, à l'affectation et au contrôle des contributions des employeurs au titre du financement de la formation professionnelle et de l'apprentissage, est ainsi modifié :

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

(45) *b)* Le II est abrogé ;

(46) 2° *bis (nouveau)* Au second alinéa du I et à la première phrase du deuxième alinéa du 1° du II de l'article L. 6241-2, à la première phrase

du VIII de l'article L. 6242-1, au second alinéa de l'article L. 6331-1, au second alinéa de l'article L. 6331-3, à la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 6331-6 et au dernier alinéa de l'article L. 6331-55, les mots : « au I de » sont remplacés par le mot : « à » ;

47 3° L'article L. 6332-1-2, dans sa rédaction résultant de l'ordonnance n° 2021-797 du 23 juin 2021 précitée, est ainsi modifié :

48 *a)* Le premier alinéa est ainsi modifié :

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

50 – après le mot : « également », sont insérés les mots : « collecter et » ;

51 *b)* Le troisième alinéa est supprimé ;

52 *c)* Il est ajouté un II ainsi rédigé :

53 « II. – Les opérateurs de compétences peuvent collecter les contributions aux fonds de financement du paritarisme mentionnés au 3° de l'article L. 2253-1. Une convention conclue entre l'opérateur de compétences et l'association désignée dans l'accord de la branche professionnelle concernée relatif au financement du paritarisme prévoit les modalités de collecte de cette contribution.

54 « Ces contributions font l'objet d'un suivi comptable distinct et leurs frais de recouvrement sont spécifiques. » ;

55 4° L'article L. 6332-1-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

56 « Il reverse le cas échéant les contributions mentionnées au II de l'article L. 6332-1-2 aux associations de gestion mises en place par les organisations syndicales de salariés et les organisations professionnelles d'employeurs des branches concernées. »

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

58 AA *(nouveau)*. – À la seconde phrase du quatrième alinéa de l'article L. 724-11, les mots : « septième alinéa » sont remplacés par les mots : « premier alinéa du II » ;

59 A. – L'article L. 725-3, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023, est ainsi modifié :

⑥⓪ 1° Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

⑥① 2° Au début du septième alinéa, est ajoutée la mention : « II. – » ;

⑥② 3° Au début du onzième alinéa, est ajoutée la mention : « III. – » ;

⑥③ 4° Le douzième alinéa est ainsi modifié :

⑥④ *a)* Les mots : « onzième alinéa du présent article » sont remplacés par les mots : « premier alinéa du présent III » ;

⑥⑤ *b)* Il est ajouté le mot : « pour » ;

⑥⑥ 5° Les treizième et quatorzième alinéas sont remplacés par des 1° à 4° ainsi rédigés :

⑥⑦ « 1° Les cotisations et contributions finançant les régimes de base de sécurité sociale rendus obligatoires par la loi à la charge des salariés ou assimilés mentionnés à l'article L. 722-20 et de leurs employeurs ;

⑥⑧ « 2° Les versements, cotisations et contributions mentionnés aux *b*, *c* et *e* du 5° de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale ;

⑥⑨ « 3° Les contributions mentionnées à l'article L. 718-2-1 du présent code et à l'article L. 6331-53 du code du travail ;

⑦⓪ « 4° Les cotisations mentionnées aux *a* et *b* du I du présent article. » ;

⑦① 6° À l'avant-dernier alinéa, les mots : « douzième alinéa » sont remplacés par les mots : « deuxième alinéa du présent III » ;

⑦② 7° Au dernier alinéa, les mots : « douzième à quatorzième alinéas » sont remplacés par les mots : « deuxième à sixième alinéas du présent III » ;

⑦③ 8° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

⑦④ « Le solde résultant, pour la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, de l'application du présent III, déduction faite des frais de gestion, est affecté aux branches mentionnées aux articles L. 722-8 et L. 722-27, selon une répartition fixée par arrêté des ministres chargés du budget, de la sécurité sociale et de l'agriculture en fonction des soldes prévisionnels de ces branches. » ;

⑦⑤ A *bis (nouveau).* – Au I de l'article L. 725-12, après la référence : « 1° », sont insérés les mots : « du II » ;

⑯ B. – La section 1 du chapitre V du titre II est complétée par un article L. 725-12-3 ainsi rédigé ;

⑰ « *Art. L. 725-12-3*. – L'article L. 243-1-3 du code de la sécurité sociale est applicable au paiement des cotisations et contributions sociales dues au titre des indemnités relatives aux périodes de congés des salariés des employeurs affiliés aux caisses de congés mentionnées à l'article L. 3141-32 du code du travail et versées aux salariés relevant de la protection sociale des personnes salariées agricoles.

⑱ « Par dérogation à l'article L. 725-3 du présent code, les cotisations mentionnées au 2° de l'article L. 243-1-3 du code de la sécurité sociale sont recouvrées et contrôlées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du même code, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations dues au régime général. » ;

⑲ C. – La deuxième phrase de l'article L. 741-1-1 est supprimée ;

⑳ D. – L'article L. 741-9 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

㉑ « La cotisation prévue au *c* du 1° du I du présent article est recouvrée et contrôlée selon les mêmes règles, garanties et sanctions que celles prévues pour la cotisation mentionnée à l'article L. 136-1 du code de la sécurité sociale. »

㉒ IV. – Au premier alinéa de l'article 20 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, les mots : « , le cas échéant, à compter du 1er janvier 2024, celles mentionnées au 5° du même I, ainsi que les contributions mentionnées au II » sont remplacés par les mots : « la contribution mentionnée au 1° du I ».

㉓ V. – L'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi modifiée :

㉔ 1° L'article 22 est ainsi modifié :

㉕ *a)* Au 9° du II, les mots : « et, le cas échéant, celles mentionnées au 5° du I de l'article L. 6131-1 du code du travail, ainsi que les contributions mentionnées au II » sont remplacés par les mots : « du I de l'article L. 6131-1 du code du travail et la contribution mentionnée au 1° du I » ;

86 *b) (Supprimé)*

87 2° L'article 28-9-1 est ainsi rédigé :

88 « *Art. 28-9-1*. – Pour l'application des articles L. 133-5-3 à L. 133-5-5 du code de la sécurité sociale à Mayotte :

89 « 1° Le plafond mensuel de sécurité sociale mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 133-5-4 est celui en vigueur à Mayotte ;

90 « 2° La caisse de sécurité sociale de Mayotte est l'organisme de sécurité sociale destinataire de la déclaration sociale nominative en application du II *bis* de l'article L. 133-5-3 et chargé de contrôler cette déclaration et de recouvrer la pénalité prévue en application de l'article L. 133-5-4. »

91 VI. – Au *c* du 4° du XII de l'article 18 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, les mots : « aux cotisations d'assurance vieillesse des agents de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière, aux cotisations d'assurance vieillesse des agents non titulaires de la fonction publique, aux cotisations de retraite additionnelle des agents de la fonction publique, aux contributions mentionnées à l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique, à la cotisation due au titre de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales, » sont supprimés.

92 VII. – Le III de l'article 7 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 est abrogé.

93 VIII. – L'article 2 de l'ordonnance n° 2021-797 du 23 juin 2021 relative au recouvrement, à l'affectation et au contrôle des contributions des employeurs au titre du financement de la formation professionnelle et de l'apprentissage est abrogé.

94 IX. – Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1er octobre 2024, un rapport sur la mise en œuvre des stipulations de la convention prévue à l'article L. 243-6-7 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi. Ce rapport présente également les actions devant être réalisées pour atteindre les objectifs mentionnés au même article L. 243-6-7.

95 X. – Les I à VII du présent article entrent en vigueur le 1er janvier 2024. Toutefois :

96 1° Le 7° du I et le C du III entrent en vigueur le 1er mars 2024 ;

97 2° Les 1° et 2° du I ainsi que les A, B et D du III entrent en vigueur le 1er janvier 2025.

Article 8 *bis (nouveau)*

1 I. – L'article 231 A du code général des impôts est ainsi rétabli :

2 « *Art. 231 A*. – Les rémunérations versées par l'employeur membre d'un assujetti unique mentionné à l'article 256 C sont exonérées de la taxe sur les salaires lorsque les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

3 « 1° Cet employeur ne serait pas assujetti à la taxe sur les salaires s'il n'était pas membre de cet assujetti unique ;

4 « 2° Au titre de l'année civile précédant celle du paiement des rémunérations, le chiffre d'affaires des opérations réalisées par cet assujetti unique qui ouvrent droit à déduction en application de l'article 271 est au moins égal à 90 % du montant total de son chiffre d'affaires imposable à la taxe sur la valeur ajoutée.

5 « Pour l'application de l'exonération au titre des rémunérations versées lors de l'année civile de constitution de l'assujetti unique, la condition mentionnée au 2° du présent article s'apprécie par référence au chiffre d'affaires de cette année civile. »

6 II. – Le I s'applique à la taxe sur les salaires due au titre des rémunérations versées à compter du 1er janvier 2024.

Article 9

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

2 1° L'article L. 134-1 est ainsi modifié :

3 *a)* La seconde phrase du premier alinéa est ainsi rédigée : « Pour les besoins de cette compensation, les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 sont distinguées, au sein du régime général, des autres catégories d'affiliés à ce régime. » ;

4 *b)* Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

5 « Pour le calcul de cette compensation, le régime général en tant que régime d'affiliation des personnes autres que les personnes mentionnées à

l'article L. 611-1 et les régimes spéciaux dont il assure l'équilibre financier en application du 3° de l'article L. 134-3 forment un ensemble unique. Les transferts relatifs à cet ensemble sont à la charge ou au bénéfice du seul régime général. » ;

⑥ 2° L'article L. 134-3 est ainsi modifié :

⑦ *a)* Au premier alinéa, les mots : « l'ensemble » sont remplacés par les mots : « le solde » ;

⑧ *b)* Après le 2°, il est inséré un 3° ainsi rédigé :

⑨ « 3° À compter du premier exercice au terme duquel leurs fonds propres sont négatifs :

⑩ « *a)* Du régime mentionné à l'article L. 142-9 du code monétaire et financier ;

⑪ « *b)* Du régime spécial de retraite du personnel de la société nationale SNCF et de ses filiales relevant du I de l'article L. 2101-2 du code des transports ;

⑫ « *c)* Du régime mentionné à l'article L. 2142-4-2 du même code ;

⑬ « *d)* Du régime prévu à l'article 1er de la loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires ;

⑭ « *e)* Du régime institué par la loi n° 57-761 du 10 juillet 1957 portant modification de certaines dispositions de la loi du 6 janvier 1950 en ce qui concerne le statut du Conseil économique ;

⑮ « *f)* Du régime 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 ;

⑯ « *g)* Du régime mentionné à l'article 171 de la loi n° 46-2154 du 7 octobre 1946 portant ouverture et annulation de crédits sur l'exercice 1946 ;

⑰ « *h)* Du régime institué à l'article 3 de l'ordonnance n° 59-80 du 7 janvier 1959 portant réorganisation des monopoles fiscaux des tabacs et allumettes ;

⑱ « *i)* Des régimes des agents des chemins de fer d'Afrique du Nord et d'outre-mer ;

⑲ « *j)* Du régime des personnels de l'Office de radiodiffusion-télévision française. » ;

⑳ 3° Après le 6° de l'article L. 241-3, il est inséré un 7° ainsi rédigé :

㉑ « 7° Une contribution des régimes de retraite complémentaire mentionnés à l'article L. 921-4 du présent code, dont le montant est fixé par une convention entre ces régimes et le régime général approuvée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du travail et du budget, au titre de la solidarité financière au sein du système de retraite. À défaut de fixation par une telle convention, au 30 juin de l'exercice en cours, de la contribution due par les régimes de retraite complémentaire pour tenir compte des conséquences financières, pour chacun des organismes, de la fermeture des régimes spéciaux mentionnés aux *a* à *f* du 3° de l'article L. 134-3, un décret fixe le montant de la contribution due au titre de cet exercice. »

㉒ II. – Le IX de l'article 25 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 est abrogé.

㉓ III. – Après le premier alinéa de l'article L. 4163-21 du code du travail, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

㉔ « Pour les personnels relevant du statut 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 personnels relevant du statut particulier mentionné à l'article L. 2142-4-1 du code des transports et pour les agents titulaires de la Banque de France, ces dépenses sont couvertes par une contribution de leur employeur assise sur les revenus d'activité pris en compte dans l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale. »

㉕ IV. – La loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires est ainsi modifiée :

㉖ 1° Le paragraphe 2 de l'article 1er est ainsi modifié :

㉗ *a)* Au troisième alinéa, les mots : « sans aucune interruption » sont supprimés ;

㉘ *b)* Après même le troisième alinéa, sont insérés six alinéas ainsi rédigés :

㉙ « Un décret fixe la liste des congés qui permettent le maintien de l'affiliation à ce régime d'assurance vieillesse après le 1er septembre 2023 alors même qu'ils ne donnent lieu ni au versement de cotisations ni à la constitution de droits à pension dans ce régime.

㉚ « En cas de rupture du contrat de travail après le 1er septembre 2023, l'affiliation est maintenue :

㉛ « 1° Pour une durée d'un mois à compter de la rupture du contrat lorsque cette rupture est à l'initiative du salarié ou d'un commun accord ;

㉜ « 2° Pour une durée d'un an à compter de la rupture du contrat lorsque cette rupture est à l'initiative de l'employeur.

㉝ « Par dérogation aux 1° et 2°, l'affiliation est maintenue jusqu'à la reprise d'une activité entraînant une affiliation auprès d'un autre régime de sécurité sociale lorsque cette reprise d'activité intervient avant l'expiration des durées mentionnées aux mêmes 1° et 2°.

㉞ « En cas de suspension ou de rupture du contrat de travail intervenue avant le 1er septembre 2023, quelle qu'en soit la cause, l'affiliation est maintenue pour une durée maximale de dix ans à compter de la suspension ou de la rupture du contrat. » ;

㉟ 2° À la seconde phrase du 4° du paragraphe premier de l'article 3, les mots : « du 2° du III de l'article L. 136-2 » sont remplacés par les mots : « du 1° du II de l'article L. 136-1-2 ».

㊱ V. – 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 est ainsi modifiée :

㊲ 1° Le I de l'article 16 est ainsi modifié :

㊳ *a)* À la deuxième phrase du premier alinéa, les mots : « sans aucune interruption » sont supprimés ;

㊴ *b)* Après le premier alinéa, sont insérés six alinéas ainsi rédigés :

㊵ « Un décret fixe la liste des congés qui permettent le maintien de l'affiliation à ce régime d'assurance vieillesse après le 1er septembre 2023 alors même qu'ils ne donnent lieu ni au versement de cotisations ni à la constitution de droits à pension dans ce régime.

㊶ « En cas de rupture du contrat de travail après le 1er septembre 2023, l'affiliation est maintenue :

㊷ « 1° Pour une durée d'un mois à compter de la date de la rupture du contrat lorsque cette rupture est à l'initiative du salarié ou d'un commun accord ;

(43) « 2° Pour une durée d'un an à compter de la rupture du contrat lorsque cette rupture est à l'initiative de l'employeur.

(44) « Par dérogation aux 1° et 2° du présent I, l'affiliation est maintenue jusqu'à la reprise d'une activité entraînant une affiliation auprès d'un autre régime de sécurité sociale lorsque cette reprise d'activité intervient avant l'expiration des durées mentionnées aux mêmes 1° et 2°.

(45) « En cas de suspension ou de rupture du contrat de travail intervenue avant le 1er septembre 2023, quelle qu'en soit la cause, l'affiliation est maintenue pour une durée maximale de dix ans à compter de la suspension ou de la rupture du contrat. » ;

(46) *c)* À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « à l'alinéa précédent » sont remplacés par les mots : « au premier alinéa du présent article » ;

(47) 2° Après la seconde occurrence du mot : « énergie », la fin de la première phrase du premier alinéa du V de l'article 18 est supprimée.

(48) VI. – Le 3° du I et le III du présent article entrent en vigueur le 1er janvier 2024.

(49) Les IV et V entrent en vigueur le 1er janvier 2024. Ils sont applicables aux congés et aux suspensions et aux ruptures du contrat de travail intervenues avant cette date.

(50) Les 1° et 2° du I et le II entrent en vigueur le 1er janvier 2025.

(51) La seconde phrase du 7° de l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du 3° du I du présent article, ne peut s'appliquer pour la première fois qu'à la contribution due au titre de l'exercice 2025.

Article 10

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

(2) 1° L'article L. 131-8 est ainsi modifié :

(3) *a)* Le 1° est ainsi modifié :

(4) – à la fin du deuxième alinéa, le taux : « 53,37 % » est remplacé par le taux : « 55,57 % » ;

⑤ – à la fin du troisième alinéa, le taux : « 16,87 % » est remplacé par le taux : « 16,36 % » ;

⑥ – à la fin de l'avant-dernier alinéa, le taux : « 25,19 % » est remplacé par le taux : « 22,99 % » ;

⑦ – à la fin du dernier alinéa, le taux : « 4,57 % » est remplacé par le taux : « 5,08 % » ;

⑧ *b)* Le 2° est ainsi modifié :

⑨ – à la fin, les mots : « affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 du présent code » sont remplacés par le mot : « affecté : » ;

⑩ – sont ajoutés des *a* et *b* ainsi rédigés :

⑪ « *a)* À la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour 24,10 % ;

⑫ « *b)* À la branche mentionnée au 4° du même article L. 200-2, pour 75,90 % ; »

⑬ *c)* Le 8° est ainsi modifié :

⑭ – à la fin du deuxième alinéa, après le mot : « affecté », sont insérés les mots : « à la Caisse nationale de l'assurance maladie, au titre » ;

⑮ – au début des *a* et *b*, le mot : « Au » est remplacé par les mots : « Du financement du » ;

⑯ – le *c* est ainsi rédigé :

⑰ « *c)* À hauteur du solde du produit résultant des affectations mentionnées aux *a* et *b* du présent 8°, du financement des charges de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 ; »

⑱ 2° Au II de l'article L. 223-9, le taux : « 2,00 % » est remplacé par le taux : « 1,87 % ».

⑲ 3° Au 7° *bis* de l'article L. 225-1-1, après le mot : « compenser », sont insérés les mots : « , dans la limite d'un montant fixé par arrêté des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget, » ;

⑳ 4° Le II de l'article L. 225-6 est complété par une phrase ainsi rédigée : « La répartition entre les recettes affectées aux dépenses de l'Agence centrale

des organismes de sécurité sociale prévues aux 7° et 7° *bis* de l'article L. 225-1-1 est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, en tenant compte du niveau des compensations prévues aux mêmes 7° et 7° *bis*. »

㉑ II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

㉒ 1° Au 3° de l'article L. 731-3, le taux : « 26,02 % » est remplacé par le taux : « 24,51 % » ;

㉓ 2° Au troisième alinéa de l'article L. 732-58, le taux : « 27,38 % » est remplacé par le taux : « 28,89 % ».

㉔ III. – L'article 75 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 est ainsi modifié :

㉕ 1° Les 1° à 5° du II sont ainsi rédigés :

㉖ « 1° À compter du 1er janvier 2024, le taux : "7,70 %" est remplacé par le taux : "7,39 %" ;

㉗ « 2° À compter du 1er janvier 2025, le taux : "7,39 %" est remplacé par le taux : "7,57 %" ;

㉘ « 3° À compter du 1er janvier 2026, le taux : "7,57 % " est remplacé par le taux : "7,75 %" ;

㉙ « 4° À compter du 1er janvier 2027, le taux : "7,75 %" est remplacé par le taux : "7,93 %" ;

㉚ « 5° À compter du 1er janvier 2028, le taux : "7,93 %" est remplacé par le taux : "8,10 %". » ;

㉛ 2° Au début du A du III, les mots : « Les I et II du présent article » sont remplacés par les mots : « Le I et le II, dans sa rédaction résultant de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2024, ».

㉜ IV. – Les 3° et 4° du I s'appliquent à compter du 1er janvier 2023.

㉝ V. – Les 1° et 2° du I, le II et le III entrent en vigueur le 1er janvier 2024.

Article 10 *bis (nouveau)*

① Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

② 1° L'article L. 722-5 est ainsi modifié :

③ *a)* À la première phrase du 3° du I, les mots : « met en valeur une exploitation ou une entreprise agricole dont l'importance est supérieure au minimum prévu à l'article L. 731-23 et qu'elle » sont supprimés ;

④ *b)* Le III est complété par une phrase ainsi rédigée : « Dans le cas où l'activité minimale est appréciée selon la condition prévue au 3° du même I, seuls les membres ou associés qui remplissent cette condition sont considérés comme chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole. » ;

⑤ 2° Au début de la première phrase du premier alinéa de l'article L. 731-23, les mots : « Sous réserve du 3° du I de l'article L. 722-5, » sont supprimés.

Article 10 *ter (nouveau)*

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

② 1° L'article L. 131-6 est ainsi modifié :

③ *a)* Les I à IV et le premier alinéa du V sont remplacés par un I ainsi rédigé :

④ « I. – Les cotisations de sécurité sociale dues par les travailleurs indépendants non agricoles ne relevant pas du dispositif prévu à l'article L. 613-7 sont assises sur l'assiette définie à l'article L. 136-3. En sont toutefois déduites les sommes mentionnées aux articles L. 3312-4, L. 3324-5 et L. 3332-27 du code du travail qui leur sont versées.

⑤ « Cette assiette inclut également le montant des revenus de remplacement sans lien avec une affection de longue durée, au sens des 3° et 4° de l'article L. 160-14 du présent code, qui leur sont versés :

⑥ « 1° À l'occasion de la maladie, de la maternité, de la paternité et de l'accueil de l'enfant au titre des contrats mentionnés aux deux derniers alinéas du I de l'article 154 *bis* du code général des impôts ;

⑦ « 2° Par les organismes de sécurité sociale. » ;

⑧ *b)* Le dernier alinéa est ainsi modifié :

⑨ – au début, est ajoutée la mention : « II. – » ;

⑩ – à la première phrase, les mots : « revenus énumérés aux II et III » sont remplacés par les mots : « éléments énumérés à l'article L. 136-3 et au I » et

les mots : « calculé selon les modalités fixées au premier alinéa du présent V » sont remplacés par les mots : « et de contributions sociales dues selon les règles fixées à l'article L. 136-3 et au I du présent article » ;

⑪ 2° L'article L. 131-6-2 est ainsi modifié :

⑫ *a)* À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « du revenu d'activité de » sont remplacés par les mots : « de l'assiette de cotisations prévue à l'article L. 131-6 pour » ;

⑬ *b)* À la deuxième phrase du même deuxième alinéa, les mots : « d'un revenu forfaitaire fixé » sont remplacés par les mots : « d'une assiette forfaitaire fixée » ;

⑭ *c)* À la dernière phrase du deuxième alinéa et au troisième alinéa, les mots : « le revenu d'activité de » sont remplacés par les mots : « les éléments énumérés à l'article L. 136-3 et au I de l'article L. 131-6 sont définitivement connus pour », les mots : « est définitivement connu » sont supprimés et, à la fin, les mots : « ce revenu » sont remplacés par les mots : « l'assiette résultant de ces éléments en application de l'article L. 136-3 et du I de l'article L. 131-6 » ;

⑮ *d)* À l'avant-dernier alinéa, les mots : « du revenu estimé de » sont remplacés par les mots : « de l'assiette de cotisations estimée pour » ;

⑯ 3° Le II de l'article L. 131-6-4 est ainsi modifié :

⑰ *a)* Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

⑱ – à la première phrase, les mots : « le revenu ou la rémunération est inférieur ou égal » sont remplacés par les mots : « l'assiette des cotisations mentionnées au I est inférieure ou égale » ;

⑲ – à la seconde phrase, les mots : « de revenu ou de rémunération » sont remplacés par les mots : « d'assiette » et les mots : « le revenu ou la rémunération est égal » sont remplacés par les mots : « l'assiette est égale » ;

⑳ *b)* Le dernier alinéa est ainsi modifié :

㉑ – à la deuxième phrase, les mots : « le revenu pris » sont remplacés par les mots : « l'assiette prise » et les mots : « du revenu » sont remplacés par les mots : « de l'assiette, prévue à l'article L. 131-6, » ;

㉒ – à la dernière phrase, les mots : « du revenu » sont remplacés par les mots : « de l'assiette » ;

㉓ 4° L'article L. 131-9 est ainsi modifié :

㉔ *a)* À la première phrase, les mots : « revenus d'activité et de remplacement perçus par les » sont supprimés ;

㉕ *b)* À la fin de la deuxième phrase, les mots : « de leurs revenus d'activité définis aux articles L. 131-6 et L. 242-1 et de leurs revenus de remplacement qui ne sont pas assujettis à l'impôt sur le revenu » sont remplacés par les mots : « des sommes entrant dans le champ des assiettes de cotisations définies aux articles L. 131-2, L. 131-6 et L. 242-1 et qui ne sont pas assujetties à la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 » ;

㉖ 5° Le 4° du II de l'article L. 136-1-1 est abrogé ;

㉗ 6° L'article L. 136-3 est ainsi rédigé :

㉘ « *Art. L. 136-3*. – I. – La contribution due par les travailleurs indépendants au titre des activités mentionnées aux 1° et 2° du présent I autres que celles relevant des articles 50-0 ou 102 *ter* du code général des impôts est assise, sous réserve du III du présent article :

㉙ « 1° Au titre des activités mentionnées au premier alinéa de l'article 34 et à l'article 35 du code général des impôts, sur le montant, hors plus-values et moins-values de long terme, des produits tirés de ces mêmes activités, diminué du montant des charges que l'acquisition de ces produits nécessitent, tels que ces éléments résultent des articles 36 à 40 du même code, autres que celles, précisées par décret en Conseil d'État, permettant des déductions ou des provisions exceptionnelles ou l'étalement ou le report de parties des bénéfices ou des plus-values ;

㉚ « 2° Au titre des activités mentionnées à l'article 92 dudit code, sur le montant, hors plus-values et moins-values de long terme, des recettes perçues ou de celles acquises en cas d'exercice de l'option mentionnée à l'article 93 A du même code, au cours de l'année, diminué du montant des dépenses exposées ou de celles engagées en cas d'exercice de la même option, au cours de l'année, pour l'acquisition de ces recettes, tels que ces éléments résultent du 1 de l'article 93 et des I et III de l'article 93 *quater* du même code.

㉛ « En cas d'exercice en société, ces montants sont retenus en proportion des droits aux bénéfices dans la société dont disposent ces travailleurs indépendants, au sens de l'article 8 du même code, et à hauteur des rémunérations et des avantages personnels non déductibles des résultats de la société qu'ils ont perçus.

(32) « II. – Par dérogation au I du présent article, la contribution due au titre des activités donnant lieu à assujettissement à l'impôt sur les sociétés est assise, sous réserve du III :

(33) « 1° Sur les sommes ainsi que sur les avantages et accessoires en nature ou en argent qui y sont associés perçus par les travailleurs indépendants pour l'exercice de leurs fonctions ;

(34) « 2° Sur la part des dividendes et des revenus mentionnés aux *a* et *b* de l'article 111, à l'article 111 *bis* et au 4° de l'article 124 du code général des impôts perçus par les travailleurs indépendants, leurs conjoints ou les partenaires auxquels ils sont liés par un pacte civil de solidarité ou leurs enfants mineurs non émancipés qui est supérieure à 10 % d'un montant de référence constitué du capital social, primes d'émission incluses, détenu en toute propriété ou en usufruit par ces mêmes personnes et des sommes inscrites dans leurs comptes courants d'associés. Par dérogation, pour les entrepreneurs individuels, ce montant de référence est égal au montant net défini au I du présent article ou, lorsque ces travailleurs indépendants font application de la section 2 du chapitre VI du titre II du livre V du code de commerce et que ce montant est supérieur, à la valeur des biens du patrimoine affecté constaté en fin d'exercice.

(35) « III. – L'assiette résultant de l'application des I et II du présent article fait l'objet d'un abattement de 26 %. Toutefois, cet abattement ne peut être ni inférieur à un montant plancher, fixé par décret, qui ne peut dépasser le montant mentionné à la dernière phrase de l'article L. 633-1 du présent code, ni supérieur à un montant plafond fixé, également par décret, à une valeur au moins égale au plafond annuel mentionné à l'article L. 241-3.

(36) « IV. – La contribution due par les travailleurs indépendants au titre des activités relevant des articles 50-0 ou 102 *ter* du code général des impôts pour lesquelles les dispositions mentionnées à l'article L. 613-7 du présent code ne sont pas applicables est assise sur le montant des bénéfices déterminés aux articles 50-0 et 102 *ter* du code général des impôts. » ;

(37) 7° L'article L. 136-4 est ainsi rédigé :

(38) « *Art. L. 136-4*. – I. – A. – La contribution due au titre des activités mentionnées à l'article 63 du code général des impôts par les travailleurs indépendants agricoles autres que ceux relevant des articles 64 *bis* et 76 du même code est assise, sous réserve du III du présent article, sur le montant, hors plus-values et moins-values de long terme, des produits tirés de ces mêmes activités, diminué du montant des charges que l'acquisition de ces produits

nécessitent, tels que ces éléments résultent, sous réserve des adaptations mentionnées aux articles 72 à 73 E du même code, autres que celles, précisées par décret en Conseil d'État, permettant des déductions ou des provisions exceptionnelles ou l'étalement ou le report de parties des bénéfices ou des plus-values et sous réserve de l'application de l'article 75-0 A du même code et des dispositions énumérées au 1° du I de l'article L. 136-3 du présent code.

(39) « Sont exclus des produits mentionnés au premier alinéa du présent A :

(40) « 1° La dotation d'installation en capital accordée aux jeunes agriculteurs ;

(41) « 2° La différence entre l'indemnité versée en compensation de l'abattage total ou partiel de troupeaux en application des articles L. 221-2 ou L. 234-4 du code rural et de la pêche maritime et la valeur en stock ou en compte d'achats des animaux abattus.

(42) « B. – Les travailleurs indépendants agricoles sont autorisés, sur option, à déduire des montants mentionnés au présent I la part du revenu cadastral des terres qui sont mises en valeur par leur exploitation ou leur entreprise et dont ces dernières sont propriétaires excédant un abattement égal à 4 % de ces montants, minorés de ce revenu cadastral et multipliés par la part de ce dernier dans le revenu cadastral de l'ensemble des terres mises en valeur par l'exploitation ou l'entreprise, que ces dernières en soient propriétaires ou non. Cet abattement ne peut être inférieur à un montant fixé par décret.

(43) « Un décret détermine les conditions dans lesquelles cette option est exercée et sa durée de validité.

(44) « En cas d'exercice de cette option, les montants mentionnés au présent I sont majorés des revenus issus de la location par le travailleur indépendant agricole des terres, des biens immobiliers à utilisation agricole et des biens mobiliers qui leur sont attachés lorsque ces terres et ces biens sont mis à la disposition d'une exploitation ou d'une entreprise agricole aux travaux de laquelle il participe effectivement.

(45) « C. – En cas d'exercice en société ou de coexploitation, les montants mentionnés au présent I sont retenus en proportion des droits aux bénéfices dont disposent ces travailleurs indépendants au sein de l'ensemble des associés ou coexploitants.

(46) « L'assiette du travailleur indépendant agricole est majorée des montants, appréciés en application du premier alinéa du présent C, attribuables à son conjoint, au partenaire auquel il est lié par un pacte civil de solidarité ou à ses enfants mineurs non émancipés, lorsqu'ils sont associés non exploitants

de la société, et qui excédent 10 % du montant de référence mentionné à la première phrase du 2° du II de l'article L. 136-3.

(47) « II. – Le II de l'article L. 136-3 est applicable aux travailleurs indépendants agricoles mentionnés au I du présent article.

(48) « III. – L'assiette résultant de l'application des I et II du présent article fait l'objet d'un abattement calculé selon les règles mentionnées au III de l'article L. 136-3.

(49) « IV. – La contribution due au titre des activités mentionnées au A du I du présent article par les travailleurs indépendants agricoles relevant des articles 64 *bis* et 76 du code général des impôts est assise sur le montant des bénéfices déterminés aux mêmes articles 64 *bis* et 76, sous réserve de l'exclusion du montant des recettes des sommes mentionnées aux 1° et 2° du A du I du présent article et sous réserve de l'application, le cas échéant, des B et C du même I. » ;

(50) 8° Le troisième alinéa de l'article L. 136-5 est ainsi modifié :

(51) *a)* Au début, est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Le premier alinéa de l'article L. 731-14 et les articles L. 731-15, L. 731-16, L. 731-22 et L. 731-23 du code rural et de la pêche maritime sont applicables à l'établissement de la contribution due par les personnes affiliées au régime de sécurité sociale des non-salariés des professions agricoles. » ;

(52) *b)* Le début de la première phrase est ainsi rédigé : « Elle est recouvrée et contrôlée par… *(le reste sans changement).* » ;

(53) 9° Au 2° *bis* du I de l'article L. 213-1, après le mot : « psychologues, », sont insérés les mots : « psychomotriciens, » ;

(54) 10° L'article L. 621-1 est ainsi rédigé :

(55) « *Art. L. 621-1.* – Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 611-1 sont redevables, au titre de la protection universelle maladie et de la couverture d'assurance maternité dont ils bénéficient, d'une cotisation dont le taux est fixé par décret. » ;

(56) 11° L'article L. 621-2 est ainsi rédigé :

(57) « *Art. L. 621-2.* – Les travailleurs indépendants bénéficiant du droit aux prestations en espèces mentionnées à l'article L. 622-1 sont redevables de

cotisations supplémentaires calculées sur l'assiette de cotisations prévue à l'article L. 131-6, retenue dans la limite de plafonds.

58 « Le taux et le plafond applicables pour le calcul de ces cotisations, selon qu'elles sont dues par les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 631-1 ou par ceux mentionnés à l'article L. 640-1, sont fixés par décret. Pour les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 640-1, ce décret est pris sur proposition du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales.

59 « Pour les travailleurs indépendants qui ne relèvent pas du dispositif prévu à l'article L. 613-7 et dont les revenus sont inférieurs à un montant fixé par décret, ces cotisations sont calculées sur la base de ce dernier montant. » ;

60 12° Le I de l'article L. 621-3 est ainsi modifié :

61 *a)* Au premier alinéa, les mots : « les revenus d'activité sont inférieurs à 1,1 fois la valeur du plafond mentionné au premier alinéa de l'article L. 241-3 » sont remplacés par les mots : « l'assiette de cotisations, calculée en application de l'article L. 131-6, est inférieure à un montant fixé par décret » ;

62 *b)* Le second alinéa est supprimé.

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

64 1° À la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 718-2-1, les mots : « des revenus professionnels » sont remplacés par les mots : « de l'assiette déterminée à l'article L. 731-15 du présent code » et le mot : « déterminés » est remplacé par le mot : « déterminée » ;

65 2° Le 3° du I de l'article L. 722-5 est ainsi modifié :

66 *a)* Au début de la première phrase, les mots : « Le revenu professionnel de la personne est au moins égal » sont remplacés par les mots : « L'assiette déterminée en application des articles L. 731-15 et L. 731-23 de la personne est au moins égale » ;

67 *b)* À la seconde phrase, les mots : « le revenu professionnel diminue mais reste au moins supérieur » sont remplacés par les mots : « l'assiette diminue mais reste au moins supérieure » ;

68 3° Au second alinéa de l'article L. 722-6, les mots : « les revenus professionnels sont au moins égaux » sont remplacés par les mots : « l'assiette déterminée à l'article L. 731-15 est au moins égale » ;

69 4° La seconde phrase du dernier alinéa de l'article L. 722-12 est ainsi rédigée : « Les revenus professionnels de l'ensemble des activités sont pris en compte dans les conditions prévues à l'article L. 731-15 pour le calcul de cette cotisation. » ;

70 5° À la première phrase de l'article L. 723-13-2, après les mots : « professionnel agricole », sont insérés les mots : « et d'assiette des cotisations et contributions sociales » ;

71 6° L'article L. 725-3-3 est abrogé ;

72 7° L'article L. 731-14 est ainsi rédigé :

73 « *Art. L. 731-14*. – Les cotisations de sécurité sociale dues par les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole sont assises sur l'assiette définie à l'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale et, au titre des activités mentionnées à l'article L. 136-3 du même code dont l'exercice relève du champ défini aux articles L. 722-1 à L. 722-3 du présent code, sur l'assiette mentionnée à l'article L. 136-3 du code de la sécurité sociale.

74 « Cette assiette est établie après déduction des sommes mentionnées aux articles L. 3312-4, L. 3324-5 et L. 3332-27 du code du travail versées au bénéfice des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole.

75 « Elle inclut le montant des revenus de remplacement sans lien avec une affection de longue durée, au sens des 3° et 4° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale, qui leur sont versés :

76 « 1° À l'occasion de la maladie, de la maternité, de la paternité et de l'accueil de l'enfant au titre des contrats mentionnés aux deux derniers alinéas du I de l'article 154 *bis* du code général des impôts ;

77 « 2° Par les organismes de sécurité sociale. » ;

78 8° L'article L. 731-15 est ainsi rédigé :

79 « *Art. L. 731-15*. – I. – Les cotisations des chefs d'exploitation et d'entreprise agricole sont calculées sur la moyenne des revenus professionnels, déterminés en application de l'article L. 731-14, se rapportant aux trois années antérieures à celle au titre de laquelle les cotisations sont dues.

80 « II. – Par dérogation au I du présent article, les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole peuvent, dans des conditions fixées par décret, opter pour que leurs cotisations soient calculées sur les revenus professionnels,

définis à l'article L. 731-14, se rapportant à l'année précédant celle au titre de laquelle les cotisations sont dues.

(81) « Le décret mentionné au premier alinéa du présent II fixe notamment le délai minimal dans lequel les chefs d'exploitation ou d'entreprise doivent formuler cette option préalablement à sa prise d'effet, sa durée minimale de validité et les conditions de sa reconduction et de sa dénonciation.

(82) « Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole ayant dénoncé l'option ne peuvent la réexercer dans un délai de six ans. » ;

(83) 9° L'article L. 731-16 est ainsi modifié :

(84) *a)* Le premier alinéa est ainsi modifié :

(85) – à la deuxième phrase, les mots : « premier alinéa » sont remplacés par la référence : « I » ;

(86) – la dernière phrase est supprimée ;

(87) *b)* La première phrase du deuxième alinéa est ainsi modifiée :

(88) – les mots : « du premier alinéa de l'article L. 731-15 ou du premier alinéa de l'article L. 731-19 » sont remplacés par les mots : « de l'article L. 731-15 » ;

(89) – à la fin, les mots : « des revenus agricoles du foyer fiscal relatifs, selon les cas, à la période visée au premier alinéa de l'article L. 731-15 ou au premier alinéa de l'article L. 731-19 » sont remplacés par les mots : « de l'assiette déterminée pour l'ensemble de l'exploitation ou de l'entreprise en application du même article L. 731-15 » ;

(90) *c)* À la fin de la première phrase du troisième alinéa, les mots : « des revenus professionnels agricoles du foyer fiscal au cours de la période visée, selon le cas, au premier alinéa de l'article L. 731-15 ou au premier alinéa de l'article L. 731-19 » sont remplacés par les mots : « de l'assiette déterminée en application de l'article L. 731-15 » ;

(91) 10° À l'article L. 731-22, après le mot : « sociales », sont insérés les mots : « , dans les conditions prévues à l'article L. 731-15, » et les mots : « de l'assiette des revenus » sont remplacés par les mots : « d'une assiette » ;

(92) 11° L'article L. 731-23 est ainsi modifié :

(93) *a)* Le premier alinéa est ainsi modifié :

(94) – à la première phrase, les mots : « définis à » sont remplacés par les mots : « déterminés en application de » ;

(95) – la deuxième phrase est supprimée ;

(96) – à la troisième phrase, au début, les mots : « Les revenus imposés au titre de l'article 64 *bis* du code général des impôts s'entendent des » sont remplacés par les mots : « Pour les personnes relevant de l'article 64 *bis* du code général des impôts, les » et le signe : « , » est remplacé par le mot : « sont » ;

(97) – au début de la quatrième phrase, les mots : « À défaut de revenu » sont remplacés par les mots : « Lorsque l'assiette n'est pas connue » ;

(98) – à la fin de l'avant-dernière phrase, les mots : « les revenus sont connus » sont remplacés par les mots : « l'assiette est définitivement connue » ;

(99) *b)* Au début du deuxième alinéa, les mots : « Les articles L. 725-12-1 et L. 731-14-1 sont applicables » sont remplacés par les mots : « L'article L. 725-12-1 est applicable » ;

(100) 12° À la première phrase du second alinéa de l'article L. 731-25, les mots : « les revenus professionnels ou sur l'assiette forfaitaire définis aux articles L. 731-14 à » sont remplacés par les mots : « l'assiette déterminée en application des articles L. 731-15, L. 731-16 et » ;

(101) 13° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 731-35, les mots : « des revenus professionnels » sont remplacés par les mots : « de l'assiette » et les mots : « ou de l'assiette forfaitaire, définies aux articles L. 731-14 à » sont remplacés par les mots : « , déterminée en application des articles L. 731-15, L. 731-16 et » ;

(102) 14° L'article L. 731-42 est ainsi modifié :

(103) *a)* Au premier alinéa, le mot : « ; elles » est remplacé par le mot : « . Elles » ;

(104) *b)* Au 1°, les mots : « des revenus professionnels du chef d'exploitation ou d'entreprise ou de l'assiette forfaitaire, tels qu'ils sont définis aux articles L. 731-14 à » sont remplacés par les mots : « de l'assiette déterminée en application des articles L. 731-15, L. 731-16 et » ;

(105) *c)* Au 3°, les mots : « des revenus professionnels ou sur l'assiette forfaitaire définis aux articles L. 731-14 à » sont remplacés par les mots : « de l'assiette déterminée en application des articles L. 731-15, L. 731-16 et » ;

(106) 15° Au premier alinéa de l'article L. 732-59, les mots : « des revenus professionnels ou de l'assiette forfaitaire obligatoire des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, tels que pris en compte aux articles L. 731-14 à L. 731-21 » sont remplacés par les mots : « de l'assiette déterminée en application des articles L. 731-15, L. 731-16 et L. 731-22 » ;

(107) 16° Les articles L. 731-14-1, L. 731-18, L. 731-19, L. 731-21 et L. 731-26 sont abrogés.

(108) III. – Au septième alinéa du 8° du XVI de l'article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, les mots : « à leur demande » sont remplacés par les mots : « sur demande formulée avant le 31 décembre 2023 ».

(109) IV. – Le IV de l'article 19 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 est ainsi modifié :

(110) 1° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

(111) « Pour les revenus des années 2020, 2021 et 2022, les corrections que le travailleur indépendant apporte, le cas échéant, à la déclaration d'éléments qui affectent la détermination du montant des cotisations et contributions sociales dues après la date limite de dépôt de la déclaration mentionnée à l'article 170 du code général des impôts sont transmises par voie dématérialisée par le travailleur indépendant aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale. » ;

(112) 2° Après les mots : « même code », la fin du deuxième alinéa est ainsi rédigée : « , dans leur rédaction résultant du I du présent article, sont applicables à compter des déclarations transmises en 2023 au titre des revenus de l'année 2022. »

(113) V. – Au premier alinéa du C du III de l'article 12 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, après le mot : « psychologues, », il est inséré le mot : « psychomotriciens, ».

(114) VI. – Avant le 1er mai 2024, le Gouvernement transmet à chaque organisme mentionné aux articles L. 641-1 et L. 651-1 du code de la sécurité sociale gestionnaire d'un régime d'assurance vieillesse complémentaire mentionné aux articles L. 644-1 ou L. 654-1 du même code un document évaluant les impacts financiers des I et II du présent article sur le régime d'assurance vieillesse complémentaire dont il a la charge.

(115) Ce document précise l'impact des mêmes I et II sur les cotisations et contributions sociales dues par les assurés du régime concerné et sur la trajectoire financière de celui-ci. Il fixe le cadre dans lequel doivent évoluer les règles relatives à la détermination du montant des cotisations dues et des prestations versées dans ce régime, aux fins de garantir, sous réserve des contraintes découlant, le cas échéant, de son équilibre financier ou de l'évolution prévisible de celui-ci, la neutralité financière desdits I et II pour les assurés qui relèvent de ce régime, pris dans leur ensemble. À ce titre, le cadrage ne peut autoriser une hausse des cotisations inférieure au montant des baisses de prélèvement dont bénéficient, en application des dispositions d'application du présent article, les assurés de ce même régime pris dans leur ensemble. Ce cadre tient compte, en outre, de l'équité intergénérationnelle en son sein, selon que les assurés y ont déjà liquidé ou non leur retraite et, dans ce dernier cas, selon leur durée de cotisation dans ce régime.

(116) À défaut de transmission avant le 1er septembre 2024 aux ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, sur le fondement du dernier alinéa de l'article L. 641-5 du code de la sécurité sociale ou des articles L. 644-1 et L. 654-5 du même code, de propositions d'évolution des paramètres de cotisation et de prestations respectant le cadre mentionné au deuxième alinéa du présent VI, un décret fixe, pour le régime d'assurance vieillesse complémentaire concerné, le mode de calcul, les montants et les taux des cotisations et les valeurs d'achat et de service qui assurent ce respect et lui sont applicables.

(117) VII. – Le I du présent article, à l'exception du 9°, s'applique au calcul des cotisations dues par les travailleurs indépendants non agricoles autres que ceux mentionnés à l'article L. 613-7 du code de la sécurité sociale au titre des périodes courant à compter du 1er janvier 2025. Le II du présent article s'applique au calcul des cotisations dues par les travailleurs indépendants agricoles au titre des périodes courant à compter du 1er janvier 2026.

Article 10 *quater (nouveau)*

(1) I. – Le 5° de l'article L. 133-5-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

(2) 1° Le mot : « agricoles » est supprimé ;

(3) 2° Les mots : « à l'article L. 712-2 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 712-1 et L. 712-2 » ;

(4) 3° Sont ajoutés les mots : « dont les salariés relèvent du régime agricole ».

⑤ II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

⑥ 1° L'article L. 712-1 est ainsi rédigé :

⑦ « *Art. L. 712-1.* – I. – Tout employeur, à l'exclusion des particuliers employeurs, qui fait appel, au moyen d'un ou de plusieurs contrats de travail à durée déterminée répondant à des conditions de durée et de niveau de rémunération fixées par décret, à l'exclusion des contrats mentionnés à l'article L. 1242-3 du code du travail, à des salariés occupés aux activités ou dans les exploitations, entreprises ou établissements mentionnés aux 1°, 2° et 6° de l'article L. 722-20 du présent code peut souscrire au service dénommé : "titre emploi simplifié agricole" proposé par les caisses de mutualité sociale agricole.

⑧ « II. – Le titre emploi simplifié agricole permet aux employeurs mentionnés au I du présent article de satisfaire aux formalités et obligations prévues aux articles L. 712-4 à L. 712-7 du présent code.

⑨ « Par dérogation aux articles L. 3242-1 et L. 3242-3 du code du travail, lorsqu'il est fait usage de ce titre pour des travaux saisonniers, les salariés sont rémunérés à l'issue de chaque campagne saisonnière, et au moins une fois par mois.

⑩ « III. – Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article.

⑪ « IV. – Le titre emploi simplifié agricole proposé par les caisses de mutualité sociale agricole ne peut être utilisé qu'en France métropolitaine. » ;

⑫ 2° L'article L. 712-2 est ainsi modifié :

⑬ *a)* Au début de la première phrase, les mots : « Toute entreprise, à l'exception de celles » sont remplacés par les mots : « Tout employeur, à l'exception des entreprises » ;

⑭ *b)* Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

⑮ « Les particuliers employeurs peuvent bénéficier du dispositif prévu au premier alinéa du présent article pour l'emploi des personnes mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 722-20 du présent code. » ;

⑯ 3° L'article L. 712-4 est ainsi modifié :

⑰ *a)* À la fin du premier alinéa, le mot : « entreprise » est remplacé par le mot : « employeur » ;

⑱ *b)* Après le mot : « souscrire », la fin du 2° est ainsi rédigée : « la déclaration sociale nominative mentionnée à l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale ou, le cas échéant, d'établir les formalités et les déclarations auxquelles la déclaration sociale nominative se substitue. » ;

⑲ 4° L'article L. 712-5 est ainsi modifié :

⑳ *a)* Le mot : « entreprise » est remplacé par le mot : « employeur » ;

㉑ *b)* Les mots : « cette dernière » sont remplacés par les mots : « ce dernier » ;

㉒ 5° L'article L. 712-6 est ainsi modifié :

㉓ *a)* Au 4°, après le mot : « articles », est insérée la référence : « L. 1221-5-1, » ;

㉔ *b)* Sont ajoutés des 5° et 6° ainsi rédigés :

㉕ « 5° La tenue du registre mentionné à l'article L. 1221-13 du même code ;

㉖ « 6° La déclaration mentionnée à l'article 87-0 A du code général des impôts. » ;

㉗ 6° L'article L. 712-7 est complété par les mots : « dans les conditions prévues à l'article L. 133-11 du code de la sécurité sociale ».

Article 10 *quinquies (nouveau)*

① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° Au premier alinéa de l'article L. 241-2-1, après le mot : « pas », sont insérés les mots : « un montant, fixé par décret, qui ne peut être inférieur à 2,5 fois le salaire minimum de croissance applicable au 31 décembre 2023, dans la limite de » ;

③ 2° Au premier alinéa de l'article L. 241-6-1, après le mot : « pas », sont insérés les mots : « un montant, fixé par décret, qui ne peut être inférieur à 3,5 fois le salaire minimum de croissance applicable au 31 décembre 2023, dans la limite de ».

Article 10 *sexies (nouveau)*

Le second alinéa du 7° du II de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , y compris lorsqu'elles sont imposables

et dans la limite des montants prévus aux *a* et *b* du 6° du même article 80 *duodecies* ».

Article 10 *septies (nouveau)*

Au 2° de l'article L. 640-1 du code de la sécurité sociale, après le mot : « expert-comptable », sont insérés les mots : « , commissaire aux comptes ».

Article 10 *octies (nouveau)*

① Le XVII de l'article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est ainsi modifié :

② 1° À la première phrase du premier alinéa, l'année : « 2023 » est remplacée par l'année : « 2027 » ;

③ 2° Au quatrième alinéa, après le mot : « psychologues, », il est inséré le mot : « psychomotriciens, » ;

④ 3° À la fin de la dernière phrase du dernier alinéa, la date : « 30 septembre 2022 » est remplacée par la date : « 30 juin 2025 ».

Article 10 *nonies (nouveau)*

① I. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre, par voie d'ordonnance, toute mesure relevant du domaine de la loi visant à :

② 1° Rendre applicables aux travailleurs indépendants agricoles exerçant leur activité en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Mayotte, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, sous réserve des adaptations nécessaires pour tenir compte des caractéristiques et des contraintes particulières de ces territoires, les dispositions relatives aux taux, au calcul et au recouvrement des cotisations et des contributions sociales mentionnées au chapitre I^{er} du titre III du livre VII du code rural et de la pêche maritime et à la section 1 du chapitre VI du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction résultant des I et II de l'article 10 *ter* de la présente loi ;

③ 2° Adapter le dispositif d'exonérations prévu à l'article L. 781-6 du code rural et de la pêche maritime et étendre, le cas échéant, le champ de ces exonérations à la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 du code de la sécurité sociale, afin, le cas échéant, d'atténuer les effets en termes de

prélèvements sociaux engendrés par les dispositions prises en application du 1° du présent I ;

④ 3° Procéder à toutes les modifications rendues nécessaires par les dispositions prises en application des 1° et 2° pour assurer le respect de la hiérarchie des normes, améliorer la cohérence rédactionnelle des textes, harmoniser l'état du droit, remédier aux erreurs et insuffisances de codification et abroger les dispositions, codifiées ou non, obsolètes ou devenues sans objet.

⑤ L'ordonnance est prise dans un délai de dix-huit mois à compter de la promulgation de la présente loi.

⑥ Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de l'ordonnance.

⑦ II. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre, par voie d'ordonnance, dans un délai de neuf mois à compter de la promulgation de la présente loi, toute mesure relevant du domaine de la loi permettant :

⑧ 1° D'adapter, à la suite de l'entrée en vigueur des I et II de l'article 10 *ter* de la présente loi, les conditions et les modalités de déclaration par les travailleurs non salariés des éléments nécessaires au calcul de leurs cotisations et contributions sociales, en vue de simplifier et de fiabiliser les démarches déclaratives qui leur incombent ;

⑨ 2° De procéder à toutes les modifications rendues nécessaires par les dispositions prises en application du 1° du présent II pour assurer le respect de la hiérarchie des normes, améliorer la cohérence rédactionnelle des textes, harmoniser l'état du droit, remédier aux erreurs et insuffisances de codification et abroger les dispositions, codifiées ou non, obsolètes ou devenues sans objet.

⑩ Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de l'ordonnance.

Article 10 *decies (nouveau)*

Avant le 1er avril 2024, le Gouvernement remet un rapport d'évaluation de l'article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018. Ce rapport évalue notamment les difficultés persistantes rencontrées par les travailleurs indépendants pour rembourser leurs dettes envers l'ancien régime social des indépendants en outre-mer, en

particulier à La Réunion, ainsi que les pistes de solutions permettant un règlement amiable de cette situation.

CHAPITRE III

Améliorer la lisibilité de la régulation macroéconomique des produits de santé

Article 11

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

② 1° L'article L. 138-10 est ainsi modifié :

③ *a)* Le I est ainsi rédigé :

④ « I. – Les entreprises assurant l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques mentionnées au II sont assujetties à une contribution lorsque le montant remboursé par l'assurance maladie aux assurés sociaux au cours de l'année civile en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des médicaments, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18, L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1 et à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 ainsi que des marges prévues par les décisions prises sur le fondement de l'article L. 162-38 du présent code, des honoraires de dispensation définis à l'article L. 162-16-1 et des taxes en vigueur, est supérieur à un montant M déterminé par la loi. » ;

⑤ *b)* Le II est ainsi modifié :

⑥ – au premier alinéa, les mots : « des chiffres d'affaires mentionnés » sont remplacés par les mots : « du montant remboursé par l'assurance maladie mentionné » ;

⑦ – après le 3°, il est inséré un 3° *bis* ainsi rédigé :

⑧ « 3° *bis* Ceux bénéficiant d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-2 ; »

⑨ 2° L'article L. 138-11 est ainsi rédigé :

⑩ « *Art. L. 138-11.* – L'assiette de la contribution définie à l'article L. 138-10 est égale au montant remboursé par l'assurance maladie déterminé dans les conditions prévues au I du même article L. 138-10.

⑪ « La Caisse nationale de l'assurance maladie, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation et l'Agence nationale de santé publique transmettent à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon des modalités définies par décret, les éléments permettant le calcul de cette assiette ainsi que celui du montant remboursé par l'assurance maladie, déterminé dans les mêmes conditions, pour chaque entreprise mentionnée au même I.

⑫ « Le Comité économique des produits de santé transmet à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon des modalités définies par décret, les montants des remises mentionnées au premier alinéa dudit I pour les entreprises redevables. » ;

⑬ 3° L'article L. 138-12 est ainsi rédigé :

⑭ « *Art. L. 138-12.* – I. – Le montant total de la contribution prévue à l'article L. 138-10 est égal à 90 % de la différence entre le montant remboursé par l'assurance maladie et le montant M définis au I du même article L. 138-10.

⑮ « II. – Le montant de la contribution due par chaque entreprise mentionnée au I de l'article L. 138-10 est déterminé :

⑯ « 1° À concurrence de 70 %, au prorata du montant remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments qu'elle exploite, importe ou distribue au sein du montant total remboursé par l'assurance maladie défini au même I ;

⑰ « 2° À concurrence de 30 %, en fonction de la progression du montant remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments que l'entreprise exploite, importe ou distribue par rapport à l'année précédente définie audit I.

⑱ « III. – Le montant de la contribution est minoré, le cas échéant, des remises versées au titre de l'article L. 138-13.

⑲ « Les entreprises créées depuis moins d'un an ne sont pas redevables de la part mentionnée au 2° du II du présent article, sauf si la création résulte de la scission ou de la fusion d'une entreprise ou d'un groupe.

⑳ « Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 12 % du montant total remboursé par l'assurance maladie selon

les modalités définies à l'article L. 138-10 au titre des médicaments que cette entreprise exploite, importe ou distribue. » ;

㉑ 4° L'article L. 138-13 est ainsi modifié :

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

㉓ – à la première phrase, les mots : « de leur chiffre d'affaires réalisé » sont remplacés par les mots : « du montant remboursé par l'assurance maladie » ;

㉔ – à la même première phrase, les mots : « signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, un accord prévoyant le versement, sous forme de remise, à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, » sont remplacés par les mots : « être exonérées » ;

㉕ – à la seconde phrase, après la seconde occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « , d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-2 » ;

㉖ *b)* À la fin de la seconde phrase du troisième alinéa, les mots : « chiffre d'affaires de l'entreprise calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-11 » sont remplacés par les mots : « montant remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments que l'entreprise exploite, calculé selon les modalités prévues au I de l'article L. 138-10 » ;

㉗ 5° L'article L. 138-15 est ainsi modifié :

㉘ *a)* Le I est ainsi modifié :

㉙ – le premier alinéa est ainsi rédigé :

㉚ « I. – Avant le 15 juillet de l'année suivant celle pour laquelle la contribution est due, la Caisse nationale de l'assurance maladie, l'Agence technique de l'information sur les hospitalisations et l'Agence nationale de santé publique communiquent à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le montant total remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments que chaque entreprise redevable exploite, importe ou distribue. » ;

㉛ – la première phrase du deuxième alinéa est supprimée ;

㉜ – au début de la seconde phrase du même deuxième alinéa, les mots : « Dans ce même délai, le comité » sont remplacés par les mots : « Avant le 15 juillet, le Comité économique des produits de santé » ;

㉝ – le dernier alinéa est ainsi rédigé :

㉞ « L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale communique sans délai aux entreprises redevables concernées la liste des médicaments pris en compte dans le calcul du montant total remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments qu'elles exploitent, importent ou distribuent. » ;

㉟ *b)* Le IV est ainsi modifié :

㊱ – au premier alinéa, les mots : « la date de déclaration mentionnée au premier alinéa du I ou » sont supprimés et la seconde occurrence du mot : « déclaration » est remplacée par le mot : « correction » ;

㊲ – au deuxième alinéa, les mots : « dernier chiffre d'affaires hors taxes total déclaré par l'entreprise » sont remplacés par les mots : « montant total remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments que l'entreprise exploite, importe ou distribue » ;

㊳ 6° À l'article L. 138-19-12, le mot : « juillet » est remplacé par le mot : « novembre » ;

㊴ 7° Au premier alinéa de l'article L. 138-20, après la référence : « L. 138-19-1, », est insérée la référence : « L. 138-19-8, ».

㊵ II. – Pour l'année 2024, le montant M mentionné à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale est fixé à 26,4 milliards d'euros.

㊶ III. – Pour l'année 2024, le montant Z mentionné à l'article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale est fixé à 2,31 milliards d'euros.

㊷ IV. – Les médicaments indiqués dans le traitement de la covid-19, dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sont exclus du champ d'application du 6° du II de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au I du même article L. 138-10 réalisés au cours de l'année civile 2024.

㊸ IV *bis (nouveau)*. – Pour la contribution due au titre de l'année 2024, par dérogation au dernier alinéa du III de l'article L. 138-12 du code de la sécurité sociale, le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 10 % de son chiffre d'affaires calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-10 du même code.

(44) V. – Le *a* et le deuxième alinéa du *b* du 1°, les 2° et 3°, les deuxième et troisième alinéas du *a* et le *b* du 4° ainsi que le 5° du I du présent article entrent en vigueur le 1er janvier 2026.

Article 11 *bis (nouveau)*

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

(2) 1° Au *b* du 18° de l'article L. 5121-1, les mots : « dont l'autorisation de mise sur le marché respecte l'article L. 5121-11 du présent code et » sont supprimés ;

(3) 2° L'article L. 5121-11 est abrogé.

(4) II. – Le 3° du III de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale est abrogé.

(5) III. – À la date d'entrée en vigueur de la présente loi, les demandes d'autorisation ou de renouvellement d'autorisation de mise sur le marché en cours d'examen dans le cadre du dernier alinéa de l'article L. 5121-11 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, sont examinées dans le cadre de la procédure mentionnée aux articles L. 5121-8 et L. 5121-9 du code de la santé publique.

Article 11 *ter (nouveau)*

À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 138-19-10 du code de la sécurité sociale, après la première occurrence du mot : « à », sont insérés les mots : « 90 % de ».

Article 11 *quater (nouveau)*

À la fin de la première phrase du second alinéa de l'article 112 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023, les mots : « au 31 décembre 2023 » sont remplacés par les mots : « 2023 au 31 juillet 2024 ».

TITRE II

CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITE SOCIALE

Article 12

Est approuvé le montant de 7,1 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 4 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

Article 13

① I. – Pour l'année 2024, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

②

(En milliards d'euros)

	Recettes	**Dépenses**	**Solde**
Maladie	242,7	251,9	-9,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	17,1	16,0	1,2
Vieillesse	287,8	293,7	-5,9
Famille	58,8	58,0	0,8
Autonomie	41,2	39,9	1,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	629,5	641,4	-11,9
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	630,7	641,8	-11,2

③ II. – Pour l'année 2024, est approuvé le tableau d'équilibre du Fonds de solidarité vieillesse :

④

(En milliards d'euros)

	Recettes	**Dépenses**	**Solde**
Fonds de solidarité vieillesse	21,4	20,6	0,8

Article 14

① I. – Pour l'année 2024, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 16 milliards d'euros.

② II. – Pour l'année 2024, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

③

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes affectées	0

④ III. – Pour l'année 2024, les prévisions de recettes par catégorie mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à :

⑤

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes	0

Article 15

① Sont habilités en 2024 à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les organismes mentionnés dans le tableau ci-dessous, dans les limites indiquées :

②

(En millions d'euros)

	Encours limites
Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)	45 000
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) – période du 1er au 31 janvier 2024	595
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) – période du 1er février au 31 décembre 2024	350
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM)	450
Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL)	11 000

Article 16

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2024 à 2027), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, 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.

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2024

TITRE IER

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

CHAPITRE IER

Poursuivre la transformation du système de santé pour renforcer la prévention et l'accès aux soins

Article 17

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

② 1° La section 8 du chapitre II du titre VI du livre Ier est complétée par un article L. 162-38-1 ainsi rédigé :

③ « *Art. L. 162-38-1*. – I. – Par dérogation aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9 et L. 162-16-1 du présent code, lorsqu'ils interviennent au sein d'un établissement scolaire ou d'un établissement mentionné au 2° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles dans le cadre d'une campagne nationale de vaccination contre les infections à papillomavirus humains organisée par les établissements et les organismes désignés par les agences régionales de santé, les professionnels suivants sont rémunérés par un organisme local d'assurance maladie, dans des conditions et à hauteur d'un montant forfaitaire fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale :

④ « 1° Les médecins, les infirmiers diplômés d'État, les sages-femmes diplômées d'État et les pharmaciens en exercice dans l'un des cadres mentionnés au I de l'article L. 162-1-7 du présent code qui interviennent en dehors de leurs conditions habituelles d'exercice ou en dehors de leur obligation de service ou alors qu'ils sont retraités ;

⑤ « 2° Les étudiants en deuxième cycle des études de médecine, dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé, ou en troisième cycle des études de médecine et ceux en troisième cycle des études pharmaceutiques, mentionnés à l'article L. 6153-5 du code de la santé publique.

⑥ « I *bis (nouveau)*. – Lorsque les centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique adhérant à l'accord mentionné à l'article L. 162-32-1 du présent code mettent à disposition leurs salariés ou agents qui ne sont pas habituellement affectés à une activité de vaccination prévue à l'article L. 3111-11 du code de la santé publique encadrée par l'habilitation mentionnée au même article L. 3111-11, ils perçoivent directement les montants forfaitaires prévus au I du présent article.

⑦ « II. – Lorsqu'ils ne sont pas affiliés en tant que travailleurs indépendants au titre d'une autre activité, les professionnels mentionnés au I sont affiliés à la sécurité sociale au titre de leur participation à cette campagne dans les conditions suivantes :

⑧ « 1° Les médecins salariés ou agents publics qui participent à la campagne nationale de vaccination en dehors de l'exécution de leur contrat de travail ou de leurs obligations de service, les médecins retraités et les étudiants en troisième cycle des études de médecine sont affiliés au régime général de la sécurité sociale dans les conditions applicables aux travailleurs indépendants ainsi qu'aux régimes prévus aux articles L. 640-1, L. 644-1 et L. 646-1. Les cotisations et contributions sociales assises sur les rémunérations issues de cette activité sont calculées sur la base d'un taux global fixé dans les conditions prévues au premier alinéa du I de l'article L. 642-4-2 ;

⑨ « 2° Les personnes ne relevant pas du 1° du présent II sont affiliées au régime général dans les conditions applicables aux personnes mentionnées à l'article L. 311-2. Ces personnes sont redevables de cotisations et contributions sociales assises sur les rémunérations perçues diminuées d'un abattement forfaitaire, fixé par décret, qui ne peut être ni inférieur à l'abattement prévu au premier alinéa du 1 de l'article 102 *ter* du code général des impôts, ni supérieur au plus élevé des abattements prévus à la première phrase du cinquième alinéa du 1 de l'article 50-0 du même code.

⑩ « Les cotisations et contributions sociales dues par les professionnels mentionnés au présent II sont précomptées par l'organisme local d'assurance maladie qui les rémunère pour le compte des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4. Les dispositions relatives aux garanties et aux sanctions prévues pour le recouvrement des cotisations et contributions sociales du régime général leur sont applicables. » ;

⑪ 2° Après le 28° de l'article L. 160-14, sont insérés des 29° à 31° ainsi rédigés :

⑫ « 29° Pour les frais d'acquisition du vaccin contre les infections à papillomavirus humains pour les personnes vaccinées dans le cadre des campagnes nationales de vaccination dans les établissements scolaires ou dans les établissements mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

⑬ « 30° Pour les frais d'acquisition du vaccin contre la grippe pour les personnes pour lesquelles cette vaccination est recommandée dans le calendrier des vaccinations mentionné à l'article L. 3111-1 du code de la santé publique ;

⑭ « 31° Pour les frais d'acquisition du vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole pour les personnes âgées de moins de dix-huit ans. »

⑮ I *bis (nouveau)*. – L'article 9-8 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales est ainsi rétabli :

⑯ « *Art. 9-8*. – Les I et I *bis* de l'article L. 162-38-1 du code de la sécurité sociale sont applicables à Saint-Pierre-et-Miquelon. »

⑰ I *ter (nouveau)*. – 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, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, après la référence : « L. 162-16-1 », sont insérés les mots : « et les I et I *bis* de l'article L. 162-38-1 ».

⑱ II. – Le présent article entre en vigueur le 1er janvier 2024. Le 1° du I s'applique aux rémunérations perçues à compter du 1er octobre 2023 dans le cadre de la campagne nationale de vaccination contre les infections à papillomavirus humains. Le deuxième alinéa du 2° du I s'applique aux vaccins administrés à compter du 1er octobre 2023.

⑲ III *(nouveau)*. – Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'application du présent article. Ce rapport analyse plus largement l'opportunité de réaliser la campagne nationale de vaccination contre les infections à papillomavirus humains mentionnée à l'article L. 162-38-1 du code de la sécurité sociale dans des lieux qui ne relèvent pas de l'éducation nationale, tels que les clubs sportifs et de loisirs, les associations ou les maisons des jeunes et de la culture.

Article 18

① I. – L'article L. 5134-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

② 1° Le I est ainsi modifié :

③ *a)* Au premier alinéa, après le mot : « contraceptifs », sont insérés les mots : « ni pour la délivrance de préservatifs internes et externes » ;

④ *b)* Au deuxième alinéa, après le mot : « contraceptifs », sont insérés les mots : « et de préservatifs internes et externes » ;

⑤ 2° Le IV est ainsi rédigé :

⑥ « IV. – Lorsqu'ils sont dispensés en officine, le remboursement ou la prise en charge par les organismes de sécurité sociale des médicaments et dispositifs médicaux suivants ainsi que leur prise en charge sans avance de frais ne sont pas subordonnés à leur prescription :

⑦ « 1° Les médicaments ayant pour but la contraception d'urgence inscrits sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale. La délivrance de ces médicaments est accompagnée d'une information écrite, concise et aisément compréhensible mentionnant la consultation prévue aux articles L. 162-8-1 et L. 162-4-5 du même code ;

⑧ « 2° Pour les assurés de moins de vingt-six ans, les préservatifs inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 dudit code. »

⑨ II. – Le 21° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

⑩ « 21° Pour les frais d'acquisition de médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et, pour les assurés âgés de moins de vingt-six ans, pour les frais d'acquisition d'autres contraceptifs et de préservatifs internes et externes, les frais relatifs aux actes et consultations entrant dans le champ

des articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1, les frais liés aux consultations de prévention en matière de santé sexuelle ainsi que, selon des modalités prévues par décret, notamment en ce qui concerne le nombre et les catégories de préservatifs internes et externes délivrés, les frais d'acquisition de préservatifs internes et externes inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ; ».

Article 19

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

② 1° L'article L. 160-8 est complété par un 11° ainsi rédigé :

③ « 11° La couverture des frais relatifs aux différentes catégories de protections périodiques réutilisables inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-59 pour les personnes assurées ayant leurs menstruations âgées de moins de vingt-six ans ou bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1. » ;

④ 2° À la première phrase du premier alinéa du I de l'article L. 160-13, après la référence : « 8° », sont insérés les mots : « et au 11° » ;

⑤ 3° Le chapitre II du titre VI du livre I[er] est complété par une section 13 ainsi rédigée :

⑥ *« Section 13*

⑦ ***« Protections périodiques réutilisables***

⑧ « *Art. L. 162-59.* – La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie des produits de protection périodique réutilisable est subordonnée à leur inscription sur une liste établie dans les conditions fixées au présent article.

⑨ « L'inscription sur la liste mentionnée au premier alinéa est effectuée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans des conditions permettant l'identification individuelle des produits.

⑩ « Cette inscription fait suite à une demande présentée par l'exploitant du produit. Elle est subordonnée à son référencement par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, selon des critères qu'ils fixent après un avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail qui fait l'objet d'une publication. Ces critères tiennent compte de spécifications techniques et respectent des normes

relatives à la composition, à la qualité et aux modalités de distribution visant à assurer la non-toxicité des produits pour la santé et l'environnement.

⑪ « La décision d'inscription sur la liste peut également tenir compte de l'intérêt des conditions tarifaires proposées au regard de l'objectif d'efficience des dépenses d'assurance maladie, compte tenu des caractéristiques du produit au regard des critères mentionnés au troisième alinéa et des conditions économiques du marché des protections hygiéniques réutilisables.

⑫ « Les critères de référencement ainsi que les conditions d'inscription sur la liste peuvent être adaptés en fonction des catégories de produits.

⑬ « Les modalités d'application du présent article, notamment les catégories de produits pouvant être inscrits sur la liste, les modalités de leur référencement et de leur inscription et le nombre de produits pouvant être délivrés aux personnes assurées ayant leurs menstruations, sont fixées par décret en Conseil d'État.

⑭ « *Art. L. 162-60.* – Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent, par arrêté, pour chaque produit inscrit sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-59, le tarif servant de base au calcul des prestations prévues au 11° de l'article L. 160-8 ainsi que le prix maximal de vente au public. Ce prix comprend les marges prévues par la décision mentionnée à l'article L. 162-38 ainsi que les taxes en vigueur.

⑮ « *Art. L. 162-61.* – Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie peut à tout moment procéder ou faire procéder sous son autorité, le cas échéant en associant des caisses primaires d'assurance maladie ou des organismes compétents désignés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, au contrôle du respect des spécifications techniques et des normes relatives à la composition des produits auxquelles l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-59 est subordonnée.

⑯ « Dans le cas où un manquement est constaté, la procédure prévue aux II à IV de l'article L. 165-5-1-1 est applicable. » ;

⑰ 4° *(Supprimé)*

⑱ II. – Le I de l'article 20-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est complété par un 17° ainsi rédigé :

⑲ « 17° La couverture des frais relatifs aux protections périodiques réutilisables inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-59 du code de la sécurité sociale pour les personnes assurées ayant leurs menstruations âgées de moins de vingt-six ans ou bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du même code ; ».

Article 20

① I. – À la dernière phrase du second alinéa de l'article L. 1411-6-2 du code de la santé publique, les mots : « peut être utilisée » sont remplacés par les mots : « ou le télésoin peuvent être utilisés ».

② I *bis (nouveau)*. – L'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

③ 1° Au 16°, les mots : « quarante à quarante-cinq » sont remplacés par les mots : « quarante-cinq à cinquante » et les mots : « plus de soixante-dix » sont remplacés par les mots : « soixante à soixante-cinq ans et pour les personnes de soixante-dix à soixante-quinze » ;

④ 2° Au 24°, le mot : « vingt » est remplacé par le mot : « dix-huit ».

⑤ II. – La section 8 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 162-38-2 ainsi rédigé :

⑥ « *Art. L. 162-38-2*. – Par dérogation aux articles L. 162-1-7, L. 162-14-1 et L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé définit :

⑦ « 1° La liste des professionnels qui peuvent réaliser les rendez-vous de prévention prévus à l'article L. 1411-6-2 du code de la santé publique ;

⑧ « 2° Le montant des tarifs de ces rendez-vous de prévention pratiqués et pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie ;

⑨ « 3° Les conditions de facturation de ces rendez-vous par les professionnels, notamment les conditions dans lesquelles ces derniers sont autorisés à facturer des actes ou des prestations complémentaires à l'occasion de la réalisation du rendez-vous de prévention. »

Article 20 *bis (nouveau)*

① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° Au 2° du II de l'article L. 325-1, après le mot : « hospitalière, », sont insérés les mots : « fonctionnaires territoriaux occupant un ou plusieurs emplois permanents à temps non complet mentionnés à l'article L. 613-6 du code général de la fonction publique, » ;

③ 2° À la seconde phrase du deuxième alinéa du I de l'article L. 325-2, le taux : « 0,5 % » est remplacé par le taux : « 3 % ».

Article 20 *ter (nouveau)*

① I. – L'État peut mettre en place, après avis de la Haute Autorité de santé, un programme de dépistage du cytomégalovirus de façon systématique chez la femme enceinte.

② II. – Un décret détermine les modalités de mise en œuvre du programme mentionné au I.

③ III. – Le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'évaluation du programme mentionné au I au plus tard un an après sa mise en place.

Article 21

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

② 1° Le dernier alinéa de l'article L. 861-2 est remplacé par six alinéas ainsi rédigés :

③ « Sont réputés satisfaire aux conditions mentionnées au 2° du même article L. 861-1, dans des conditions déterminées par décret :

④ « 1° Les bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 815-1 ainsi que leur conjoint, leur concubin ou le partenaire auquel ils sont liés par un pacte civil de solidarité, à la condition qu'ils n'aient pas exercé d'activité salariée ou indépendante pendant une période de référence ;

⑤ « 2° Les bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 815-24 ainsi que leur conjoint, leur concubin ou le partenaire auquel ils sont liés par un pacte civil de solidarité, à la condition qu'ils n'aient pas exercé d'activité salariée ou indépendante pendant une période de référence ;

⑥ « 3° Les bénéficiaires de l'allocation prévue aux articles L. 821-1 et L. 821-2 versée à taux plein ou en complément d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail, vivant seuls et sans

enfant à charge, à la condition qu'ils n'aient pas exercé d'activité salariée ou indépendante ni d'activité dans un établissement ou service d'aide par le travail mentionné au 5° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles pendant une période de référence ;

⑦ « 4° Les bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 5423-1 du code du travail, vivant seuls et sans enfant à charge ;

⑧ « 5° Les bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 5131-6 du même code lorsqu'ils constituent un foyer fiscal non imposable à l'impôt sur le revenu ou sont rattachés à un tel foyer. » ;

⑨ 2° L'article L. 861-5 est ainsi modifié :

⑩ *a)* Au troisième alinéa, les mots : « à l'article L. 821-1 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 821-1 et L. 821-2 qui ne remplissent pas les conditions prévues aux 2° et 3° de l'article L. 861-2 » ;

⑪ *b)* Après la première phrase du dernier alinéa, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Ce droit est également renouvelé automatiquement à l'expiration de la période d'un an pour les personnes qui, lors de son attribution, ont été réputées satisfaire aux conditions du 2° de l'article L. 861-1 en application des 2° à 5° de l'article L. 861-2, sous réserve qu'elles satisfassent, à la date du renouvellement, à l'ensemble des conditions prévues aux mêmes 2° à 5°. »

⑫ II. – Le présent article entre en vigueur à une date fixée par décret et s'applique au plus tard :

⑬ 1° Le 1er juillet 2024 aux bénéficiaires de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-24 du code de la sécurité sociale ;

⑭ 2° Le 1er juillet 2025 aux bénéficiaires de l'allocation mentionnée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du même code ;

⑮ 3° Le 1er juillet 2026 aux bénéficiaires des allocations mentionnées aux articles L. 5423-1 et L. 5131-6 du code du travail.

Article 22

① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

② 1° Le titre Ier du livre préliminaire de la quatrième partie est ainsi modifié :

③ *a)* Le chapitre unique devient le chapitre Ier ;

④ *b)* Il est ajouté un chapitre II ainsi rédigé :

⑤ *« CHAPITRE II*

⑥ ***« Parcours coordonnés renforcés***

⑦ « *Art. L. 4012-1.* – I. – Lorsque la prise en charge d'une personne nécessite l'intervention de plusieurs professionnels, elle peut être organisée sous la forme d'un parcours coordonné renforcé. Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé fixe la liste de ces parcours, en tenant compte des expérimentations ayant fait l'objet d'un avis du conseil stratégique mentionné au deuxième alinéa du III de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.

⑧ « Pour chaque type de parcours coordonné renforcé, un arrêté des mêmes ministres détermine notamment les modalités d'organisation du parcours, les prestations couvertes par le forfait mentionné à l'article L. 162-62 du même code ainsi que son montant.

⑨ « II. – Les professionnels intervenant dans un parcours coordonné renforcé exercent une profession libérale ou exercent au sein d'un établissement de santé, d'un établissement ou d'un service médico-social, d'un centre de santé, d'une maison de santé ou d'une maison sport-santé.

⑩ « Chaque professionnel intervient dans le parcours dans le cadre de ses conditions habituelles d'exercice et répond des actes professionnels qu'il accomplit selon les règles qui lui sont applicables dans ce cadre.

⑪ « Ils sont réputés constituer une équipe de soins mentionnée à l'article L. 1110-12.

⑫ « III. – Le parcours est organisé par une structure responsable de la coordination désignée parmi des catégories de structures, énoncées par décret, au sein desquelles des professions médicales, des auxiliaires médicaux ou des pharmaciens réalisent des prestations de soins.

⑬ « Cette structure coordonne les interventions des professionnels du parcours et s'assure du respect de l'arrêté mentionné au deuxième alinéa du I du présent article par l'ensemble des professionnels intervenant au sein du parcours. Elle est responsable des actions qu'elle conduit à ce titre.

⑭ « Par dérogation au premier alinéa du présent III, les structures responsables de la coordination d'un parcours dans le cadre d'une expérimentation arrivée à son terme et ayant fait l'objet d'un avis favorable du conseil stratégique

mentionné au deuxième alinéa du III de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, qui n'appartiennent à aucune catégorie de la liste prévue au I du présent article, peuvent continuer d'exercer les missions de coordination pendant une durée maximale de six mois à compter du dépôt de la demande mentionnée à l'article.

⑮ « IV. – Les professionnels intervenant dans un parcours coordonné renforcé ou, le cas échéant, leur employeur et la structure responsable de la coordination formalisent leur organisation dans un projet de parcours coordonné renforcé. Ce projet, conforme à un modèle fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, comporte notamment les dispositions prises pour assurer la continuité des soins, des engagements de bonnes pratiques professionnelles pour chaque catégorie de professionnels ainsi que les modalités de répartition du forfait mentionné à l'article L. 162-62 du code de la sécurité sociale. » ;

⑯ 2° Au second alinéa de l'article L. 4113-5, après la référence : « L. 6316-1 », sont insérés les mots : « , aux parcours coordonnés renforcés mentionnés à l'article L. 4012-1 » ;

⑰ 3° Au 2° de l'article L. 4041-2, après les mots : « éducation thérapeutique », sont insérés les mots : « , de parcours coordonnés renforcés mentionnés à l'article L. 4012-1 ».

⑱ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

⑲ 1° Le chapitre II du titre VI du livre I^{er} est complété par une section 14 ainsi rédigée :

⑳ *« Section 14*

㉑ ***« Prise en charge des parcours coordonnés renforcés***

㉒ « *Art. L. 162-62.* – I. – Par dérogation aux règles de facturation et de tarification prévues au présent titre et au chapitre IV du livre III du code de l'action sociale et des familles, les interventions des professionnels participant à la prise en charge d'une même personne dans le cadre d'un parcours coordonné renforcé mentionné à l'article L. 4012-1 du code de la santé publique sont exclusivement financées par un forfait dont le montant couvre le coût de l'ensemble des prestations constituant le parcours ainsi que celui des actions nécessaires à la coordination des interventions. Ce montant, fixé par l'arrêté mentionné au deuxième alinéa du I de l'article L. 4012-1 du code de la santé publique, est déterminé en tenant compte de la fréquence du

suivi du bénéficiaire, de la complexité de sa prise en charge ainsi que des moyens humains et cliniques mobilisés.

㉓ « Le patient ne peut être redevable, au titre des prestations du parcours, d'autres montants que le montant forfaitaire mentionné au présent article.

㉔ « La structure responsable de la coordination mentionnée au III de l'article L. 4012-1 du code de la santé publique transmet les informations nécessaires à la couverture par l'organisme local d'assurance maladie des frais relatifs au parcours coordonné renforcé. Elle pratique le mécanisme du tiers payant mentionné à l'article L. 160-10 du présent code.

㉕ « La structure responsable de la coordination détermine la part du forfait due à chaque professionnel au titre de son activité au sein du parcours ainsi que celle correspondant aux missions de coordination qu'elle assure sur la base des prestations décrites dans le projet de parcours mentionné au IV de l'article L. 4012-1 du code de la santé publique. L'organisme local d'assurance maladie verse les sommes correspondantes à chaque professionnel ou, le cas échéant, à la structure qui l'emploie ainsi qu'à la structure responsable de la coordination.

㉖ « Les rémunérations perçues dans ce cadre sont soumises au même régime fiscal et social que les rémunérations perçues dans le cadre de leur exercice habituel, qu'ils exercent dans le cadre d'un exercice libéral ou salarié ou comme agent public.

㉗ « La structure responsable de la coordination peut, le cas échéant, percevoir les sommes versées par les assurés au titre de leur participation aux frais du parcours coordonné renforcé en application du 9° de l'article L. 160-8. Un décret en Conseil d'État prévoit les modalités de répartition des sommes ainsi perçues.

㉘ « II. – Pour bénéficier du mode de financement par forfait mentionné au présent article, la structure responsable de la coordination transmet le projet mentionné au IV de l'article L. 4012-1 du code de la santé publique au directeur général de l'agence régionale de santé.

㉙ « Le projet est réputé validé, sauf si le directeur de l'agence régionale de santé s'y oppose dans un délai de deux mois à compter de la réception du projet, en se fondant sur l'absence de respect de l'arrêté mentionné au I de l'article L. 4012-1 du code de la santé publique, du III du même article L. 4012-1 ou des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1 du même code.

(30) « Lorsqu'il constate un manquement aux dispositions de l'arrêté mentionné au I ou au III de l'article L. 4012-1 dudit code, le directeur général de l'agence régionale de santé met la structure responsable de la coordination en demeure de se mettre en conformité dans un délai de six mois à compter de la notification de cette mise en demeure. Faute de mise en conformité dans ce délai, il en informe la caisse primaire d'assurance maladie, qui met fin au mode de financement par montant forfaitaire et suspend les remboursements des forfaits facturés au titre du parcours après la notification de cette décision.

(31) « III. – Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'État. » ;

(32) 2° Au 1° du A du I de l'article L. 133-4, après la référence : « L. 162-23-1 », est insérée la référence : « , L. 162-62 » ;

(33) 3° L'article L. 160-8 est complété par un 9° ainsi rédigé :

(34) « 9° La couverture des frais relatifs aux interventions et aux traitements réalisés dans le cadre des parcours mentionnés à l'article L. 4012-1 du code de la santé publique ; »

(35) 4° Le I de l'article L. 160-13 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

(36) « La participation de l'assuré aux frais mentionnés au 9° de l'article L. 160-8 peut être proportionnelle à tout ou partie de ces frais ou forfaitaire. Le montant de cette participation est défini par un 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. Cette participation peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;

(37) 5° Au premier alinéa de l'article L. 160-14, le mot : « dernier » est remplacé par le mot : « quatrième ».

(38) III. – Après le sixième 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, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

(39) « – L. 162-62 ; ».

(40) IV. – L'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et

autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi modifiée :

41 *a)* Le I de l'article 20-1 est complété par un 18° ainsi rédigé :

42 « 18° La couverture des frais relatifs aux interventions et traitements réalisés dans le cadre des parcours mentionnés à l'article L. 4012-1 du code de la santé publique. » ;

43 *b)* À l'article 20-4, les mots : « et L. 162-16-1 » sont remplacés par les mots : « , L. 162-16-1 et L. 162-62 ».

Article 22 *bis (nouveau)*

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

2 1° Au premier alinéa du 1° du I, après la première occurrence du mot : « à », sont insérés les mots : « la prévention en santé, » ;

3 2° Le 2° du II est complété par un *o* rédigé :

4 « *o)* Les articles L. 2112-1 à L. 2112-10, L. 2311-1 à L. 2311-6, L. 3111-11, L. 3112-2, L. 3121-2, L. 3311-2, L. 3411-9 et L. 6325-1, en tant qu'ils concernent le financement, l'organisation et les compétences de structures œuvrant en faveur de la prévention en santé. »

Article 22 *ter (nouveau)*

Le 2° du I de l'article L. 162-58 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « L'assuré social peut également faire l'objet d'un adressage par les professionnels de santé des établissements scolaires, qui en informent le médecin impliqué dans sa prise en charge, dans des conditions définies par décret. »

Article 22 *quater (nouveau)*

1 I. – Le financement de l'activité de traitement du cancer par radiothérapie est assuré par des forfaits déterminés notamment au regard de la technique de radiothérapie utilisée et des caractéristiques des patients.

2 II. – Le I entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1er janvier 2026.

Article 23

① I. – Le livre I[er] du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② A. – Au 1° du A du I de l'article L. 133-4, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;

③ B. – Le chapitre II du titre VI est ainsi modifié :

④ 1° Au second alinéa du III de l'article L. 162-1-23, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;

⑤ 2° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-1-24, les mots : « relevant de la dotation nationale de financement mentionnée à l'article L. 162-22-13 » sont remplacés par les mots : « au titre des dotations mentionnées au 3° de l'article L. 162-22-2 » ;

⑥ C. – La section 4 du chapitre II du titre VI est ainsi modifiée :

⑦ 1° Au premier alinéa du I de l'article L. 162-16-4-3, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;

⑧ 2° À la première phrase du III de l'article L. 162-16-6, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;

⑨ D. – La section 5 du chapitre II du titre VI est ainsi modifiée :

⑩ 1° L'article L. 162-20-1 est ainsi modifié :

⑪ *a)* Aux premier et second alinéas du I et au premier alinéa du III, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;

⑫ *b)* Au second alinéa du I, les mots : « aux *d* et *e* » sont remplacés par les mots : « au *d* » ;

⑬ *c)* Au second alinéa du I et au premier alinéa du III, les mots : « au 1° du I de l'article L. 162-22-10 » sont remplacés par les mots : « au 1° du I de l'article L. 162-22-3-1 » ;

⑭ *d)* Au IV, les mots : « à l'article L. 162-22-7 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-7, L. 162-22-7-3, L. 162-23-6 et L. 162-23-6-1 » ;

⑮ *e)* À la fin du V, les mots : « 1[er] mars de l'année en cours » sont remplacés par les mots : « 1[er] janvier de l'année » ;

⑯ 2° À l'article L. 162-21-2, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;

⑰ 3° À la fin du quatrième alinéa de l'article L. 162-21-3, les mots : « II *bis* de l'article L. 162-22-10 » sont remplacés par les mots : « II de l'article L. 162-22-3-1 » ;

⑱ 4° L'article L. 162-22 est ainsi modifié :

⑲ *a)* Le premier alinéa est remplacé par sept alinéas ainsi rédigés :

⑳ « Pour l'application de la présente section, les établissements de santé sont classés selon les catégories suivantes :

㉑ « *a)* Les établissements publics de santé ;

㉒ « *b)* Les établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer à l'exécution du service public hospitalier au 22 juillet 2009 ;

㉓ « *c)* Les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de financement en application de l'article 25 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ;

㉔ « *d)* Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux *b* et *c* du présent article ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de santé ;

㉕ « *e)* Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux *b*, *c* et *d*.

㉖ « Les activités pour lesquelles les établissements de santé sont autorisés en application de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique sont financées selon les modalités suivantes : » ;

㉗ *b)* Au 1°, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-2 » ;

㉘ *c)* Le 4° est ainsi rédigé :

㉙ « 4° Pour les activités de soins médicaux et de réadaptation, conformément à l'article L. 162-23-2. » ;

㉚ 5° La sous-section 1 est complétée par des articles L. 162-22-1 à L. 162-22-5 ainsi rédigés :

(31) « *Art. L. 162-22-1.* – Chaque année, est défini un objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés au même article L. 162-22. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes à ces activités au titre des soins dispensés au cours de l'année. Les charges prises en compte dans cet objectif sont définies par décret.

(32) « Le montant de cet objectif est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

(33) « Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés, pour tout ou partie, sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment celles relatives aux conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte les évolutions constatées en cours d'année.

(34) « Un décret en Conseil d'État précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif.

(35) « *Art. L. 162-22-2.* – Pour les activités de soins mentionnées au 1° de l'article L. 162-22, les établissements mentionnés aux *a* à *d* du même article L. 162-22 sont financés par :

(36) « 1° Des tarifs afférents aux prestations mentionnées à l'article L. 162-22-3 ;

(37) « 2° Des dotations de financement relatives à des objectifs territoriaux et nationaux de santé publique, mentionnées à l'article L. 162-22-4 ;

(38) « 3° Des dotations de financement relatives à des missions spécifiques et des aides à la contractualisation, mentionnées à l'article L. 162-22-5.

(39) « *Art. L. 162-22-3.* – Pour leur valorisation, les prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-2 font l'objet de tarifs nationaux.

(40) « Un décret en Conseil d'État, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, précise :

(41) « 1° Les catégories de prestations d'hospitalisation sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification

des prestations donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. La détermination de ces catégories et de ces prestations tient compte notamment des moyens techniques, matériels et humains mis en œuvre pour la prise en charge des patients. Elle est opérée notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. Pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale, la prise en charge des prestations d'hospitalisation est assurée par des forfaits déterminés au regard des modes de prise en charge et des caractéristiques des patients ;

(42) « 2° Les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à une facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;

(43) « 3° Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.

(44) « *Art. L. 162-22-3-1.* – I. – Chaque année, l'État fixe, dans le respect du montant de l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 162-22-1 et selon les modalités prévues au même article L. 162-22-1, les éléments suivants :

(45) « 1° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-3, qui peuvent être différenciés par catégorie d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical ;

(46) « 2° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-3-2.

(47) « Ces tarifs et ce coefficient prennent effet le 1er janvier de l'année.

(48) « I *bis*. – Pour la détermination des tarifs et du coefficient prévus au I du présent article, il est tenu compte :

(49) « 1° De la part de l'objectif de dépenses affectée au financement des dotations mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 162-22-2 et des charges afférentes aux spécialités pharmaceutiques, aux produits et aux prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 ;

(50) « 2° Des prévisions d'évolution de l'activité des établissements, qui peuvent être effectuées notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ;

(51) « 3° Le cas échéant, des données afférentes au coût relatif des prestations, issues notamment des études nationales de coûts mentionnées à l'article

L. 6113-11 du même code, pour déterminer en tout ou partie les tarifs nationaux des prestations.

(52) « II. – Lorsque le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en application du cinquième alinéa de l'article L. 114-4-1 du présent code et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-1, l'État peut, après consultation du comité économique de l'hospitalisation publique et privée, modifier les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-3 de manière à concourir au respect de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-1. Cette modification est différenciée, le cas échéant, par catégorie d'établissements et par tarif de prestations.

(53) « III. – Un décret détermine les modalités du suivi statistique des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

(54) « IV. – Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et d'odontologie exercées par les établissements de santé privés mentionnés au *e* de l'article L. 162-22 sont fixés par l'État.

(55) « *Art. L. 162-22-3-2.* – I. – Les tarifs nationaux mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-3-1, à l'exception des forfaits et suppléments mentionnés au 2° de l'article L. 162-22-8-2, peuvent être minorés par l'application d'un coefficient, de manière à concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. La valeur de ce coefficient peut être différenciée par catégorie d'établissements.

(56) « II. – Au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'État peut décider de verser aux établissements de santé tout ou partie du montant correspondant à la différence entre les montants issus de la valorisation de l'activité des établissements par les tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-3-1 et ceux issus de la valorisation de cette même activité par les tarifs minorés du coefficient mentionné au I du présent article.

(57) « *Art. L. 162-22-3-3.* – L'État fixe, dans le respect du montant de l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 162-22-1 et conformément aux modalités prévues au même article L. 162-22-1, le coefficient géographique s'appliquant aux tarifs nationaux mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-3-1, à l'exception des forfaits et suppléments mentionnés au 2° de l'article L. 162-22-8-2, pour les établissements implantés dans certaines zones, afin de

tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée.

(58) « Ces coefficients prennent effet le 1er janvier de l'année en cours.

(59) « *Art. L. 162-22-4.* – Les dotations relatives aux objectifs territoriaux et nationaux de santé publique mentionnées au 2° de l'article L. 162-22-2 concourent au financement des actions visant à promouvoir, à protéger et à améliorer la santé de la population, en particulier par la prévention, ou des actions visant à développer la qualité, la pertinence et la sécurité des soins. Elles comprennent notamment les financements définis à l'article L. 162-22-7-4, au 3° de l'article L. 162-22-8-2 et à l'article L. 162-23-15 ainsi que ceux inscrits aux contrats prévus à l'article L. 162-30-2.

(60) « Un décret, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, fixe la liste des activités susceptibles de donner lieu à l'allocation de ces dotations. Un décret fixe les modalités de leur allocation par l'autorité compétente de l'État.

(61) « *Art. L. 162-22-5.* – Les dotations mentionnées au 3° de l'article L. 162-22-2 concourent au financement :

(62) « 1° De missions spécifiques à certains établissements, notamment de recherche, de formation et d'innovation ;

(63) « 2° D'actions tendant à l'atteinte des objectifs inscrits dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, mentionnés à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique ;

(64) « 3° Des prises en charge mentionnées aux articles L. 162-22-5-1, L. 162-22-5-2 et L. 162-22-5-3 et au 1° de l'article L. 162-22-8-2.

(65) « Un décret, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, définit la liste des activités susceptibles de donner lieu à l'allocation de ces dotations. Un décret fixe les modalités de leur allocation par l'autorité compétente de l'État. » ;

(66) 6° L'article L. 162-22-6 est abrogé ;

(67) 7° L'article L. 162-22-6-2 devient l'article L. 162-22-5-1 et les deux occurrences de la référence : « L. 162-22-6 » sont remplacées par la référence : « L. 162-22-3 » ;

⑱ 8° Le premier alinéa du I de l'article L. 162-22-7 est ainsi modifié :

⑲ *a)* À la première phrase et à la fin de la seconde phrase, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;

⑳ *b)* À la première phrase, après les mots : « même article », est insérée la référence : « L. 162-22-3 » ;

㉑ 9° À la fin de l'article L. 162-22-7-3, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;

㉒ 10° L'article L. 162-22-8 devient l'article L. 162-22-5-2 et la première phrase est ainsi modifiée :

㉓ *a)* Au début, les mots : « Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6, » sont supprimés ;

㉔ *b)* Les mots : « de l'article L. 162-22-6 et » sont remplacés par les mots : « du même article L. 162-22, lorsqu'elles font l'objet de sujétions spécifiques qui ne peuvent être prises en compte par les tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-3-1 ou » ;

㉕ 11° L'article L. 162-22-8-1 devient l'article L. 162-22-5-3 et le premier alinéa est ainsi modifié :

㉖ *a)* À la première phrase, les mots : « selon des modalités dérogatoires aux articles L. 162-22-6 et L. 162-22-10 » sont remplacés par les mots : « par des forfaits »

㉗ *b)* À la seconde phrase, le mot : « dérogatoires » est supprimé ;

㉘ 12° L'article L. 162-22-8-2 est ainsi modifié :

㉙ *a)* Au premier alinéa, au début, les mots : « Par dérogation à l'article L. 162-22-6, » sont supprimés et la seconde occurrence de la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;

㉚ *b)* La seconde phrase du premier alinéa du 1° est supprimée ;

㉛ *c)* Le premier alinéa du 2° est ainsi rédigé :

㉜ « 2° Des tarifs de prestation, fixés dans les conditions prévues au 1° du I de l'article L. 162-22-3-1. » ;

(83) *d)* Au second alinéa du même 2°, les mots : « du même article L. 162-22-6 » sont remplacés par les mots : « de l'article L. 162-22 » ;

(84) 13° Les articles L. 162-22-8-3, L. 162-22-9, L. 162-22-9-1, L. 162-22-10 et L. 162-22-12 à L. 162-22-14 sont abrogés ;

(85) 14° L'article L. 162-22-11-1 est ainsi modifié :

(86) *a)* Au 1°, les mots : « au I de l'article L. 162-22-10 » sont remplacés par les mots : « au 1° du I de l'article L. 162-22-3-1 » ;

(87) *b)* Au 2°, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;

(88) 15° L'article L. 162-22-15 est ainsi modifié :

(89) *a)* Au premier alinéa, les mots : « L. 162-22-6-2, L. 162-22-8, L. 162-22-8-3 et L. 162-22-14 » sont remplacés par les mots : « L. 162-22-4 et L. 162-22-5 » et la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;

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

(91) « Lorsque des établissements de santé ont constitué un groupement de coopération sanitaire, le montant des dotations et des forfaits mentionnés au premier alinéa du présent article peut être versé directement au groupement de coopération sanitaire par la caisse d'assurance maladie désignée en application de l'article L. 174-2 ou de l'article L. 174-18, selon le cas. » ;

(92) 16° L'article L. 162-22-18 est ainsi modifié :

(93) *a)* À la fin de la première phrase du premier alinéa du I, les mots : « à l'article L. 162-22-6 » sont remplacés par les mots : « au même article L. 162-22 » ;

(94) *b)* Au premier alinéa du III, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;

(95) *c)* Il est ajouté un V ainsi rédigé :

(96) « V. – Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de psychiatrie exercées par les établissements de santé privés mentionnés au *e* de l'article L. 162-22 sont fixés par l'État. » ;

(97) 17° L'article L. 162-22-19 est ainsi modifié :

(98) *a)* Au premier alinéa du I, les mots : « à l'article L. 162-22 » sont remplacés par les mots : « au même article L. 162-22 » ;

(99) *b)* Au 4° du I, les mots : « à l'article L. 162-22-13 » sont remplacés par les mots : « au 1° de l'article L. 162-22-5 » ;

(100) *c)* À la fin du 4° du II, la référence : « L. 162-22-14 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-5 » ;

(101) 18° À la fin de la première phrase du premier alinéa du I de l'article L. 162-23, les mots : « à l'article L. 162-22-6 » sont remplacés par les mots : « au même article L. 162-22 » ;

(102) 19° À l'article L. 162-23-3, les mots : « à l'article L. 162-22-6 » sont remplacés par les mots : « au même article L. 162-22 » ;

(103) 20° Au premier alinéa de l'article L. 162-23-13, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;

(104) 21° Au premier alinéa du I de l'article L. 162-23-13-1, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;

(105) 22° L'article L. 162-23-14 est abrogé ;

(106) 23° L'article L. 162-23-15 est ainsi modifié :

(107) *a)* À la fin de la première phrase du I, les mots : « , mesurés tous les ans par établissement » sont supprimés ;

(108) *b)* À la troisième phrase du premier alinéa du II, les mots : « pendant trois années » sont remplacés par les mots : « sur trois mesures de résultat » ;

(109) *c)* Au quatrième alinéa du même II, le mot : « année » est remplacé par les mots : « mesure de résultat » et les mots : « pendant trois années » sont remplacés par les mots : « sur trois mesures de résultat » ;

(110) *d)* Au premier alinéa du III, le mot : « annuellement » est supprimé ;

(111) *e)* Au dernier alinéa du III, au début, les mots : « Avant le 31 décembre de chaque année, » sont supprimés et, après le mot : « soins, », sont insérés les mots : « détermine la période au cours de laquelle est recueilli chaque indicateur, qui ne peut être inférieure à un an, » ;

(112) 24° Le I de l'article L. 162-23-16 est ainsi modifié :

(113) *a)* À la première phrase, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;

(114) *b)* À la deuxième phrase, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;

(115) 25° L'article L. 162-25 est ainsi modifié :

(116) *a)* À la première phrase du premier alinéa, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;

(117) *b)* Le second alinéa est ainsi rédigé :

(118) « Dans les cas où un établissement de santé mentionné à l'article L. 162-22 du présent code fait face à un événement qui l'empêche d'accomplir de manière durable les obligations de transmission des informations relatives à son activité prévues aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, le délai mentionné au premier alinéa du présent article peut être majoré proportionnellement à la durée et, le cas échéant, à l'intensité de l'incidence qu'a cet événement sur la transmission des informations. Cette majoration, qui ne peut dépasser une période d'un an, est décidée par le directeur général de l'agence régionale de santé en tenant compte des causes de l'événement. » ;

(119) 26° L'article L. 162-26-1 est ainsi modifié :

(120) *a)* Aux premier et second alinéas, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;

(121) *b)* Le second alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Lorsque l'intervention de ces professionnels est prise en charge dans le cadre de la rémunération forfaitaire mentionnée à l'article L. 162-22-5-1, ces honoraires ne peuvent pas être facturés. » ;

(122) 27° L'article L. 162-30-4 est ainsi modifié :

(123) *a)* À la fin du deuxième alinéa, les mots : « du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « relevant du 2° de l'article L. 162-22-2 » ;

(124) *b)* À la fin de l'avant-dernier alinéa, les mots : « fonds d'intervention régional » sont remplacés par les mots : « montant de l'enveloppe régionale au titre des dotations mentionnées au 2° de l'article L. 162-22-2 du présent code » ;

(125) E. – Le *a* du 1° du II de l'article L. 162-31-1 est ainsi modifié :

(126) 1° Les références : « L. 162-22-6, L. 162-22-6-1, L. 162-22-8, L. 162-22-8-1, L. 162-22-8-3, L. 162-22-10 » sont remplacées par les références : « L. 162-22-3, L. 162-22-3-1, L. 162-22-5-1, L. 162-22-5-2, L. 162-22-5-3 » ;

(127) 2° Les références : « L. 162-22-13, L. 162-22-14, » sont supprimées ;

(128) 3° Après la référence : « L. 162-22-3-1, », sont insérées les références : « L. 162-22-4, L. 162-22-5, » ;

(129) F. – La sous-section 1 de la section 1 du chapitre V du titre VI est ainsi modifiée :

(130) 1° L'article L. 165-7 est ainsi modifié :

(131) *a)* À la première phrase du premier alinéa, les mots : « au 1° de l'article L. 162-22-6 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 162-22-3 » ;

(132) *b)* Au dernier alinéa, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;

(133) 2° L'article L. 165-11 est ainsi modifié :

(134) *a)* Au I, la première occurrence de la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » et la seconde occurrence de la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;

(135) *b)* Au premier alinéa du II, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;

(136) G. – Au premier alinéa de l'article L. 174-2-1, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;

(137) H. – La section 8 du chapitre IV du titre VII est ainsi modifiée :

(138) 1° L'article L. 174-15 est ainsi modifié :

(139) *a)* Au premier alinéa, les références : « L. 162-22-6, L. 162-22-6-1, L. 162-22-7, L. 162-22-7-3, L. 162-22-8, L. 162-22-8-2, L. 162-22-8-3, L. 162-22-9-1, L. 162-22-10 » sont remplacées par les références : « L. 162-22-2, L. 162-22-3, L. 162-22-3-1, L. 162-22-3-2, L. 162-22-3-3, L. 162-22-5-1, L. 162-22-5-2, L. 167-22-7, L. 162-22-7-3, L. 162-22-8-2 » ;

(140) *b)* Le même premier alinéa, dans sa rédaction résultant du *a* du présent 1°, est ainsi modifié :

(141) – après la référence : « L. 162-22-3-3 », sont insérées les références : « L. 162-22-4, L. 162-22-5, » ;

(142) – les références : « L. 162-22-13, L. 162-22-14, » sont supprimées ;

(143) *c)* Au cinquième alinéa, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » et les mots : « de l'article L. 162-22 » sont remplacés par les mots : « du même article L. 162-22 » ;

(144) *d)* À la fin du huitième alinéa, la référence : « L. 162-22-9 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-1 » ;

(145) 2° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 174-18, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 ».

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

(147) 1° Au premier alinéa de l'article L. 1111-3-4, les mots : « publics de santé et les établissements de santé mentionnés aux *b*, *c* et *d* de l'article L. 162-22-6 » sont remplacés par les mots : « de santé mentionnés aux *a* à *d* de l'article L. 162-22 » et les mots : « au 2° des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-3 et L. 162-23-1 » ;

(148) 2° Au 1° du III de l'article L. 1121-16-1, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;

(149) 3° Au 1° du III des articles L. 1125-15 et L. 1126-14, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;

(150) 4° Au second alinéa du II de l'article L. 1434-8, la référence : « L. 162-22-9 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-1 » ;

(151) 5° Au troisième alinéa de l'article L. 1435-4, les mots : « la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 » sont remplacés par les mots : « les dotations mentionnées à l'article L. 162-22-4 » ;

(152) 6° Au premier alinéa et au 2° de l'article L. 6111-4, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;

(153) 7° À l'article L. 6113-9 et au premier alinéa de l'article L. 6113-11, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;

(154) 8° Au dernier alinéa de l'article L. 6114-2, les mots : « la dotation prévue à l'article L. 162-22-14 » sont remplacés par les mots : « les dotations prévues aux articles L. 162-22-4 et L. 162-22-5 » ;

(155) 9° La première phrase de l'article L. 6114-4 est ainsi rédigée : « Pour les établissements de santé privés mentionnés au *d* de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, les contrats fixent le montant des tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-3 dans le respect des articles L. 162-22-3-1 à L. 162-22-3-3 du même code. » ;

(156) 10° À la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 6131-2, les mots : « à l'article L. 162-22-13 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-4 et L. 162-22-5 » ;

(157) 11° La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 6131-5 est ainsi rédigée : « Il peut réduire en conséquence le montant des dotations mentionnées aux articles L. 162-22-4, L. 162-22-5, L. 162-22-19, L. 162-23-3 et L. 174-1 du code de la sécurité sociale. » ;

(158) 12° Au II de l'article L. 6132-5, les mots : « régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-13 » sont remplacés par les mots : « mentionnées aux articles L. 162-22-4 et L. 162-22-5 » ;

(159) 13° À l'article L. 6133-2-1, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;

(160) 14° L'article L. 6133-6 est ainsi modifié :

(161) *a)* Au troisième alinéa et à la première phrase de l'avant-dernier alinéa, les mots : « publics de santé et par les établissements de santé mentionnés aux *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 » sont remplacés par les mots : « de santé mentionnés aux *a* à *c* de l'article L. 162-22 » ;

(162) *b)* À la première phrase de l'avant-dernier alinéa, la seconde occurrence de la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;

(163) 15° À la première phrase des troisième, avant-dernier et dernier alinéas de l'article L. 6133-8, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;

(164) 16° Au dernier alinéa de l'article L. 6141-5, les mots : « à l'article L. 162-22-13 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-4 et L. 162-22-5 » ;

(165) 17° À l'avant-dernier alinéa de l'article L. 6144-1, les mots : « de financement mentionnées à l'article L. 162-22-13 » sont remplacés par les mots : « mentionnées à l'article L. 162-22-4 » ;

(166) 18° La première phrase du premier alinéa de l'article L. 6145-1 est ainsi modifiée :

(167) *a)* La référence : « L. 162-22-10 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3-1 » ;

(168) *b)* La référence : « L. 162-22-8 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-5-2 » ;

(169) *c)* Les mots : « de la dotation de financement des activités d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévue aux articles L. 162-22-14 » sont remplacés par les mots : « des dotations prévues aux articles L. 162-22-4, L. 162-22-5 » ;

(170) 19° Le I de l'article L. 6145-4 est ainsi modifié :

(171) *a)* Au premier alinéa, la référence : « L. 162-22-10 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3-1 » ;

(172) *b)* Au 1°, les mots : « à 3° du I de l'article L. 162-22-10 » sont remplacés par les mots : « et 2° du I de l'article L. 162-22-3-1 » ;

(173) *c)* Au 2°, les mots : « de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-14 » sont remplacés par les mots : « des dotations mentionnées aux articles L. 162-22-4 et L. 162-22-5 » ;

(174) 20° Au second alinéa du II de l'article L. 6161-2-2, les mots : « régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-13 » sont remplacés par les mots : « mentionnées à l'article L. 162-22-4 » ;

(175) 21° À l'article L. 6161-3-1 et à la première phrase du premier alinéa de l'article L. 6161-9, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 ».

(176) III. – Le VI de l'article 35 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 est ainsi modifié :

(177) 1° Les 1° et 2° sont ainsi rédigés :

(178) « 1° À compter du 1er janvier 2022 et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2025, pour les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale exerçant des activités mentionnées au 1° du même article L. 162-22 et pour l'ensemble des établissements mentionnés audit article L. 162-22 exerçant des activités mentionnées au 2° du même article L. 162-22 ;

(179) « 2° À compter du 1er juillet 2023 et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2025, pour les établissements mentionnés au même article L. 162-22 exerçant des activités mentionnées au 4° du même article L. 162-22. » ;

(180) 2° À la fin de la seconde phrase du septième alinéa, les mots : « 28 février 2025 et, pour l'année 2025, à compter du 1er mars jusqu'au 28 février 2026 » sont remplacés par les mots : « 29 février 2024 et, pour les années 2024 et 2025, à compter du 1er mars de l'année en cours ».

(181) IV. – L'article 57 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 est abrogé.

(182) V. – Le dernier alinéa de l'article 44 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 est ainsi modifié :

(183) 1° La première phrase est ainsi modifiée :

(184) *a)* La date : « 31 décembre 2023 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2025 » ;

(185) *b)* Les mots : « aux articles L. 162-22-1, L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 162-22-3 » ;

(186) 2° À la seconde phrase, après le mot : « détermination », sont insérés les mots : « du périmètre et ».

(187) VI. – Dans l'ensemble des textes législatifs, les références faites aux établissements mentionnés aux *a*, *b*, *c*, *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale sont remplacées par des références aux établissements mentionnés respectivement aux *a*, *b*, *c*, *d* et *e* de l'article L. 162-22 du même code.

(188) VII. – Le présent article entre en vigueur le 1er janvier 2024, sous réserve des dispositions suivantes :

(189) 1° Prennent effet au 1er janvier 2025 :

(190) *a)* Le 2° du B du I ;

(191) *b)* Les 2° et 3° de l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du 5° du D du I du présent article ;

(192) *c)* Le 1° du I *bis* de l'article L. 162-22-3-1, dans sa rédaction résultant du 5° du D du I du présent article ;

(193) *d)* Les articles L. 162-22-4 et L. 162-22-5 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction résultant du 5° du D du I du présent article ;

(194) *e)* L'abrogation des articles L. 162-22-12 à L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale résultant du 13° du D du I du présent article ;

(195) *f)* Le 15°, les *b* et *c* du 17° et le 27° du D, les 2° et 3° du E et le *b* du 1° du H du I ;

(196) *g)* Les 5°, 8°, 10° à 12°, 16° et 17°, le *c* des 18° et 19° et le 20° du II ;

(197) 2° Pour l'année 2024 :

(198) *a)* À l'article L. 162-22-12 du code de la sécurité sociale, les références aux articles L. 162-22-6-2, L. 162-22-8 et L. 162-22-9-1 sont remplacées, respectivement, par les références aux articles L. 162-22-5-1, L. 162-22-5-2 et L. 162-22-3-2 ;

(199) *b)* À l'article L. 162-22-15 du même code, les références aux articles L. 162-22-6, L. 162-22-6-2 et L. 162-22-8 sont remplacées, respectivement, par les références aux articles L. 162-22, L. 162-22-5-1 et L. 162-22-5-2 ;

(200) *c)* Les modalités de détermination du montant des forfaits mentionnés aux articles L. 162-22-5-1 et L. 162-22-5-2 dudit code sont fixées par l'État dans le respect du montant de l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 162-22-1 du même code et conformément aux modalités prévues au même article L. 162-22-1. À cette fin, il est tenu compte des prévisions d'évolution de l'activité des établissements, mesurée notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ;

(201) 3° L'objectif de dépenses défini à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant du 5° du D du I du présent article ne comprend pas, pour l'année 2024, les dépenses couvertes par l'objectif de dépenses prévu à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi ;

(202) 4° Jusqu'au 31 décembre 2025, par dérogation aux articles L. 162-20-1, L. 162-22-3-1 et L. 162-22-3-3 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction résultant des 1° et 5° du D du I du présent article, les tarifs et les coefficients mentionnés aux mêmes articles L. 162-20-1, L. 162-22-3-1 et L. 162-22-3-3 prennent effet au 1er mars de l'année en cours ;

(203) 5° *(nouveau)* La dernière phrase du 1° de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du 5° du D du I du présent article, entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1er janvier 2026.

Article 24

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

(2) 1° Au dernier alinéa du I de l'article L. 1435-5, les mots : « professionnels de santé » sont remplacés par le mot : « médecins » ;

(3) 2° Au quatrième alinéa de l'article L. 6311-2, après le mot : « médecins », sont insérés les mots : « et de chirurgiens-dentistes » ;

(4) 3° La dernière phrase du dernier alinéa de l'article L. 6314-1 est supprimée.

(5) II. – Après le 10° de l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 11° ainsi rédigé :

(6) « 11° Les modalités de rémunération des professionnels de santé mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 6314-1 du code de la santé publique au titre de leur participation à la permanence des soins. »

Article 25

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

(2) 1° Le 9° de l'article L. 5125-1-1 A est ainsi rédigé :

(3) « 9° Peuvent, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État :

(4) « *a)* Prescrire certains vaccins, dont la liste et, le cas échéant, les personnes susceptibles de bénéficier sont déterminées par un arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;

⑤ « *b)* Délivrer sans ordonnance certains médicaments, après réalisation d'un test. Un arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, fixe la liste des médicaments concernés, des indications associées, des tests d'orientation diagnostique à réaliser et les résultats à obtenir pour délivrer ces médicaments ; »

⑥ 2° Au dernier alinéa de l'article L. 4161-1, après le mot : « vaccinations, », sont insérés les mots : « ni aux pharmaciens qui délivrent des médicaments en application du *b* du 9° de l'article L. 5125-1-1 A, ».

⑦ II. – L'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

⑧ 1° *(nouveau)* Au 14°, les mots : « des 9° et » sont remplacés par les mots : « du *a* du 9° et du » ;

⑨ 2° La première phrase du 16° est ainsi rédigée : « La tarification des prestations effectuées par les pharmaciens lorsqu'ils réalisent, en application de la mission que leur confie le 8° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique, des tests suivis, le cas échéant, de la délivrance de médicaments en application du *b* du 9° du même article L. 5125-1-1 A. »

⑩ III *(nouveau)*. – Les premiers avis mentionnés au *b* du 9° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique portent sur les situations des personnes se présentant à l'officine pour odynophagie ou brûlures mictionnelles et sont rendus avant le 1er février 2024.

⑪ Dans l'attente de l'entrée en vigueur de nouvelles stipulations conventionnelles entre l'assurance maladie et les représentants des pharmaciens titulaires, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent, sur proposition du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, par arrêté conjoint, la tarification des prestations effectuées par les pharmaciens mentionnée au 16° de l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale.

Article 26

① L'article L. 717-1 du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

② 1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

③ *a)* Au début, est ajoutée la mention : « I. – » ;

④ *b)* Les mots : « des dispositions du titre IV du livre II » sont remplacés par les mots : « du titre II du livre VI de la quatrième partie » ;

⑤ 2° Après le même premier alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé :

⑥ « II. – Pour le renouvellement périodique de l'examen médical d'aptitude mentionné au II de l'article L. 4624-2 du code du travail, certains actes de cet examen, préalables à la délivrance par le médecin du travail d'un avis d'aptitude, peuvent être délégués à un infirmier en santé au travail, dans le cadre d'un protocole écrit et dans les conditions prévues aux articles L. 4622-8 et L. 4623-9 du même code. Lorsque l'infirmier en santé au travail constate des éléments pouvant justifier une inaptitude au poste de travail ou estime nécessaire de proposer l'une des mesures prévues à l'article L. 4624-3 dudit code, il oriente sans délai le travailleur vers le médecin du travail pour qu'il réalise tous les actes de l'examen médical d'aptitude. » ;

⑦ 3° Au début du deuxième alinéa, est ajoutée la mention : « III. – » ;

⑧ 4° Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « IV. – ».

Article 26 *bis (nouveau)*

① Le code de la santé publique est ainsi modifié :

② 1° Après le deuxième alinéa de l'article L. 6311-3, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

③ « Il peut organiser une réponse psychiatrique spécifique, coordonnée avec les dispositifs de psychiatrie d'intervention en urgence, pour les appels relevant d'un motif psychiatrique et une réponse pédiatrique spécifique pour les appels relevant d'un motif pédiatrique. » ;

④ 2° L'article L. 3221-5-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

⑤ « Ce dispositif peut s'appuyer sur l'organisation de la réponse psychiatrique spécifique prévue à l'article L. 6311-3. »

Article 26 *ter (nouveau)*

À l'article L. 162-13-4 du code de la sécurité sociale, la référence : « L. 6213-3 » est remplacée par la référence : « L. 6212-3 ».

Article 26 *quater (nouveau)*

① Le III de l'article 49 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 est ainsi modifié :

② 1° À la première phrase, les mots : « dans un délai de quatre mois à compter de la promulgation de la présente loi » sont remplacés par les mots : « jusqu'au 1er mars 2024 » ;

③ 2° À la fin de la seconde phrase, la date : « 1er juillet 2023 » est remplacée par la date : « 1er mars 2024 ».

Article 26 *quinquies (nouveau)*

① L'article 20-3 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est complété par un alinéa ainsi rédigé :

② « Les dispositions relatives aux centres de santé prévues aux articles L. 162-32 à L. 162-32-4 du même code sont applicables à Mayotte. »

Article 26 *sexies (nouveau)*

① I. – À titre expérimental et pour une durée de trois ans, il est mis en place par l'agence régionale de santé un parcours « dépression *post partum* », qui associe des professionnels médicaux et des psychologues hospitaliers et libéraux, des sages-femmes et des puéricultrices, dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire visant à mieux accompagner les femmes confrontées à une dépression *post partum*. Les frais relatifs à cette expérimentation sont pris en charge par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

② Ce parcours a pour objectif de prendre en charge le plus précocement possible les femmes diagnostiquées, de développer la formation des professionnels médicaux sur les conséquences psychologiques du post-partum, d'améliorer l'orientation de ces femmes, de faciliter leur accès à un suivi psychologique et d'améliorer le suivi médical des femmes qui vivent une dépression *post partum*. Il vise à systématiser l'information des femmes sur la dépression *post partum*, sur les possibilités de traitement ou d'intervention

et sur les dispositifs de suivi médical et d'accompagnement psychologique disponibles.

③ II. – Un décret détermine les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation mentionnée au I du présent article. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires participant à cette expérimentation, dans la limite de six régions.

④ III. – Au plus tard trois mois après le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport d'évaluation, qui se prononce notamment sur la pertinence d'une généralisation.

CHAPITRE II

Garantir la soutenabilité de notre modèle social

Article 27

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

② 1° À la première phrase du 6° du II de l'article L. 114-17-1, après le mot : « santé », sont insérés les mots : « , le centre de santé ou la société de téléconsultation » ;

③ 2° L'article L. 162-1-15 est ainsi modifié :

④ *a)* Au premier alinéa du I, les mots : « et après avis de la commission prévue à l'article L. 114-17-2, à laquelle participent des professionnels de santé » sont supprimés ;

⑤ *b)* Après le même I, il est inséré un même I *bis* ainsi rédigé :

⑥ « I *bis*. – Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut également, après que le centre de santé ou la société de téléconsultation mentionnée à l'article L. 4081-1 du code de la santé publique a été mis en mesure de présenter ses observations, subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical, pour une durée ne pouvant excéder six mois, le versement des indemnités journalières mentionnées à l'article L. 321-1 et au 2° de l'article L. 431-1 du présent code prescrites par les professionnels de santé exerçant au sein de ces structures, en cas de constatation par ce service :

⑦ « 1° Du non-respect des conditions prévues, respectivement, à l'article L. 321-1 et au 2° de l'article L. 431-1 ;

⑧ « 2° Ou d'un nombre ou d'une durée des arrêts de travail prescrits par les professionnels exerçant au sein du centre de santé ou de la société de téléconsultation et donnant lieu au versement d'indemnités journalières ou d'un nombre de tels arrêts de travail rapporté au nombre de patients pour lesquels au moins un acte ou une consultation a été facturé au cours de la période considérée significativement supérieurs aux données moyennes constatées pour les centres de santé ou les sociétés de téléconsultation ayant une activité comparable dans le ressort de la même agence régionale de santé ou au niveau national.

⑨ « Toutefois, en cas d'urgence attestée par le professionnel de santé prescripteur, l'accord préalable de l'organisme débiteur des prestations n'est pas requis pour le versement des indemnités journalières. » ;

⑩ *c)* Le II est ainsi modifié :

⑪ – à la première phrase, après le mot : « santé, », sont insérés les mots : « au centre de santé ou à la société de téléconsultation, » ;

⑫ – à la seconde phrase, les mots : « du professionnel de santé » sont supprimés et sont ajoutés les mots : « ou au I *bis* » ;

⑬ 3° L'article L. 315-1 est ainsi modifié :

⑭ *a)* Les trois derniers alinéas du II sont remplacés par cinq alinéas ainsi rédigés :

⑮ « Lorsqu'un contrôle effectué par un médecin à la demande de l'employeur, en application de l'article L. 1226-1 du code du travail, conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail ou de sa durée ou fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré, ce médecin transmet son rapport au service du contrôle médical de la caisse dans un délai de soixante-douze heures. Ce rapport précise si le médecin diligenté par l'employeur a ou non procédé à un examen médical de l'assuré.

⑯ « Si ce rapport conclut à l'absence de justification de l'arrêt de travail ou de sa durée, le médecin en informe également, dans le même délai, l'organisme local d'assurance maladie, qui suspend le versement des indemnités journalières. Cette suspension prend effet à la date à laquelle l'assuré a été informé de cette décision. Toutefois, dans le cas où le médecin diligenté par l'employeur a estimé que l'arrêt de travail est justifié pour une durée inférieure à celle fixée par le médecin prescripteur, la suspension prend effet à l'échéance de la durée retenue par le médecin diligenté par l'employeur.

⑰ « Le service du contrôle médical peut, au vu du rapport, décider de procéder à un nouvel examen de la situation de l'assuré. S'il décide de procéder à cet examen, il n'est pas fait application de la suspension du versement des indemnités journalières jusqu'à ce que ce service ait statué.

⑱ « Le service du contrôle médical peut en outre être saisi par l'assuré, qui en fait la demande à son organisme de prise en charge. Le délai dans lequel cette demande est effectuée ainsi que le délai dans lequel intervient le nouvel examen de la situation de l'assuré sont fixés par décret en Conseil d'État.

⑲ « Lorsque le rapport fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré, le service du contrôle médical ne peut demander la suspension du versement des indemnités journalières qu'après un nouvel examen de la situation de l'assuré. » ;

⑳ *b)* Il est ajouté un VIII ainsi rédigé :

㉑ « VIII. – Les missions du service du contrôle médical sont exercées par les praticiens conseils mentionnés à l'article L. 224-7 du présent code. Ceux-ci peuvent déléguer, sous leur responsabilité, la réalisation de certains actes et de certaines activités au personnel des échelons régionaux et locaux du contrôle médical disposant de la qualification nécessaire. Lorsque ces délégations concernent des auxiliaires médicaux, lesdites missions sont exercées dans la limite de leurs compétences prévues par le code de la santé publique. Lorsque, dans le cadre de ces délégations, des auxiliaires médicaux rendent des avis qui commandent l'attribution et le service de prestations, elles s'exercent dans le cadre d'un protocole écrit. » ;

㉒ 4° Le III de l'article L. 315-2 est ainsi modifié :

㉓ *a)* La troisième phrase est ainsi rédigée : « Lorsque le service du contrôle médical estime, à l'issue de l'examen d'un assuré, qu'une prescription d'arrêt de travail n'est pas ou n'est plus médicalement justifiée, l'intéressé en est directement informé. » ;

㉔ *b)* À l'avant-dernière phrase, les mots : « praticien-conseil » sont remplacés par les mots : « service du contrôle médical ».

㉕ II. – Le *a* du 2° du I s'applique à compter du 1er février 2024.

Article 27 *bis (nouveau)*

① I. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

② 1° Le *b* de l'article L. 732-4 est complété par les mots : « ou à une interruption de grossesse pratiquée pour motif médical prévue aux articles L. 2213-1 à L. 2213-5 du code de la santé publique » ;

③ 2° À la deuxième phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 781-21, après le mot : « aménorrhée », sont insérés les mots : « ou à une interruption de grossesse pratiquée pour motif médical prévue aux articles L. 2213-1 à L. 2213-5 du code de la santé publique ».

④ II. – À l'article L. 323-1-2 du code de la sécurité sociale, après le mot : « aménorrhée », sont insérés les mots : « ou à une interruption de grossesse pratiquée pour motif médical prévue aux articles L. 2213-1 à L. 2213-5 du code de la santé publique ».

⑤ III. – Le 7° du II de l'article 115 de la loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018 est complété par les mots : « ou à une interruption de grossesse pratiquée pour motif médical prévue aux articles L. 2213-1 à L. 2213-5 du code de la santé publique ».

⑥ IV. – Les I à III du présent article sont applicables aux arrêts de travail prescrits à compter d'une date prévue par décret, et au plus tard du 1er juillet 2024.

Article 28

① I. – Après le deuxième alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

② « Lors d'un acte de télémédecine, la prescription ou le renouvellement d'un arrêt de travail ne peut porter sur plus de trois jours ni avoir pour effet de porter à plus de trois jours la durée d'un arrêt de travail déjà en cours. Il n'est fait exception à cette règle que lorsque l'arrêt de travail est prescrit ou renouvelé par le médecin traitant ou en cas d'impossibilité, dûment justifiée par le patient, de consulter un médecin pour obtenir, par une prescription réalisée en sa présence, une prolongation de l'arrêt de travail. »

③ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

④ 1° L'article L. 160-8, dans sa rédaction résultant des articles 19 et 22 de la présente loi, est complété par un alinéa ainsi rédigé :

⑤ « Les produits, les prestations et les actes prescrits à l'occasion d'un acte de téléconsultation réalisé en application de l'article L. 6316-1 du code de la

santé publique ainsi que les prescriptions réalisées lors des télésoins mentionnés à l'article L. 6316-2 du même code ne sont couverts qu'à la condition d'avoir fait l'objet d'une communication orale, en vidéotransmission ou téléphonique, entre le prescripteur et le patient. » ;

⑥ 2° L'article L. 162-4-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

⑦ « La prolongation ne peut être réalisée par un acte de télémédecine que dans les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique. » ;

⑧ 3° À l'article L. 321-1, après la référence : « L. 162-4-1 », sont insérés les mots : « du présent code et au troisième alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique » ;

⑨ 4° L'article L. 433-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

⑩ « Les arrêts de travail prescrits en méconnaissance du troisième alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique ne peuvent ouvrir droit au versement de l'indemnité journalière au delà des trois premiers jours. »

Article 29

① I. – A. – À titre expérimental et pour une durée de deux ans à compter d'une date fixée par le décret mentionné au C du présent I, et au plus tard du 1er novembre 2024, par dérogation à l'article L. 5211-3-2 du code de la santé publique, le retraitement de certains dispositifs médicaux à usage unique, leur mise à disposition sur le marché et leur utilisation sont autorisés dans les conditions prévues au présent I.

② B. – Le règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux, modifiant la directive 2001/83/CE, le règlement (CE) n° 178/2002 et le règlement (CE) n° 1223/2009 et abrogeant les directives du Conseil 90/385/CEE et 93/42/CEE est applicable aux dispositifs médicaux à usage unique retraités mentionnés au A du présent I. Leur retraitement, leur mise à disposition sur le marché et leur utilisation peuvent faire l'objet des restrictions et interdictions mentionnées au paragraphe 9 de l'article 17 du règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 précité et, à ce titre, notamment, d'obligations renforcées en matière de traçabilité.

③ Seuls les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique désignés par arrêté du ministre chargé de la santé

peuvent participer à l'expérimentation mentionnée au A du présent I. Ces établissements ne peuvent utiliser des dispositifs médicaux à usage unique retraités que s'ils ont été achetés sur le marché ou retraités, pour leur compte, par une entreprise de retraitement externe. Ils ne sont pas autorisés à retraiter eux-mêmes les dispositifs médicaux à usage unique utilisés par eux.

④ Les personnes qui retraitent un dispositif médical à usage unique mentionnées au paragraphe 2 de l'article 17 du règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 précité peuvent être soumises à des obligations plus contraignantes que celles mentionnées dans le même règlement. En cas de retraitement par une entreprise de retraitement externe, pour le compte d'un établissement de santé, de dispositifs médicaux à usage unique utilisés par cet établissement, certaines obligations incombant aux fabricants mentionnées par ledit règlement peuvent être écartées, sous réserve du respect des conditions mentionnées au paragraphe 4 de l'article 17 du même règlement.

⑤ Aucun dispositif médical à usage unique retraité ne peut être utilisé sans l'information préalable du patient, qui peut s'y opposer.

⑥ C. – Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent I, notamment :

⑦ 1° Les dispositifs médicaux à usage unique qui peuvent être retraités ;

⑧ 2° Les restrictions et interdictions mentionnées aux premier et troisième alinéas du B ;

⑨ 3° Les modalités particulières applicables en matière d'information et d'opposition des patients à l'utilisation de dispositifs médicaux à usage unique retraités ;

⑩ 4° La méthodologie de l'expérimentation, ses objectifs et les modalités de sa conduite et de la rédaction du rapport mentionné au D.

⑪ D. – Au plus tard six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport d'évaluation de l'expérimentation afin notamment de déterminer l'opportunité et, le cas échéant, les conditions de sa pérennisation et de son extension.

⑫ II. – Après l'article L. 165-4-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 165-4-3 ainsi rédigé :

⑬ « *Art. L. 165-4-3.* – Lorsqu'un produit inscrit sur la liste prévue à l'article L. 165-1 présente des modèles, des références et des conditionnements qui ne sont pas adaptés à ses conditions de prescription ou à ses modalités d'utilisation ou est générateur de déchets de soins supplémentaires par rapport aux produits, aux actes ou aux prestations comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires, au regard notamment de l'avis de la commission mentionnée au même article L. 165-1, l'exploitant verse des remises.

⑭ « L'avis rendu par la commission mentionnée audit article L. 165-1 sur la demande d'inscription ou de renouvellement ou de modification de cette inscription précise dans quelle mesure les modèles, les références et les conditionnements du produit sont adaptés à ses conditions de prescription ou à ses modalités d'utilisation prévues. Il comprend, le cas échéant, des éléments relatifs à la quantité et à la typologie des déchets de soins supplémentaires produits.

⑮ « Le Comité économique des produits de santé détermine le montant des remises dues en appliquant au montant remboursé par l'assurance maladie sur la période en cause un taux fixé en fonction des éléments figurant dans l'avis mentionné au deuxième alinéa du présent article et, le cas échéant, de l'amélioration du service attendu ou rendu du produit, selon des critères fixés par arrêté des ministres chargé de la santé et de la sécurité sociale.

⑯ « L'exploitant concerné verse ces remises aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. »

Article 29 *bis (nouveau)*

① I. – Après le 6° de l'article L. 162-54 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 7° ainsi rédigé :

② « 7° D'une prise en charge antérieure au titre d'une inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1. »

③ II. – Pour l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-52 du code de la sécurité sociale de dispositifs ayant fait l'objet antérieurement d'une inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du même code, le certificat de conformité mentionné au dernier alinéa de l'article L. 162-52 dudit code peut être provisoire, permettant de différer la validation de conformité. Il est délivré à titre temporaire pour une durée maximale fixée par décret. La date de validité de ce certificat ne peut excéder le 1er juillet 2025.

④ III. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État.

Article 29 *ter (nouveau)*

① Le II de l'article L. 165-1-1-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

② « Par exception, les modalités définies au présent II ne s'appliquent pas lorsque l'exploitant contrôle le fournisseur ou est contrôlé par le fournisseur ou lorsque l'exploitant et le fournisseur sont contrôlés par les mêmes personnes, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce. »

Article 30

① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° À l'article L. 162-1-21, après la référence : « L. 861-3 », sont insérés les mots : « , et sous réserve du deuxième alinéa de l'article L. 322-5-1, » ;

③ 2° L'article L. 322-5 est ainsi modifié :

④ *a)* Après le premier alinéa, il est ainsi un alinéa ainsi rédigé :

⑤ « Lorsqu'un patient refuse le transport partagé que lui propose une entreprise de transport sanitaire ou une entreprise de taxi conventionnée, alors que son état de santé n'est pas incompatible avec une telle solution de transport et que la proposition répond à des conditions de mise en œuvre du transport tenant en particulier aux caractéristiques du trajet et à l'organisation de la prise en charge sur le lieu de soins, ses frais de transport sont pris en charge après application au prix facturé d'un coefficient de minoration. » ;

⑥ *b) (nouveau)* À la deuxième phrase du deuxième alinéa, après la seconde occurrence du mot : « secteur », sont insérés les mots : « , à l'exception de la facturation des transports partagés, » ;

⑦ 3° Après le premier alinéa de l'article L. 322-5-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

⑧ « Cette dispense d'avance des frais ne s'applique pas lorsque le patient refuse un transport partagé dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 322-5. » ;

⑨ 4° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 871-1, après la quatrième occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « ni la minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L. 322-5 ».

CHAPITRE III

Garantir et sécuriser l'accès des Français aux médicaments du quotidien et aux produits de santé innovants

Article 31

① I. – L'article L. 164-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

② « Le tarif de cession des produits mentionnés au 1° de l'article L. 1222-8 du code de la santé publique cédés pour une finalité transfusionnelle est déterminé en tenant compte du coût de revient de la collecte, de la qualification biologique, de la préparation, de la distribution, de la délivrance et du contrôle de la qualité desdits produits incombant à l'Établissement français du sang. »

③ II. – Les 3° et 4° de l'article L. 1222-8 du code de la santé publique sont ainsi rédigés :

④ « 3° Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie contribuant au financement de missions de service public assurées par l'établissement, ainsi que des surcoûts temporaires non couverts par les modalités d'ajustement des tarifs des activités liées aux produits sanguins labiles mentionnées au 1° du présent article. Le montant de cette dotation est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. La participation des organismes d'assurance maladie est versée et répartie entre les régimes.

⑤ « Les modalités d'application du présent 3° sont fixées par décret ;

⑥ « 4° Des produits divers, des dons et legs ainsi que des subventions de l'État, des collectivités publiques et de leurs établissements publics ; ».

Article 32

① I. – L'article L. 5121-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

② 1° Le 2° est ainsi modifié :

③ *a)* Au *a*, après le mot : « stock », sont insérés les mots : « ou d'arrêt de commercialisation » ;

④ *b)* Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

⑤ « À titre dérogatoire, afin de répondre à l'ensemble des besoins nationaux, le ministre chargé de la santé peut autoriser par arrêté la dispensation par les pharmacies d'officine de ces préparations hospitalières spéciales ; »

⑥ 2° Le 3° est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

⑦ « Un décret en Conseil d'État détermine les conditions dans lesquelles, à titre exceptionnel et temporaire, pour faire face à une rupture de stock d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur ou à l'arrêt de sa commercialisation ou pour faire face à une menace ou à une crise sanitaire grave et pour garantir la qualité et la sécurité d'utilisation des produits, le ministre chargé de la santé autorise par arrêté la réalisation, par les officines disposant de l'autorisation mentionnée au second alinéa de l'article L. 5125-1-1, pour leur propre compte ou pour le compte d'une autre officine dans les conditions prévues au même second alinéa, de préparations officinales spéciales. Ces préparations respectent les exigences suivantes :

⑧ « *a)* Être soumises à prescription médicale ;

⑨ « *b)* Être réalisées selon une monographie publiée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;

⑩ « *c)* Être préparées à partir d'une matière première à usage pharmaceutique fournie par l'établissement pharmaceutique d'un établissement de santé défini à l'article L. 5124-9 ; ».

⑪ II. – Après l'article L. 162-16-4-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-16-4-5 ainsi rédigé :

⑫ « *Art. L. 162-16-4-5.* – Les prix de cession, couvrant les frais de la réalisation et de la dispensation en officine, des préparations hospitalières spéciales mentionnées au deuxième alinéa du 2° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, lorsqu'elles font l'objet d'une dispensation en officine, et des préparations officinales spéciales mentionnées au deuxième alinéa du 3° du même article L. 5121-1, sont fixés par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »

Article 33

① Le code de la santé publique est ainsi modifié :

② 1° L'article L. 5121-29 est ainsi modifié :

③ *a)* Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

④ *b)* À la seconde phrase du dernier alinéa, après le mot : « difficulté », sont insérés les mots : « , toute rupture ou tout risque de rupture » ;

⑤ *c)* Il est ajouté un II ainsi rédigé :

⑥ « II. – La rupture d'approvisionnement se définit comme l'incapacité pour une pharmacie d'officine ou une pharmacie à usage intérieur de dispenser un médicament à un patient dans un délai donné, qui peut être réduit à l'initiative du pharmacien lorsque la poursuite optimale du traitement l'impose. Ce délai et les diligences que le pharmacien doit accomplir pour dispenser le médicament sont définis par décret en Conseil d'État. » ;

⑦ 2° Après l'article L. 5121-33, sont insérés des articles L. 5121-33-1 à L. 5121-33-3 ainsi rédigés :

⑧ « *Art. L. 5121-33-1*. – En cas de rupture d'approvisionnement, un arrêté du ministre chargé de la santé peut rendre obligatoire le recours à l'ordonnance de dispensation conditionnelle, dans les conditions prévues aux articles L. 5121-12-1-1 et L. 5121-20, ou la délivrance de médicaments à l'unité, dans les conditions prévues à l'article L. 5123-8. Par arrêté du même ministre, il est mis fin sans délai à ces mesures lorsqu'elles ne sont plus nécessaires.

⑨ « L'arrêté mentionné au premier alinéa du présent article précise les médicaments concernés parmi ceux identifiés en application du 15° de l'article L. 5121-20 ou ceux mentionnés sur la liste établie en application du second alinéa de l'article L. 5123-8.

⑩ « *Art. L. 5121-33-2*. – En cas de rupture d'approvisionnement de certains médicaments, le ministre chargé de la santé peut, par arrêté, en limiter ou en interdire la prescription par un acte de télémédecine. Par arrêté du même ministre, il est mis fin sans délai à ces mesures lorsqu'elles ne sont plus nécessaires.

⑪ « *Art. L. 5121-33-3 (nouveau).* – En cas de rupture ou de risque de rupture d'approvisionnement d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur ou d'un vaccin mentionné au *b* du 6° de l'article L. 5121-1, le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

peut, après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, prendre toutes les mesures de police sanitaire nécessaires pour garantir un approvisionnement approprié et continu par les titulaires et les exploitants d'autorisations de mise sur le marché. » ;

⑫ 3° *(nouveau)* L'article L. 5423-9 est complété par un 9° ainsi rédigé :

⑬ « 9° Le fait, pour le titulaire ou l'exploitant d'une autorisation de mise sur le marché d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur ou d'un vaccin mentionné au *b* du 6° de l'article L. 5121-1, de ne pas mettre en œuvre les mesures prises par le directeur général de l'agence en application de l'article L. 5121-33-3. »

Article 34

① L'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° La deuxième phrase du I est ainsi modifiée :

③ *a)* Les mots : « pour les actes innovants » sont supprimés ;

④ *b)* Sont ajoutés les mots : « , dans la limite de dix-huit mois » ;

⑤ 2° À la fin de la dernière phrase du premier alinéa du II et à la seconde phrase du second alinéa du III, les mots : « , renouvelable une fois pour les évaluations complexes » sont supprimés ;

⑥ 3° Le second alinéa du II est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

⑦ « Peuvent proposer à la Haute Autorité de santé de s'autosaisir de l'évaluation du service attendu ou du service rendu d'un acte ou d'une prestation, selon des modalités définies par voie réglementaire :

⑧ « 1° Les conseils nationaux professionnels mentionnés à l'article L. 4021-3 du code de la santé publique ;

⑨ « 2° Les associations d'usagers agréées au titre de l'article L. 1114-1 du même code ;

⑩ « 3° L'exploitant, au sens du I de l'article L. 165-1-1-1 du présent code, d'un produit de santé mentionné aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique, lorsque ce produit est, d'une part, porteur de l'action thérapeutique ou diagnostique de l'acte à évaluer et, d'autre part, à usage collectif. »

Article 34 *bis (nouveau)*

① L'avant-dernier alinéa du C du V de l'article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

② « Les prescripteurs recueillent les données de suivi des patients traités, selon des modalités définies par décret. Ces données sont transmises, dans des conditions assurant le respect du secret médical, au Comité économique des produits de santé ainsi qu'à l'entreprise titulaire des droits d'exploitation, à l'entreprise assurant l'importation parallèle ou à l'entreprise assurant la distribution parallèle du médicament. L'entreprise titulaire des droits d'exploitation, l'entreprise assurant l'importation parallèle ou l'entreprise assurant la distribution parallèle du médicament participe en tout ou partie au financement du recueil des données. »

Article 35

① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

② 1° L'article L. 5121-12 est ainsi modifié :

③ *a)* Le 3° du I est complété par les mots : « et, s'agissant d'un vaccin, au vu des recommandations vaccinales émises par la Haute Autorité de santé » ;

④ *b)* Le IV est ainsi modifié :

⑤ – après le mot : « du », la fin de la première phrase du premier alinéa est ainsi rédigée : « médicament : » ;

⑥ – la seconde phrase du même alinéa est supprimée ;

⑦ – après ledit premier alinéa, sont insérés des 1° et 2° ainsi rédigés :

⑧ « 1° D'un engagement d'approvisionnement approprié et continu du marché national, de manière à couvrir les besoins des patients en France, dans les conditions prévues au chapitre I^{er} *quater* du présent titre ;

⑨ « 2° 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 et qu'aucun avis favorable n'a été émis par le comité des médicaments à usage humain de l'Agence européenne des médicaments. » ;

⑩ 2° Le VIII de l'article L. 5121-12-1 est complété par un 3° ainsi rédigé :

⑪ « 3° Le refus opposé à une demande d'autorisation d'accès précoce, dans une indication considérée, sur le seul fondement du 4° du I de l'article L. 5121-12 ne fait pas obstacle à l'octroi d'une autorisation d'accès compassionnel délivrée dans les conditions prévues au premier alinéa du II du présent article dans cette indication. »

⑫ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

⑬ 1° L'article L. 162-16-5-1-1 est ainsi modifié :

⑭ *a)* Après le 4° du B du II, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

⑮ « 5° En cas de manquement à l'engagement d'approvisionnement mentionné au IV de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, après que le laboratoire exploitant a été mis en mesure de présenter ses observations. » ;

⑯ *b)* Le V devient le VI ;

⑰ *c)* Le V est ainsi rétabli :

⑱ « V. – Pour l'application des III et IV du présent article dans le cas d'une prise en charge temporaire en application de l'article L. 162-16-5-1-2 faisant suite à une prise en charge en application du présent article, le montant de la restitution ou de la remise supplémentaire est calculé et appliqué à la fin de la prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-2, en prenant en compte l'ensemble des périodes de prise en charge. » ;

⑲ 2° Après le même article L. 162-16-5-1-1, il est inséré un article L. 162-16-5-1-2 ainsi rédigé :

⑳ « *Art. L. 162-16-5-1-2.* – I. – Les spécialités dont la prise en charge au titre de l'autorisation d'accès précoce a pris fin pour le motif mentionné au A du II de l'article L. 162-16-5-1 peuvent, pour chaque indication thérapeutique considérée, lorsque les conditions mentionnées au II du présent article sont remplies, bénéficier du régime temporaire de prise en charge prévu au présent article.

㉑ « II. – Les spécialités mentionnées au I remplissent les conditions suivantes :

㉒ « 1° Être classées dans une catégorie, définie par voie réglementaire, de médicaments réservés à un usage hospitalier ;

㉓ « 2° Ne pas être prises en charge au titre de la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 dans les indications considérées ;

㉔ « 3° Avoir fait l'objet d'un avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique qui :

㉕ « *a)* Reconnaît à la spécialité, dans les indications considérées, un niveau de service médical rendu et une amélioration du service médical rendu au moins égaux à un niveau fixé par décret ;

㉖ « *b)* Estime que le plan de développement de la spécialité proposé par l'entreprise exploitante est de nature à fournir les données permettant d'actualiser son évaluation, atteste l'existence de ce plan de développement et fixe le délai dans lequel les données doivent être fournies par l'entreprise exploitante.

㉗ « III. – Durant la période temporaire mentionnée au I du présent article :

㉘ « 1° La prise en charge s'effectue sur la base d'une indemnité fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Cette indemnité est déterminée en fonction du prix ou du tarif le plus bas existant dans d'autres États européens présentant une taille totale de marché comparable, déterminés par décret.

㉙ « À défaut d'un prix ou d'un tarif connu en application du premier alinéa du présent 1°, l'indemnité est déterminée sur la base du premier montant déclaré de l'indemnité mentionnée au I de l'article L. 162-16-5-1-1.

㉚ « À l'indemnité déterminée selon les modalités prévues aux premier ou deuxième alinéas du présent 1° est appliquée une décote, fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, qui tient compte de l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique. L'arrêté détermine les éléments à prendre en compte pour la fixation de cette décote, notamment le délai fixé par la commission en application du *b* du 3° du II du présent article ;

㉛ « 2° Les obligations prévues au second alinéa du I de l'article L. 162-16-5-1-1 s'appliquent aux spécialités mentionnées au présent article.

㉜ « IV. – A. – Pour chaque indication d'une spécialité faisant l'objet d'une prise en charge au titre du I du présent article, le titulaire de l'autorisation prévue au présent article est soumis au mécanisme de reversement ainsi qu'au mécanisme de remise supplémentaire prévus respectivement au A du II et au III de l'article L. 162-16-5-1-1.

㉝ « B. – Les taux des remises mentionnées au A du présent IV font l'objet de majorations, reconductibles le cas échéant chaque année :

㉞ « 1° À compter de la deuxième année de l'autorisation délivrée en application du présent article ;

㉟ « 2° En cas de dépassement du délai prévu dans l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique ;

㊱ « 3° En l'absence de signature d'une convention fixant le tarif, sur la base du nouvel avis de la commission mentionnée au même article L. 5123-3, dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la demande d'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code.

㊲ « Les majorations mentionnées au présent B, qui sont reconductibles chaque année, sont fixées de sorte qu'une part minimale du chiffre d'affaires ne puisse être soumise à reversement.

㊳ « V. – Pour chaque indication considérée, la prise en charge temporaire mentionnée au I est accordée par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sur demande de l'entreprise assurant l'exploitation du médicament.

㊴ « VI. – Le recueil des données mentionné au IV de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique se poursuit pendant la prise en charge temporaire prévue au présent article, à la charge de l'entreprise qui assure l'exploitation de la spécialité.

㊵ « VII. – Pour chaque indication considérée, il est mis fin à la prise en charge mentionnée au I du présent article :

㊶ « 1° Lors de l'inscription de la spécialité sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code ;

㊷ « 2° Par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale au vu d'un nouvel avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique ne permettant pas une inscription sur la liste mentionnée au 1° du présent VII ;

㊸ « 3° En cas de retrait de l'autorisation de mise sur le marché, de radiation de la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou d'absence ou de retrait de demande d'inscription sur la liste mentionnée au 1° du présent VII ;

(44) « 4° Au delà d'une durée fixée par décret, qui ne peut être supérieure à trois ans.

(45) « VIII. – Le IV de l'article L. 162-16-5-1-1 est applicable aux spécialités prises en charge au titre du présent article.

(46) « IX. – Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article. » ;

(47) 3° À la première phrase de l'article L. 162-16-5-3, après le mot : « indications », sont insérés les mots : « ou bénéficiant d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-2 pour au moins l'une de ses indications » ;

(48) 4° À l'article L. 162-22-7-3, après la référence : « L. 162-16-5-1 », est insérée la référence : « , L. 162-16-5-1-2 » ;

(49) 5° Le IV de l'article L. 162-18 est ainsi modifié :

(50) *a)* À la première phrase du premier alinéa, après les mots : « présent code », sont insérés les mots : « ou ayant bénéficié de ces dispositifs puis de la prise en charge mentionnée à l'article L. 162-16-5-1-2 » ;

(51) *b)* À la dernière phrase du deuxième alinéa, les mots : « de l'article L. 162-16-5-2 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 162-16-5-2 et L. 162-16-5-1-2 ».

Article 36

(1) Le code de la santé publique est ainsi modifié :

(2) A. – L'article L. 5124-6 est ainsi modifié :

(3) 1° Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

(4) 2° Il est ajouté un II ainsi rédigé :

(5) « II. – Quand la décision de suspendre ou de cesser la commercialisation concerne un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 ne faisant plus l'objet d'une protection au titre des droits de la propriété intellectuelle ou industrielle, l'entreprise pharmaceutique qui l'exploite précise, dans la déclaration qu'elle transmet à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en application du I du présent article, les incidences prévisibles de la suspension ou de la cessation de la commercialisation sur la population française.

⑥ « Si les alternatives thérapeutiques disponibles ne permettent pas de couvrir le besoin de manière pérenne, l'agence en informe le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché, à qui il incombe de rechercher une entreprise pharmaceutique pour assurer la reprise effective de l'exploitation du médicament. À cette fin :

⑦ « 1° Le titulaire de l'autorisation informe, par tout moyen, les entreprises pharmaceutiques susceptibles de reprendre la commercialisation du médicament de son intention de concéder l'exploitation ou de transférer l'autorisation de mise sur le marché du médicament concerné ;

⑧ « 2° Le titulaire de l'autorisation répond de façon motivée à chaque offre reçue ;

⑨ « 3° Le titulaire de l'autorisation ainsi que, le cas échéant et sur demande de celui-ci, l'entreprise pharmaceutique exploitant le médicament donnent accès à toutes les informations nécessaires aux entreprises candidates à la reprise de la commercialisation du médicament, exceptées les informations dont la communication est de nature à porter atteinte aux intérêts de l'entreprise. Les entreprises candidates à la reprise de la commercialisation sont tenues à la confidentialité.

⑩ « Dès qu'il envisage de retenir une offre de reprise, et hors ce cas au plus tard neuf mois après la réception de l'information transmise par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en application du deuxième alinéa du présent II, le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché remet à l'agence un rapport indiquant les actions engagées pour rechercher un repreneur, les offres reçues ainsi que, pour chacune, les raisons qui l'ont conduit à l'accepter ou la refuser. Ce rapport comprend une analyse de la capacité d'approvisionnement de l'entreprise candidate. Cette capacité peut être appréciée en prenant en compte la localisation des sites de production.

⑪ « En cas d'absence de repreneur à la remise du rapport ou, au plus tard, au terme du délai de neuf mois mentionné à l'avant-dernier alinéa du présent II, si le besoin ne peut être couvert de manière pérenne et si l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé le demande, le titulaire de l'autorisation de mise sur marché concède à titre gracieux à un établissement pharmaceutique détenu par une personne morale de droit public l'exploitation et la fabrication du médicament pour le marché français, pour une durée de deux ans reconductible. L'agence transmet à cet établissement pharmaceutique les informations contenues dans le dossier d'autorisation de mise sur le marché. La concession peut prendre fin de manière anticipée, sur

décision de l'agence, si une entreprise met sur le marché français le même médicament ou un médicament similaire dans des conditions permettant de couvrir le besoin de manière pérenne. » ;

⑫ B. – L'article L. 5124-18 est complété par un 16° ainsi rédigé :

⑬ « 16° Les modalités d'application du II de l'article L. 5124-6. » ;

⑭ C. – L'article L. 5423-9 est ainsi modifié :

⑮ 1° Aux 2°, 3° et 4°, après le mot : « alinéa », sont insérés les mots : « du I » ;

⑯ 2° Il est ajouté un 8° ainsi rédigé :

⑰ « 8° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 ne faisant plus l'objet d'une protection au titre des droits de la propriété intellectuelle ou industrielle, quand l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé l'informe que les alternatives disponibles ne permettent pas de couvrir le besoin de manière pérenne, de ne pas mettre en œuvre les obligations prévues au II de l'article L. 5124-6 ; »

⑱ D. – Au second alinéa du II de l'article L. 5471-1, la première occurrence du mot : « à » est remplacée par les mots : « aux 1° à 7° de ; »

⑲ E. – Avant le dernier alinéa de l'article L. 5312-4-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

⑳ « Par dérogation au cinquième alinéa du présent article, la sanction financière mentionnée au 8° de l'article L. 5423-9 est versée à la Caisse nationale de l'assurance maladie. » ;

㉑ F. – Le troisième alinéa de l'article L. 5121-31 est complété par une phrase ainsi rédigée : « L'agence peut, après une procédure contradictoire, compléter cette liste si un médicament d'intérêt thérapeutique majeur n'y figure pas. »

Article 36 *bis (nouveau)*

① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

② 1° Le 4° de l'article L. 5121-1 est ainsi rétabli :

③ « 4° Médicament à base de cannabis, tout médicament dont la substance active est composée d'une préparation à base de *cannabis sativa L.* dont un extrait, fabriqué selon les bonnes pratiques de fabrication prévues à l'article L. 5121-5 ou selon tout référentiel équivalent reconnu au niveau international par des établissements mentionnés à l'article L. 5124-1, et répondant aux spécifications fixées par un arrêté du ministre chargé de la santé pris sur proposition du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Ces spécifications portent notamment sur les caractéristiques, la composition et la forme pharmaceutique du médicament. Cet arrêté limite en outre le champ d'utilisation des médicaments à base de cannabis à certaines indications thérapeutiques ou situations cliniques pour lesquelles l'efficacité et le profil de sécurité sont présumés favorables sur la base des données disponibles.

④ « Ces médicaments font l'objet d'une autorisation d'utilisation pour une période temporaire, délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans le champ mentionné au premier alinéa du présent 4°, dans les conditions fixées à l'article L. 5121-15. Ces médicaments sont prescrits dans le respect de cette autorisation en vue de répondre aux besoins spéciaux d'un patient déterminé, en l'absence d'une spécialité pharmaceutique disponible et adaptée, y compris du fait de l'absence de commercialisation effective, disposant dans l'indication thérapeutique considérée d'une autorisation de mise sur le marché, de l'une des autorisations ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-9-1, L. 5121-12 et L. 5121-12-1, d'une autorisation d'importation parallèle ou d'une autorisation d'importation délivrée à un établissement pharmaceutique dans le cadre d'une rupture de stock d'un médicament ; »

⑤ 2° Au premier alinéa de l'article L. 5121-8-1, les mots : « l'autorisation prévue à l'article L. 5121-8 » sont remplacés par les mots : « l'une des autorisations prévues aux articles L. 5121-8 ou L. 5121-15 » ;

⑥ 3° Après l'article L. 5121-14-2, il est inséré un article L. 5121-14-2-1 ainsi rédigé :

⑦ « *Art. L. 5121-14-2-1.* – I. – Sans préjudice des décisions de modification, de suspension ou de retrait de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-15, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut, dans l'intérêt de la santé publique, retirer du marché les médicaments à base de cannabis définis au 4° de l'article L. 5121-1, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État, notamment pour l'un des motifs suivants :

⑧ « 1° Le médicament n'a pas la composition qualitative et quantitative déclarée ;

⑨ « 2° Les contrôles sur le médicament ou sur les composants et les produits intermédiaires de la fabrication n'ont pas été effectués ou une autre exigence ou obligation relative à l'octroi de l'autorisation de fabrication n'a pas été respectée.

⑩ « II. – L'agence peut limiter le retrait du marché aux seuls lots de fabrication le nécessitant.

⑪ « Pour un médicament qui a été retiré du marché, l'agence peut, dans des circonstances exceptionnelles et pour une période transitoire, autoriser la délivrance du médicament à des patients qui sont déjà traités avec lui, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État.

⑫ « III. – La décision prévue au I du présent article est rendue publique sans délai, aux frais du titulaire de l'autorisation, par tous moyens permettant une large diffusion auprès du grand public et des professionnels et des établissements de santé. Le refus de prendre cette décision est également rendu public, dans les mêmes conditions, aux frais de l'agence. » ;

⑬ 4° L'article L. 5121-14-3 est ainsi modifié :

⑭ *a)* Le premier alinéa est ainsi modifié :

⑮ – les mots : « une spécialité pharmaceutique » sont remplacés par les mots : « un médicament » ;

⑯ – les mots : « cette dernière » sont remplacés par les mots : « ce dernier » ;

⑰ – les mots : « la spécialité soit prescrite » sont remplacés par les mots : « le médicament soit prescrit » ;

⑱ – sont ajoutés les mots : « ou de son autorisation mentionnée à l'article L. 5121-15 » ;

⑲ *b)* Au second alinéa, les mots : « cette spécialité » sont remplacés par les mots : « ce médicament » ;

⑳ 5° L'article L. 5121-15 est ainsi rétabli :

㉑ « *Art. L. 5121-15.* – Les médicaments à base de cannabis mentionnés au 4° de l'article L. 5121-1 font l'objet d'une autorisation d'utilisation pour

une période temporaire par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

㉒ « L'autorisation est délivrée pour une durée de cinq ans. Elle est ensuite renouvelable par périodes quinquennales. Elle est assortie de l'obligation de mise en place par le titulaire de l'autorisation d'un recueil des données de suivi des patients traités, dont les modalités sont fixées par décision du directeur général de l'agence. Le financement de ce recueil est à la charge du titulaire. Les données recueillies font l'objet d'une synthèse annuelle transmise à l'agence par le titulaire.

㉓ « L'autorisation peut être assortie de conditions appropriées, notamment l'obligation de réaliser des études de sécurité ou d'efficacité post-autorisation.

㉔ « L'autorisation ne peut être délivrée qu'à un demandeur établi dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

㉕ « L'autorisation est refusée lorsqu'il apparaît que l'indication sollicitée ne figure pas dans l'arrêté mentionné au 4° de l'article L. 5121-1, que l'évaluation des effets thérapeutiques présumés du médicament au regard des risques pour la santé du patient ou la santé publique liés à sa qualité ou à sa sécurité n'est pas considérée comme favorable ou que le médicament n'a pas la composition qualitative et quantitative déclarée.

㉖ « L'autorisation est également refusée lorsque la documentation et les renseignements fournis ne sont pas conformes au dossier qui doit être présenté à l'appui de la demande.

㉗ « L'autorisation est suspendue, retirée ou modifiée notamment pour l'un des motifs suivants :

㉘ « 1° Le médicament est nocif ;

㉙ « 2° Le rapport entre les bénéfices et les risques n'est pas présumé favorable ;

㉚ « 3° Le médicament n'a pas la composition qualitative et quantitative déclarée ;

㉛ « 4° Le titulaire de l'autorisation temporaire ne respecte pas les obligations qui lui sont imposées en application des articles L. 5121-8-1 et L. 5121-24.

(32) « La suspension, le retrait ou la modification de l'autorisation temporaire sont rendus publics sans délai, aux frais du titulaire ou du demandeur de l'autorisation, par tous moyens permettant une large diffusion auprès du grand public et des professionnels et établissements de santé. » ;

(33) 6° L'article L. 5121-16 est ainsi rétabli :

(34) « *Art. L. 5121-16.* – Les mesures prises par le titulaire de l'autorisation temporaire mentionnée à l'article L. 5121-15 pour diffuser aux professionnels de santé toute information relative à cette autorisation ne doivent pas constituer une publicité au sens de l'article L. 5122-1.

(35) « Ces mesures sont conformes aux conditions fixées par décision du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. » ;

(36) 7° L'article L. 5121-20 est complété par un 20° ainsi rédigé :

(37) « 20° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir l'autorisation temporaire mentionnée à l'article L. 5121-15 relative aux médicaments mentionnés au 4° de l'article L. 5121-1, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, les conditions dans lesquelles interviennent les décisions accordant, refusant, modifiant, renouvelant, suspendant, supprimant ou retirant ces autorisations et, après la délivrance de l'autorisation, les modalités de son actualisation ainsi que les règles applicables en cas de changement du titulaire de l'autorisation. » ;

(38) 8° À l'article L. 5124-5, après la référence : « L. 5121-8 », sont insérés les mots : « ou à l'autorisation temporaire mentionnée à l'article L. 5121-15 » ;

(39) 9° L'avant-dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 5124-6 est complétée par les mots : « ou à l'article L. 5121-15 » ;

(40) 10° Le deuxième alinéa de l'article L. 5124-13 est ainsi modifié :

(41) *a)* À la première phrase, après la référence : « L. 5121-1 », sont insérés les mots : « ou l'autorisation prévue à l'article L. 5121-15 » ;

(42) *b)* À la seconde phrase, les mots : « à l'article L. 1123-8 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 1123-8, L. 1124-1, L. 1125-1 et L. 1126-1 » ;

(43) 11° L'article L. 5421-6-3 est ainsi rétabli :

(44) « *Art. L. 5421-6-3*. – I. – Le fait de fabriquer, de commercialiser, de réaliser l'activité de courtage ou de distribuer à titre gratuit ou onéreux, en

gros ou en détail, un médicament défini au 4° de l'article L. 5121-1 sans avoir obtenu l'autorisation mentionnée au même article L. 5121-1 est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 375 000 euros d'amende.

(45) « II. – Est puni des mêmes peines le fait de réaliser, de faire réaliser, de diffuser ou de faire diffuser une publicité sur un médicament à base de cannabis défini au 4° de l'article L. 5121-1 au public ou de diffuser ou de faire diffuser une information aux professionnels de santé sans respecter le cadre fixé par la décision du directeur général de l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé prévue à l'article L. 5121-16.

(46) « III. – Les peines prévues aux I et II du présent article sont portées à sept ans d'emprisonnement et à 750 000 € d'amende lorsque les délits prévus aux mêmes I et II :

(47) « 1° Sont de nature à entraîner un risque grave pour la santé de l'homme ;

(48) « 2° Ont été commis en bande organisée ;

(49) « 3° Ont été commis sur un réseau de télécommunication à destination d'un public non déterminé ;

(50) « 4° Ont été commis par des établissements pharmaceutiques autorisés conformément à l'article L. 5124-3, par des courtiers déclarés conformément à l'article L. 5124-20, par des pharmaciens d'officine titulaires de la licence mentionnée à l'article L. 5125-4 ou par des pharmacies à usage intérieur mentionnés à l'article L. 5126-5. » ;

(51) 12° À la première phrase du 5° de l'article L. 5421-8, après le mot : « marché », sont insérés les mots : « ou de l'autorisation temporaire mentionnée à l'article L. 5121-15 » ;

(52) 13° L'article L. 5422-18 est complété par un 10° ainsi rédigé :

(53) « 10° Toute diffusion d'une information relative à l'autorisation temporaire mentionnée à l'article L. 5121-15 au public ou toute diffusion de l'information aux professionnels de santé sans respecter le cadre fixé par la décision du directeur général de l'agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé prévue à l'article L. 5121-16. »

(54) II. – Après l'article L. 162-17-2-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-17-2-4 ainsi rédigé :

(55) « *Art. L. 162-17-2-4*. – Les règles de prise en charge par l'assurance maladie des médicaments à base de cannabis mentionnés au 4° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique et autorisés en application de l'article L. 5121-15 du même code sont définies par décret en Conseil d'État.

(56) « Ce décret précise notamment la procédure et les modalités d'évaluation ou de réévaluation de ces médicaments, en particulier les indications médicales à évaluer, par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 dudit code ainsi que les conditions dans lesquelles ces médicaments peuvent, le cas échéant, être pris en charge par l'assurance maladie.

(57) « L'éventuelle prise en charge ou le remboursement des médicaments à base de cannabis mentionnés au 4° de l'article L. 5121-1 du même code et autorisés en application de l'article L. 5121-15 du même code est établie par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

(58) « Cet arrêté fixe le prix auquel le fabricant vend ces médicaments à base de cannabis aux officines ou aux établissements de santé. Ce prix est fonction des caractéristiques, de la composition, et de la forme pharmaceutique de ces médicaments à base de cannabis. Ce prix est déterminé en fonction des prix ou des tarifs européens présentant une taille totale de marché comparable déterminés par décret. Ce prix ne peut être supérieur aux prix fixés pour une spécialité comparable ou à même visée thérapeutique en application du L. 162-16-4 du présent code. »

(59) III. – L'article 43 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 est ainsi modifié :

(60) 1° Au I, les mots : « pour une durée de trois ans » sont remplacés par les mots : « jusqu'à ce qu'un médicament soit autorisé dans les conditions prévues à l'article L. 5121-15 du code de la santé publique et disponible, et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2024 » ;

(61) 2° Le II est ainsi modifié :

(62) *a)* À la seconde phrase, les mots : « les conditions de prise en charge, » sont supprimés ;

(63) *b)* Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « À compter du 26 mars 2024 et jusqu'à ce qu'un médicament soit autorisé conformément à l'article L. 5121-15 du même code et disponible, et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2024, par dérogation à l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale, les modalités de prise en charge par l'assurance maladie de ces médicaments sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale,

selon les modalités définies au dernier alinéa de l'article L. 162-17-2-4 du code de la sécurité sociale. » ;

64 3° Le III est abrogé.

CHAPITRE IV

Renforcer les politiques de soutien à l'autonomie

Article 37

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

2 1° L'article L. 232-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

3 « Par dérogation au premier alinéa, la sous-section 2 de la présente section n'est pas applicable aux personnes hébergées dans un établissement mentionné aux I, II et IV *bis* de l'article L. 313-12 situé dans un département mettant en œuvre le régime adapté de financement mentionné à l'article L. 314-15. » ;

4 2° Le chapitre IV du titre I^er^ du livre III est complété par une section 5 ainsi rédigée :

5 *« Section 5*

6 ***« Régime adapté de financement de certains établissements***

7 « *Art. L. 314-15.* – I. – Les départements peuvent opter, par délibération de leur assemblée délibérante, pour un régime adapté de financement des établissements mentionnés aux I, II et IV *bis* de l'article L. 313-12.

8 « Le présent chapitre est applicable à ces établissements, sous réserve des adaptations prévues à la présente section.

9 « II. – Le régime adapté de financement est applicable à compter de l'exercice qui suit l'année au cours de laquelle la délibération mentionnée au I du présent article est transmise au représentant de l'État, si cette transmission a lieu au plus tard le 31 janvier.

10 « Lorsque la délibération est transmise après cette date, le régime adapté de financement est applicable à compter de l'exercice suivant celui mentionné au premier alinéa du présent II.

⑪ « III. – Un décret fixe la liste des départements ayant choisi le régime adapté de financement.

⑫ « *Art. L. 314-16.* – I. – Dans les départements ayant opté pour le régime adapté de financement, pour les établissements mentionnés au I de l'article L. 314-15, les charges couvertes par les forfaits globaux mentionnés aux 1° et 2° du I de l'article L. 314-2 sont, par dérogation aux mêmes 1° et 2°, financées par un forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État.

⑬ « Ce forfait global unique prend en compte notamment le niveau de dépendance moyen et les besoins en soins requis des résidents de ces établissements, dans les conditions prévues à l'article L. 314-9, validés au plus tard le 30 juin de l'année précédente. Ce forfait global unique peut en outre :

⑭ « 1° Inclure des financements complémentaires relatifs notamment à des modalités d'accueil particulières ou à la mission de centre de ressources territorial mentionnée à l'article L. 313-12-3, définis dans le contrat prévu au IV *ter* de l'article L. 313-12 ;

⑮ « 2° Tenir compte de l'activité réalisée, de l'atteinte des objectifs du contrat mentionné au même IV *ter* et de l'existence de surcoûts liés au lieu d'implantation de l'établissement ou du service ;

⑯ « 3° Financer des actions de prévention ou des mesures de revalorisation salariale des personnels dont les rémunérations sont financées, en tout ou partie, par les tarifs journaliers afférents à l'hébergement mentionnés au 3° du I de l'article L. 314-2.

⑰ « II. – Le directeur général de l'agence régionale de santé fixe chaque année le montant du forfait global unique mentionné au I du présent article.

⑱ « *Art. L. 314-17.* – Par dérogation au II de l'article L. 314-2, le forfait global unique mentionné à l'article L. 314-16 est fixé, pour les établissements nouvellement créés, en prenant en compte le niveau de dépendance moyen national des résidents et la moyenne nationale des besoins en soins requis, fixés annuellement par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

⑲ « *Art. L. 314-18.* – *(Supprimé)*

⑳ « *Art. L. 314-19.* – I. – Les résidents acquittent, au titre de la prise en charge de leur perte d'autonomie, une participation journalière aux dépenses

d'entretien de l'autonomie dont les modalités de détermination et de mise en œuvre sont fixées par décret.

㉑ « II. – Il est garanti aux personnes accueillies dans les établissements mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 232-8 habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale, un montant minimal, fixé par décret, laissé à leur disposition après le paiement des prestations à leur charge mentionnées au 3° du I de l'article L. 314-2 et au I de l'article L. 314-16.

㉒ « La participation mentionnée au I du présent article peut être prise en charge par l'aide sociale prévue à l'article L. 231-4, dans les conditions prévues au livre Ier.

㉓ « *Art. L. 314-20.* – Le forfait global unique mentionné au I de l'article L. 314-16 est versé par l'organisme payeur de l'assurance maladie en tenant compte des participations forfaitaires mentionnées à l'article L. 314-19.

㉔ « *Art. L. 314-21.* – Le II de l'article L. 232-8 est applicable aux départements ayant opté pour le régime adapté de financement, à l'égard des personnes qui sont à leur charge en application de l'article L. 122-1, lorsque celles-ci résident dans un établissement situé dans un département qui n'a pas opté pour le régime adapté de financement.

㉕ « Les versements effectués en application du premier alinéa du présent article sont intégralement remboursés aux départements ayant opté pour le régime adapté de financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, selon des modalités définies par décret.

㉖ « *Art. L. 314-22.* – Dans les départements ayant opté pour le régime adapté de financement et par dérogation au IV *ter* de l'article L. 313-12, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des établissements mentionnés à l'article L. 342-1 n'est conclu qu'avec le directeur général de l'agence régionale de santé, sauf si le président du conseil départemental fait connaître à celui-ci son intention d'être associé à la négociation et à la signature du contrat dans l'année qui précède le début de la négociation. »

㉗ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

㉘ 1° Au 3° de l'article L. 162-22, les mots : « unités ou centres de » sont remplacés par les mots : « établissements de santé autorisés à dispenser des » ;

㉙ 2° L'article L. 174-5 est ainsi modifié :

㉚ *a)* Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

㉛ *b)* Au même premier alinéa, les mots : « unités ou centres de » sont remplacés par les mots : « établissements de santé autorisés à dispenser des » ;

㉜ *c)* À la première phrase du second alinéa, les mots : « les unités ou centres de long séjour » sont remplacés par les mots : « ces établissements » ;

㉝ *d)* Il est ajouté un II ainsi rédigé :

㉞ « II. – Lorsqu'il est fait application du régime adapté de financement prévu à l'article L. 314-15 du code de l'action sociale et des familles, le forfait global relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie est pris en charge par l'assurance maladie dans les conditions prévues à la section 5 du chapitre IV du titre I^{er} du livre III du même code, à l'exception de l'article L. 314-17 dudit code.

㉟ « Les modalités de détermination et d'allocation du forfait global unique à ces établissements sont fixées par décret en Conseil d'État.

㊱ « Le montant annuel des dépenses afférentes au forfait global unique prises en charge par l'assurance maladie est inclus dans le montant total annuel mentionné à l'article L. 174-1 du présent code. » ;

㊲ 3° L'article L. 174-6 est ainsi modifié :

㊳ *a)* La première phrase du premier alinéa est ainsi modifiée :

㊴ – les mots : « unités ou centres de » sont remplacés par les mots : « établissements de santé autorisés à dispenser des » ;

㊵ – les mots : « unité ou le centre de » sont remplacés par les mots : « établissement de santé autorisé à dispenser des » ;

㊶ *b)* À la première phrase du deuxième alinéa et au troisième alinéa, les mots : « unités et centres de » sont remplacés par les mots : « établissements de santé autorisés à dispenser des ».

㊷ III. – L'article L. 6114-1-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

㊸ 1° Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

㊹ 2° Il est ajouté un II ainsi rédigé :

㊺ « II. – Lorsqu'il est fait application du régime adapté de financement prévu à l'article L. 314-15 du code de l'action sociale et des familles, l'annexe n'est conclue qu'avec le directeur général de l'agence régionale de

santé territorialement compétente, sauf si le président du conseil départemental a fait connaître à celui-ci son intention d'être associé à la négociation et à la signature du contrat dans l'année qui précède le début de la négociation. »

(46) IV. – Chaque département ayant opté pour le régime adapté de financement instauré par le présent article reverse chaque année à l'État ou à la sécurité sociale, selon une clef de répartition fixée par décret, la somme correspondant au transfert de charges résultant, au profit du département, de la mise en œuvre de ce régime et qui est égale au cumul :

(47) 1° De la moyenne des dépenses relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie pour les personnes accueillies en établissement, mentionnée au I de l'article L. 232-8 du code de l'action sociale et des familles, exposées par le département concerné au cours des trois années précédant l'application du régime adapté de financement et retracées dans son compte de gestion, après application le cas échéant d'une valeur individuelle maximale fixée par décret ;

(48) 2° Et de la valorisation financière, définie par décret, des emplois qui cessent d'être affectés à la tarification, prévue au 2° du I de l'article L. 314-2 du même code, dans les établissements mentionnés aux I, II et IV *bis* de l'article L. 313-12 dudit code en raison de l'option pour le régime adapté de financement.

(49) Cette somme peut être imputée en tout ou partie, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, sur le montant du concours versé au département en application du *a* du 3° de l'article L. 223-8 du code de la sécurité sociale.

(50) Chaque département ayant opté pour ce régime adapté transmet à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie les informations mentionnées aux 1° et 2° du présent IV ainsi que l'ensemble des données utilisées, dans le cadre du régime antérieur, pour fixer les forfaits globaux mentionnés au 2° du I de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles de chaque établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ainsi que des établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée, relevant de son ressort territorial, selon des modalités fixées par décret.

(51) V. – Par dérogation à l'article L. 314-15 du code de l'action sociale et des familles, le régime adapté de financement est applicable à compter du 1er janvier 2025 lorsque la décision de l'organe délibérant a été transmise au représentant de l'État dans le département au plus tard le 31 mars 2024.

(52) VI. – Par dérogation à l'article L. 314-19 du code de l'action sociale et des familles, la participation journalière aux dépenses d'entretien de l'autonomie prévue au même article L. 314-19 ne peut être supérieure, pour les résidents bénéficiaires de l'allocation personnalisée pour l'autonomie accueillis au 31 décembre de l'année précédant l'application du régime adapté de financement, à celle qu'ils acquittaient à cette date au titre du I de l'article L. 232-8 du même code.

(53) VII. – Lorsqu'il est fait application du régime adapté de financement instauré par le présent article, le directeur général de l'agence régionale de santé se substitue, au nom de l'État, au président du conseil départemental pour l'exécution des engagements des départements inscrits dans les contrats mentionnés au IV *ter* de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles au titre du forfait global relatif à la dépendance défini à l'article L. 314-2 du même code, à l'exception de ceux relatifs à la pluriannualité budgétaire ou rattachables à l'hébergement.

(54) Dans le même cas, pour les conventions pluriannuelles mentionnées au premier alinéa du IV *bis* de l'article L. 313-12 dudit code, dans sa rédaction antérieure à l'ordonnance n° 2020-1407 du 18 novembre 2020 relative aux missions des agences régionales de santé, ou pour l'annexe relative aux soins de longue durée du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionnée à l'article L. 6114-1-2 du code de la santé publique, le directeur général de l'agence régionale de santé se substitue au président du conseil départemental pour l'exécution des engagements prévus au titre de la dotation relative à la dépendance prévue au IV *bis* de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

(55) VIII *(nouveau)*. – L'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

(56) 1° Au premier alinéa, les deux occurrences du mot : « désigné » sont remplacées par les mots : « ou à un infirmier désignés » ;

(57) 2° Au deuxième alinéa, le mot : « désigné » est remplacé par les mots : « ou à un infirmier désignés » ;

(58) 3° L'avant-dernier alinéa est ainsi modifié :

(59) *a)* Les mots : « deux médecins mentionnés » sont remplacés par les mots : « personnes mentionnées » ;

(60) *b)* Les mots : « médecins chargés » sont remplacés par les mots : « personnes chargées ».

Article 37 *bis (nouveau)*

① I. – Le dernier alinéa de l'article L. 168-9 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

② « L'allocation est versée dans la limite d'une durée maximale fixée par décret, qui peut être renouvelée lorsque le bénéfice du congé de proche aidant est ouvert successivement au titre de différentes personnes aidées, sans pouvoir excéder la durée maximale mentionnée à l'article L. 3142-19 du code du travail. »

③ II. – Le présent article entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1er janvier 2025.

Article 37 *ter (nouveau)*

① I. – Au premier alinéa du I de l'article 53 de la loi n° 2018-727 du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance, l'année : « 2023 » est remplacée par l'année : « 2024 ».

② II. – Les frais d'ingénierie et d'évaluation de l'expérimentation mentionnée à l'article 53 de la loi n° 2018-727 du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance sont financés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Article 37 *quater (nouveau)*

① Le chapitre III *bis* du titre II du livre II du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 223-17 ainsi rédigé :

② « *Art. L. 223-17.* – La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie reverse aux départements et aux institutions prévues à l'article L. 146-3 du code de l'action sociale et des familles, selon des conditions et modalités fixées par décret en Conseil d'État, le produit versé par la Caisse nationale de l'assurance maladie correspondant aux remboursements, par des États membres de l'Union européenne, d'autres États parties à l'accord sur l'Espace économique européen et la Confédération suisse, des sommes attribuées par les départements au titre de la prestation fixée à l'article L. 232-1 du même code et par les institutions prévues à l'article L. 146-3 dudit code au titre de la prestation mentionnée à l'article L. 245-1 du même code aux titulaires de prestations de sécurité sociale les faisant relever de la compétence de ces États au sens des règlements européens. »

Article 38

① I. – Le livre I[er] de la deuxième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

② 1° L'article L. 2112-8 est ainsi modifié :

③ *a)* À la première phrase, après le mot : « annuelle », sont insérés les mots : « , fixée par le directeur général de l'agence régionale de santé, » ;

④ *b)* Après la même première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Toutefois, la part à la charge des régimes d'assurance maladie peut être fixée à un niveau supérieur par une convention conclue entre le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du conseil départemental. » ;

⑤ *c)* La seconde phrase est supprimée ;

⑥ *d)* Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

⑦ « Par dérogation au premier alinéa du présent article, les régimes d'assurance maladie financent l'intégralité des dépenses relatives au parcours mentionné à l'article L. 2135-1 et, le cas échéant, au parcours mentionné à l'article L. 2136-1. » ;

⑧ 2° Le chapitre IV du titre III est ainsi rédigé :

⑨ *« CHAPITRE IV*

⑩ ***« Service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce***

⑪ « *Art. L. 2134-1.* – Les acteurs des secteurs sanitaire et médico-social, les professionnels de soins de ville, les services départementaux de protection maternelle et infantile et les services de l'éducation nationale assurent le repérage des enfants de moins de six ans susceptibles de présenter un trouble de santé à caractère durable et invalidant de quelque nature que ce soit, notamment un trouble du neuro-développement. Ce repérage s'appuie notamment sur les examens médicaux obligatoires prévus à l'article L. 2132-2 du présent code et sur le bilan de santé et de prévention prévu à l'article L. 223-1-1 du code de l'action sociale et des familles.

⑫ « Pour les enfants mentionnés au premier alinéa du présent article, un parcours de bilan, de diagnostic et d'intervention est pris en charge par l'assurance maladie, sur prescription médicale, dans les conditions prévues au présent article ou, le cas échéant, aux articles L. 2135-1 et L. 2136-1.

⑬ « Le parcours est organisé, selon la nature des troubles, par des structures désignées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé parmi les établissements et les services mentionnés aux 2°, 3° et 11° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et les établissements mentionnés à l'article L. 6111-1 du présent code. Ces structures respectent un cahier des charges défini par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et des personnes handicapées. La rémunération de tout ou partie des prestations réalisées dans le cadre de ce parcours prend la forme d'un forfait.

⑭ « Les structures mentionnées au troisième alinéa du présent article peuvent conclure, pour la réalisation des bilans, des diagnostics ou des interventions, un projet de parcours avec des professionnels de santé libéraux mentionnés aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du code de la sécurité sociale et aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 du présent code et avec des psychologues. Ce projet de parcours prévoit notamment, pour chaque catégorie de professionnels, des engagements de bonnes pratiques professionnelles et les conditions de transmission d'informations à la structure désignée et au médecin traitant ainsi que les modalités de calcul et de versement de la rémunération des prestations réalisées.

⑮ « Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article, notamment les modalités de prescription, les conditions d'intervention des professionnels, la durée de prise en charge et les conditions de calcul et de versement des rémunérations des professionnels participant au parcours. » ;

⑯ 3° Le troisième alinéa de l'article L. 2135-1 est ainsi modifié :

⑰ *a)* À la première phrase, la première occurrence du mot : « contrat » est remplacée par les mots : « projet de parcours » et les mots : « au contrat type » sont remplacés par les mots : « à un modèle » ;

⑱ *b)* À la deuxième phrase, le mot : « contrat » est remplacé par les mots : « projet de parcours » ;

⑲ *c)* La dernière phrase est supprimée ;

⑳ 4° Au deuxième alinéa de l'article L. 2136-1, le mot : « contrat » est remplacé par les mots : « projet de parcours ».

㉑ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

㉒ 1° Après le 9° de l'article L. 160-8, dans sa rédaction résultant de l'article 22 de la présente loi, il est inséré un 10° ainsi rédigé :

㉓ « 10° La couverture des frais relatifs au parcours mentionné à l'article L. 2134-1 du code de la santé publique ; »

㉔ 2° Le I de l'article L. 160-13 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

㉕ « La participation de l'assuré aux frais mentionnés au 10° de l'article L. 160-8 peut être proportionnelle à tout ou partie de ces frais ou forfaitaire. Le taux ou le montant de cette participation est défini par un 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. » ;

㉖ 3° Au premier alinéa de l'article L. 160-14, après la première occurrence du mot : « alinéa », sont insérés les mots : « du I » et le mot : « dernier » est remplacé par le mot : « quatrième » ;

㉗ 4° À l'article L. 174-17, les mots : « de l'article L. 2135-1 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 2134-1, L. 2135-1 ou L. 2136-1 » et les mots : « le parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement » sont remplacés par les mots : « les parcours mentionnés aux mêmes articles L. 2134-1, L. 2135-1 et L. 2136-1 ».

㉘ III. – Le 2° du I et le II entrent en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1er janvier 2025.

Article 38 *bis (nouveau)*

① Le deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° À la première phrase, le mot : « distinguer » est remplacé par le mot : « déterminer » ;

③ 2° Au début de la seconde phrase, les mots : « L'une au moins de ces classes » sont remplacés par les mots : « La classe ou, le cas échéant, l'une au moins des classes déterminées ».

CHAPITRE V

Moderniser l'indemnisation d'accident du travail ou de maladie professionnelle

Article 39

(Supprimé)

Article 39 *bis (nouveau)*

① I. – Le deuxième alinéa de l'article L. 5542-24 du code des transports est ainsi modifié :

② 1° La première phrase est ainsi modifiée :

③ *a)* Après le mot : « blessé », sont insérés les mots : « , après avoir bénéficié du versement de l'indemnité de nourriture au titre de l'article L. 5542-18, » ;

④ *b)* Après le mot : « nourriture », sont insérés les mots : « de la part de l'Établissement national des invalides de la marine au titre du régime de prévoyance des marins mentionné à l'article L. 5551-2, » ;

⑤ *c)* À la fin, les mots : « le contrat de travail ou, à défaut, par les usages du port de débarquement » sont remplacés par les mots : « arrêté des ministres chargés du budget, de la mer et de la sécurité sociale » ;

⑥ 2° Après la même première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « L'indemnité journalière de nourriture n'est pas due pendant les périodes d'hospitalisation. »

⑦ II. – Entre le 11 mai 2023 et le 31 décembre 2023, l'Établissement national des invalides de la marine verse au marin, soit par l'intermédiaire de son employeur subrogé, soit directement, les indemnités journalières de nourriture qui lui sont dues et dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés du budget, de la mer et de la sécurité sociale au titre du régime de prévoyance des marins mentionné à l'article L. 5551-2 du code des transports.

⑧ Les indemnités journalières de nourriture versées par l'Établissement national des invalides de la marine aux marins entre le 17 novembre 2017 et le 10 mai 2023 sont validées et ne donnent pas lieu à réparation.

⑨ L'article L. 5542-24 du code des transports est applicable aux régularisations impactant des versements d'indemnités journalières de

nourriture antérieurs au 11 mai 2023 ainsi qu'aux indemnisations n'ayant pas fait l'objet de versements sur la même période.

⑩ III. – Les allocations exceptionnelles pour maladie professionnelle liée à l'amiante versées par l'Établissement national des invalides de la marine aux marins entre le 17 novembre 2017 et le 30 avril 2023 sont validées et ne donnent pas lieu à réparation.

⑪ L'Établissement national des invalides de la marine est autorisé, au titre du régime de prévoyance des marins mentionné à l'article L. 5551-2 du code des transports, à poursuivre le versement de ces allocations jusqu'au décès des assurés concernés. Les assurés éligibles sont ceux ayant reçu au moins une fois entre le 17 novembre 2017 et le 30 avril 2023 l'allocation exceptionnelle pour maladie professionnelle liée à l'amiante.

Article 39 *ter (nouveau)*

① L'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est ainsi modifié :

② 1° Le deuxième alinéa du II est complété par les mots : « et de détecter les personnes qui sont susceptibles de bénéficier des droits à l'indemnisation de ces préjudices » ;

③ 2° Après le III, il est inséré un III *bis* A ainsi rédigé :

④ « III *bis* A. – Le fonds peut requérir de tout service de l'État, de toute collectivité publique, de tout organisme assurant la gestion des prestations sociales ou de tout organisme assureur susceptibles de réparer tout ou partie du préjudice des informations ou des données à caractère personnel strictement nécessaires pour identifier les éventuels bénéficiaires de la réparation des préjudices définis au I du présent article et pour prendre contact avec eux.

⑤ « Les informations et les données à caractère personnel ainsi recueillies ne peuvent être utilisées à d'autres fins que celles mentionnées au deuxième alinéa du II. Les personnes qui ont connaissance des informations et données à caractère personnel fournies au fonds sont tenues au secret professionnel.

⑥ « Au moment de la première communication individuelle avec les personnes mentionnées au premier alinéa du présent III *bis* A, le fonds les avise de leurs droits d'accès et de rectification ainsi que, le cas échéant, de leur droit de s'opposer à la poursuite du traitement des données. En cas

d'opposition exprimée par le bénéficiaire à la poursuite du traitement ou si ce traitement révèle que le bénéficiaire n'a pas droit à la réparation des préjudices définis au I, les informations et les données à caractère personnel obtenues à la suite de cette communication sont détruites sans délai.

⑦ « Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, détermine les conditions d'application du présent III *bis* A, notamment les informations et les catégories de données recueillies ainsi que leurs modalités de transmission et de conservation. »

CHAPITRE VI

Poursuivre la transformation du système de retraites

Article 40

① I. – La loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon est ainsi modifiée :

② 1° Le *b* du 1° de l'article 5 est ainsi rédigé :

③ « *b)* L'article L. 161-17-2 est ainsi modifié :

④ « – la date : "1er janvier 1968" est remplacée par la date : "1er janvier 1970" ;

⑤ « – la date : "1er septembre 1961" est remplacée par la date : "1er janvier 1963" ;

⑥ « – la date : "31 décembre 1967" est remplacée par la date : "31 décembre 1969" ; »

⑦ 2° L'intitulé du titre III est ainsi rédigé : « Bénéficiaires de la prestation partagée d'éducation de l'enfant – Parents d'enfants malades ou en situation de handicap – Aidants de personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie » ;

⑧ 3° L'article 6 est ainsi rédigé :

⑨ « *Art. 6.* – Les deux premiers alinéas de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale sont applicables à Saint-Pierre-et-Miquelon sous réserve des adaptations suivantes :

⑩ « 1° Au premier alinéa, les mots : “du complément familial, de l’allocation de base de la prestation d’accueil du jeune enfant ou” sont supprimés et les mots : “à l’assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale” sont remplacés par les mots : “au régime d’assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon” ;

⑪ « 2° Au deuxième alinéa, les mots : “à l’assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale” sont remplacés par les mots : “au régime d’assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon”. » ;

⑫ 4° Après le même article 6, il est inséré un article 6-1 ainsi rédigé :

⑬ « *Art. 6-1.* – L’article L. 381-2 du code de la sécurité sociale est applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon sous réserve des adaptations suivantes :

⑭ « 1° Au premier alinéa, aux deux premières phrases du deuxième alinéa et aux quatrième et cinquième alinéas, les mots : “à l’assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale” sont remplacés par les mots : “au régime d’assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon” ;

⑮ « 2° La première phrase du troisième alinéa est ainsi rédigée : “La personne mentionnée à l’article L. 374-5 du code rural et de la pêche maritime ou le travailleur non salarié affilié à la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon 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 définis par le décret pris en application de l’article L. 3142-24 du même code est affilié obligatoirement au régime d’assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon.” ;

⑯ « 3° Le dernier alinéa est ainsi modifié :

⑰ « *a)* À la première phrase, les mots : “des organismes débiteurs des prestations familiales” sont remplacés par les mots : “de la caisse de prévoyance sociale” ;

⑱ « *b)* À la seconde phrase, les mots : “Caisse nationale des allocations familiales” sont remplacés par les mots : “caisse de prévoyance sociale” et les mots : “par les organismes débiteurs des prestations familiales” sont supprimés. »

⑲ II. – Le premier alinéa de l’article 20-8-5 de l’ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l’amélioration de la santé publique, à l’assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi modifié :

⑳ 1° À la première phrase, la référence : « 6 » est remplacée par la référence : « 10 » ;

㉑ 2° À la fin de la seconde phrase, les mots : « à l'article 10 de ladite ordonnance » sont remplacés par les mots : « au même article 10 ».

㉒ III. – L'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte est ainsi modifiée :

㉓ 1° L'article 6 est ainsi modifié :

㉔ *a)* Le premier alinéa est ainsi modifié :

㉕ – à la première phrase, l'année : « 1961 » est remplacée par l'année : « 1969 » ;

㉖ – à la fin de la seconde phrase, les mots : « avant le 1er janvier 1961 » sont remplacés par les mots : « entre le 1er janvier 1962 et le 31 décembre 1968 » ;

㉗ *b)* Au second alinéa, les mots : « à l'alinéa précédent augmenté de cinq années » sont remplacés par les mots : « au 1° de l'article L. 351-8 du même code » et, après les mots : « premier alinéa », sont insérés les mots : « du présent article » ;

㉘ 2° À l'article 10, les mots : « d'un âge prévu au premier alinéa de l'article 6 » sont remplacés par les mots : « de l'âge prévu à l'article L. 351-1-5 du code de la sécurité sociale » ;

㉙ 3° À la première phrase du premier alinéa et à la fin du second alinéa de l'article 11-1, les mots : « au premier alinéa de l'article 6 » sont remplacés par les mots : « à l'article 10 ».

㉚ IV. – A. – Les 3° et 4° du I entrent en vigueur le 1er janvier 2024.

㉛ B. – Les 1° et 2° du I et les II et III s'appliquent aux pensions prenant effet à compter du 1er janvier 2024.

Article 40 *bis (nouveau)*

① I. – Après le mot : « initiale », la fin du sixième alinéa de l'article L. 9 *bis* du code des pensions civiles et militaires de retraite est remplacée par une phrase ainsi rédigée : « Ce décret fixe notamment l'âge maximal de l'assuré au moment de sa demande, qui ne peut être inférieur à trente ans, ainsi que le nombre de trimestres éligibles à ce montant spécifique. »

② II. – Le I du présent article s'applique aux rachats effectués à compter du 1er janvier 2024.

Article 40 *ter (nouveau)*

① I. – Après l'article L. 24 du code des pensions civiles et militaires de retraite, il est inséré un article L. 24 *bis* ainsi rédigé :

② « *Art. L. 24* bis. – Les services accomplis par un fonctionnaire dans un emploi classé en catégorie active au cours de la période de dix ans précédant sa titularisation sont comptabilisés comme des services actifs pour l'acquisition du droit au départ anticipé mentionné au deuxième alinéa du 1° du I de l'article L. 24.

③ « Les services accomplis par le fonctionnaire dans des fonctions incombant aux fonctionnaires mentionnés aux *a* à *d* du même 1° au cours de la période de dix ans précédant sa titularisation sont comptabilisés comme des services super-actifs permettant un droit au départ à l'âge minoré mentionné audit 1°. »

④ II. – Le I est applicable aux services accomplis en qualité d'agent contractuel à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi.

Article 40 *quater (nouveau)*

① I. – L'article L. 161-22-1-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

③ 2° Au 1°, après le mot : « salariée », sont insérés les mots : « ou non salariée » ;

④ 3° Il est ajouté un II ainsi rédigé :

⑤ « II. – Le présent article n'est pas applicable :

⑥ « 1° Aux assurés qui bénéficient d'un avantage de préretraite prévu par des dispositions réglementaires, par des stipulations conventionnelles ou par une décision unilatérale de l'employeur ;

⑦ « 2° Aux assurés exerçant à titre exclusif une des activités mentionnées à l'article L. 311-3, dans des conditions fixées par décret. »

⑧ II. – À la première phrase du premier alinéa des articles L. 3121-60-1 et L. 3123-4-1 du code du travail, les mots : « ayant atteint l'âge prévu au

premier alinéa de l'article L. 161-22-1-5 » sont remplacés par les mots : « qui souhaite bénéficier d'une retraite progressive en application des articles L. 161-22-1-5 à L. 161-22-1-9 ».

Article 40 *quinquies (nouveau)*

① Le premier alinéa de l'article 1er de la loi n° 57-444 du 8 avril 1957 instituant un régime particulier de retraites en faveur des personnels actifs de police est ainsi modifié :

② 1° À la première phrase, les mots : « s'ils ont droit à une pension d'ancienneté ou à une pension proportionnelle pour invalidité ou par limite d'âge, » et les mots : « pour la liquidation de ladite pension, » sont supprimés ;

③ 2° Sont ajoutées deux phrases ainsi rédigées : « Cette bonification est accordée sous réserve de la condition de durée de services mentionnée au onzième alinéa du 1° du I de l'article L. 24 du code des pensions civiles et militaires de retraite. Cette condition n'est pas opposable aux fonctionnaires radiés des cadres pour invalidité ou par limite d'âge. »

Article 40 *sexies (nouveau)*

① I. – Les deux premiers alinéas de l'article 17 de la loi n° 90-1067 du 28 novembre 1990 relative à la fonction publique territoriale et portant modification de certains articles du code des communes sont remplacés par trois alinéas ainsi rédigés :

② « Les fonctionnaires et les anciens fonctionnaires occupant ou ayant occupé des emplois de sapeur-pompier professionnel de tout grade, y compris ceux de directeur départemental, de directeur départemental adjoint et de sous-directeur des services d'incendie et de secours, pendant une durée d'au moins dix-sept années de service effectif en qualité de sapeur-pompier professionnel bénéficient d'une majoration de pension résultant de la prise en compte de l'indemnité de feu pour le calcul de leur pension de retraite.

③ « Cette majoration de pension est déterminée sur la base du taux de l'indemnité de feu effectivement perçue, appliqué au dernier traitement indiciaire brut atteint au cours des six derniers mois en qualité de sapeur-pompier professionnel, et proratisée sur les seules années de service accomplies en cette qualité, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État.

④ « La jouissance de cette majoration est différée jusqu'à l'âge de droit au départ anticipé fixé au deuxième alinéa du 1° du I de l'article L. 24 du code des pensions civiles et militaires de retraite. Cette condition n'est pas applicable aux fonctionnaires qui sont radiés des cadres ou mis à la retraite pour invalidité, ni aux ayants cause des fonctionnaires décédés avant leur admission à la retraite. »

⑤ II. – Par dérogation à la première phrase du troisième alinéa de l'article 17 de la loi n° 90-1067 du 28 novembre 1990 relative à la fonction publique territoriale et portant modification de certains articles du code des communes, dans sa rédaction résultant du I du présent article, les sapeurs-pompiers professionnels et les anciens sapeurs-pompiers professionnels bénéficiant d'un droit à liquidation anticipée au titre de la catégorie active et nés avant le 1er janvier 1966 peuvent jouir à l'âge de cinquante-sept ans de la majoration de pension prévue à l'article 17 de la loi n° 90-1067 du 28 novembre 1990 précitée.

⑥ Pour ceux nés entre le 1er janvier 1966 et le 31 décembre 1972, cet âge évolue conformément au *b* du 1° du F du XXIV de l'article 10 de la loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023.

TITRE II

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

Article 41

① I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé, mentionnée à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, est fixé à 894 millions d'euros pour l'année 2024.

② II. – Le montant de la contribution de la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale au financement du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé, mentionnée à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 précitée, est fixé à 90 millions d'euros pour l'année 2024.

③ III. – Le montant de la contribution de la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et les accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 190 millions d'euros pour l'année 2024.

④ IV. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 160,2 millions d'euros pour l'année 2024.

Article 42

Pour l'année 2024, les objectifs de dépenses de la branche Maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés à 251,9 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Article 43

① Pour l'année 2024, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

②

(En milliards d'euros)

Sous-objectif	**Objectif de dépenses**
Dépenses de soins de ville	108,4
Dépenses relatives aux établissements de santé	105,6
Dépenses en établissements et services pour personnes âgées	16,3
Dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	15,2
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional et au soutien à l'investissement	6,1
Autres prises en charge	3,3
Total	**254,9**

Article 43 *bis (nouveau)*

Dans le cas où le risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent l'objectif national de dépenses d'assurance maladie est imputable à l'évolution des dépenses liées à la crise sanitaire résultant de l'épidémie de covid-19, il n'est pas fait application, en 2024, des trois dernières phrases du cinquième alinéa de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale.

Article 44

① I. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 335 millions d'euros au titre de l'année 2024.

② II. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 355 millions d'euros au titre de l'année 2024.

③ III. – Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 1,2 milliard d'euros au titre de l'année 2024.

④ IV. – Les montants mentionnés à l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 751-13-1 du code rural et de la pêche maritime couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale et les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif mentionné à l'article L. 4163-1 du code du travail sont fixés respectivement à 191,7 millions d'euros et à 9,6 millions d'euros pour l'année 2024.

Article 45

Pour l'année 2024, les objectifs de dépenses de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés à 16,0 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité.

Article 46

Pour l'année 2024, les objectifs de dépenses de la branche Vieillesse sont fixés à 293,7 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Article 46 *bis (nouveau)*

Au deuxième alinéa de l'article L. 732-12-1 du code rural et de la pêche maritime, les mots : « , fixée par décret, à compter de la naissance » sont remplacés par les mots : « et dans un délai maximal, fixés par décret, à compter de la date de naissance effective ou initialement prévue ».

Article 46 *ter (nouveau)*

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

② 1° L'article L. 531-5, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023, est ainsi modifié :

③ *a)* Le premier alinéa du I est ainsi modifié :

④ – après le mot : « enfant », la fin de la première phrase est supprimée ;

⑤ – la seconde phrase est supprimée ;

⑥ *b)* Le premier alinéa du II est complété par les mots : « , dans la limite d'un plafond » ;

⑦ *c)* Le III est ainsi modifié :

⑧ – le 5° est abrogé ;

⑨ – le 6° est complété par les mots et une phrase ainsi rédigée : « , dans la limite d'un plafond dont le niveau et les modalités de calcul sont fixés par décret. Ce décret peut fixer des plafonds distincts entre un assistant maternel agréé et une personne mentionnée au premier alinéa de l'article L. 7221-1 du code du travail. » ;

⑩ 2° Au second alinéa de l'article L. 531-9, après le mot : « garde », sont insérés les mots : « versé en application de l'article L. 531-6 ».

⑪ II. – À la fin de la dernière phrase du IV de l'article 70 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, l'année : « 2024 » est remplacée par l'année : « 2026 ».

⑫ III. – L'article 86 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 est ainsi modifié :

⑬ 1° Le 1° du V est abrogé ;

⑭ 2° À la première phrase du VI, la date : « 1er juillet » est remplacée par la date : « 1er septembre » ;

⑮ 3° Le VII est ainsi modifié :

⑯ *a)* À la première phrase du premier alinéa, le mot : « précédant » est remplacé par les mots : « antérieure à » ;

⑰ *b)* L'avant-dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il est soumis à la contribution au remboursement de la dette sociale prévue à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale. »

⑱ IV. – Le 2° du I entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1er septembre 2025.

Article 46 *quater (nouveau)*

Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport présentant le bilan de la mise en œuvre de la prestation partagée d'éducation de l'enfant, issue de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, et ses effets, notamment sur le recours au congé parental, dans sa version modifiée notamment par la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, et sur son partage entre les parents. Ce rapport peut étudier l'hypothèse d'une réforme de l'indemnisation du congé parental au cours de la première année de l'enfant, afin qu'il soit mieux rémunéré, qu'il soit partagé entre les parents et qu'il ne contribue pas à éloigner les parents de l'emploi.

Article 47

Pour l'année 2024, les objectifs de dépenses de la branche Famille de la sécurité sociale sont fixés à 58,0 milliards d'euros.

Article 48

Pour l'année 2024, les objectifs de dépenses de la branche Autonomie de la sécurité sociale sont fixés à 39,9 milliards d'euros.

Article 49

① Pour l'année 2024, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi qu'il suit :

②

(En milliards d'euros)

	Prévision de charges
Fonds de solidarité vieillesse	20,6

À Paris, le 4 novembre 2023.

La Présidente,
Signé : YAËL BRAUN-PIVET

ANNEXES

ANNEXE A

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

① Le solde des régimes obligatoires de base a connu une dégradation sans précédent en 2020, sous l'effet des dépenses de la crise sanitaire et de la récession qui a suivi, et a atteint le niveau de -39,7 milliards d'euros. Il s'est redressé en 2021 à -24,3 milliards d'euros, sous l'effet de la reprise progressive de l'activité et de l'atténuation graduelle des contraintes sanitaires. L'amélioration s'est poursuivie en 2022, dans un contexte marqué par une forte poussée de l'inflation, pour atteindre un solde de -19,7 milliards d'euros.

② Le déficit se réduirait de plus de moitié en 2023 (-8,8 milliards d'euros), du fait à titre principal d'une quasi-extinction des dépenses liées à la crise sanitaire (0,9 milliard d'euros après 11,7 milliards d'euros). Le contexte macroéconomique, marqué par une poursuite de la reprise, mais à un rythme plus mesuré qu'en 2021 et 2022 (1,0 % de croissance attendue du produit intérieur brut [PIB]), mais aussi par une inflation toujours élevée bien qu'en léger repli (4,8 % attendus au sens de l'indice des prix à la consommation hors tabac [IPCHT]) a également contribué à la réduction du déficit en 2023. En 2024, l'activité croîtrait plus nettement qu'en 2023, avec une hausse de 1,4 % du PIB. Bien que s'inscrivant en repli à 2,5 %, l'inflation entraînerait dans son sillage la croissance des salaires en 2024, avec une croissance de la masse salariale de 3,9 % (après 6,3 % en 2023). La dynamique de revalorisation des prestations sociales resterait soutenue à la suite de l'inflation encore marquée tout au long de l'année 2023 (I). La conjugaison de ces éléments conduirait à dégrader le solde de l'ensemble des régimes de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), qui s'élèverait à 11,2 milliards d'euros. Le solde de la sécurité sociale bénéficierait néanmoins de l'affectation à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de 0,15 point de contribution sociale généralisée (CSG) en provenance de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), prévue par la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et l'autonomie, ainsi que des effets graduels de la réforme des retraites liés au relèvement progressif de l'âge de départ et à l'accélération du rythme de montée en charge de la durée d'assurance. La trajectoire présentée traduit enfin la mise en œuvre des mesures proposées dans la présente loi de financement de la sécurité sociale (II). À moyen terme, le déficit atteindrait 17,5 milliards d'euros en 2027 : si les dépenses ralentiraient chaque année à partir de 2025 du fait de la normalisation de l'inflation, les perspectives de recettes ne permettraient pas de résorber le déficit né de la crise. Deux branches seraient ainsi déficitaires : la branche Maladie, du fait notamment des dépenses pérennes nées de la crise, et la branche Vieillesse dans un contexte de montée en charge graduelle des mesures paramétriques de la réforme des retraites (III).

③ **I. – Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 s'inscrit dans un contexte macroéconomique d'inflation en voie de normalisation et d'une croissance toujours affectée à court-terme par les conséquences de la crise énergétique et le contexte géopolitique.**

④ L'hypothèse de croissance du PIB retenue est de 1,4 % en 2024, après 1,0 % en 2023. Le rythme d'inflation resterait toujours élevé, mesuré à 4,8 % en 2023 par l'indice des prix à la consommation hors tabac (IPCHT) en moyenne annuelle et de 2,5 % attendu en 2024. À moyen terme, la croissance effective du PIB serait supérieure à son rythme potentiel de 1,35 % par an et atteindrait 1,7 % par an en 2025 et 2026 et 1,8 % en 2027, tandis que l'inflation refluerait pour s'établir à 1,75 % par an à partir de 2026. La masse salariale du secteur privé, principal déterminant de la progression des recettes de la sécurité sociale, progresserait de 3,9 % en 2024 avant de revenir progressivement à son rythme tendanciel proche de 3,4 % par an.

⑤ Le tableau ci-dessous détaille les principaux éléments retenus pour l'élaboration des prévisions de recettes et des objectifs de dépenses décrits dans la présente annexe :

⑥

	2022	**2023**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**
PIB en volume	2,5 %	1,0 %	1,4 %	1,7 %	1,7 %	1,8 %
Masse salariale du secteur privé*	8,7 %	6,3 %	3,9 %	3,4 %	3,4 %	3,4 %
Inflation hors tabac	5,3 %	4,8 %	2,5 %	2,0 %	1,75 %	1,75 %
Revalorisations au 1er janvier**	3,1 %	2,8 %	5,2 %	2,9 %	2,1 %	1,8 %
Revalorisations au 1er avril**	3,4 %	3,6 %	3,9 %	3,0 %	2,1 %	1,8 %
ONDAM hors dépenses de crise***	6,0 %	4,8 %	3,2 %	3,0 %	2,9 %	2,9 %

** Masse salariale du secteur privé hors prime exceptionnelle de pouvoir d'achat et prime de partage de la valeur ajoutée. Y compris ces éléments de rémunération, la progression attendue est de 6,5 % en 2023.*

*** En moyenne annuelle, incluant les effets en moyenne annuelle de la revalorisation anticipée au 1er juillet 2022 de 4,0 %.*

**** Évolution de l'ONDAM hors dépenses de crise sanitaire, mais y compris "Ségur de la santé".*

⑦ La trajectoire présentée dans la présente annexe repose sur les mesures proposées dans la présente loi de financement de la sécurité sociale, avec un solde qui atteindrait -11,2 milliards d'euros en 2024.

⑧ La trajectoire de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) intègre une rectification de l'ONDAM 2023 de 2,8 milliards d'euros par rapport à l'objectif voté en loi de financement rectificative de la sécurité sociale, du fait notamment des revalorisations salariales annoncées en juin 2023 et de la progression plus dynamique que prévu des dépenses de soins de ville, en particulier d'indemnités journalières, dans le contexte d'inflation élevée, et de retour de l'activité à des niveaux pré-covid. À partir de cette base rectifiée, l'ONDAM retenu dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 évolue de 3,2 % (hors dépenses liées à la covid-19), reflétant l'effet en année pleine des revalorisations salariales mais également des mesures d'attractivité à l'hôpital et les mesures nouvelles, notamment en ville. Le taux de progression tendancielle

de l'ONDAM, c'est-à-dire avant mesures d'économies, atteindrait 4,6 % en 2024. Le taux de progression serait ramené à 3,2 % par des mesures d'économies portant à la fois sur les soins de ville, les produits de santé et les établissements sanitaires et médico-sociaux, d'un montant total de 3,5 milliards d'euros, auxquelles s'ajoutent les actions de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude déjà intégrées au tendanciel. L'ONDAM inclut en sus une provision de 0,2 milliard d'euros au titre de la covid-19 (après 0,9 milliard d'euros en 2023 et 11,7 milliards d'euros en 2022). Cette provision est cohérente avec les niveaux de dépense constatés à mi-année et les engagements financiers antérieurs de Santé publique France. En pluriannuel, le taux de progression de l'ONDAM serait ramené à 3,0 % en 2025, puis à 2,9 % en 2026 et 2027.

⑨ Dans le champ des régimes de retraite de base, la trajectoire intègre les dispositions de la loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 portant un relèvement progressif de l'âge d'ouverture des droits (AOD) de 62 ans à 64 ans, au rythme d'un trimestre par génération à compter du 1er septembre 2023, et une accélération du rythme de montée en charge de la durée d'assurance requise (DAR), au rythme d'un trimestre par génération, contre un trimestre toutes les trois générations jusqu'à présent. La trajectoire intègre également les mesures d'accompagnement en matière de départs anticipés (carrières longues, invalidité-inaptitude, handicap, usure professionnelle notamment), les revalorisations des petites pensions, actuelles et futures, ainsi que les mesures de renforcement de certains droits familiaux (meilleure prise en compte des indemnités journalières maladie, surcote d'un an avant l'âge légal à compter de 63 ans pour les mères et pères de familles ayant atteint le taux plein). Elle intègre les hausses des taux des cotisations vieillesse dues par les employeurs publics et par les employeurs privés, cette hausse étant compensée pour ces derniers par une baisse à due concurrence des cotisations d'accidents du travail et de maladies professionnelles (AT-MP).

⑩ Dans le champ de la famille, la trajectoire intègre, sur un horizon pluriannuel, la réforme du service public de la petite enfance ainsi que celle du complément de mode de garde votée dans la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 et l'augmentation de l'allocation de soutien familial intervenue en novembre 2022.

⑪ Dans le champ de l'autonomie, elle intègre une progression de 4,0 % de l'objectif global des dépenses (OGD) en 2024, ce qui permet de financer les mesures salariales, d'une part, et l'accroissement de l'offre face aux besoins démographiques, d'autre part. Hors OGD, la trajectoire intègre la montée en charge des mesures des LFSS pour 2022 et 2023, portant notamment sur la mise en place et l'indexation d'un tarif plancher pour l'aide à domicile, la dotation qualité, ainsi que la mise en place de temps dédiés au lien social auprès des aînés bénéficiant d'un plan d'aide à domicile. La trajectoire de la branche Autonomie finance l'assurance vieillesse du proche aidant (AVA) inscrite dans la loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023. La branche bénéficie, enfin, de l'affectation de 0,15 point de CSG en provenance de la CADES.

⑫ Le Haut Conseil des finances publiques (HCFP), dans son avis n° HCFP-2023-8 du 22 septembre 2023 relatif aux projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2024, « considère que le scénario macroéconomique du Gouvernement pour 2023 est plausible ». Il estime en revanche « élevée » la prévision d'activité

pour 2024. S'agissant de l'inflation et de la masse salariale, qui sont les principaux déterminants des dépenses et des recettes de la sécurité sociale, il les juge « plausibles » pour 2023 et 2024. S'agissant des prévisions de recettes, le Haut Conseil estime qu'elles sont « plausibles » en 2023, mais « un peu surestimées » pour 2024, en lien avec l'appréciation portée sur le volet macroéconomique, et ajoute qu'en 2024 « la prévision de cotisations sociales apparaît toutefois un peu élevée, car […] la revalorisation du SMIC devrait être encore importante en 2024 et pousser de ce fait les allègements de cotisations à la hausse ». Le Haut Conseil note enfin s'agissant des dépenses en 2024 que « le Gouvernement prévoit un net ralentissement de l'ONDAM (+3,2 % après +4,8 %), supposant un infléchissement de la tendance spontanée des soins de ville, qui semble optimiste, et un volant d'économies de 3,5 milliards d'euros. Un tel montant d'économies a déjà été atteint par le passé, mais paraît plus difficile à réaliser dans un contexte de tensions, notamment dans le secteur hospitalier et sur l'offre de médicaments. »

⑬ **II. – Au delà du contexte macroéconomique, la trajectoire financière traduit la normalisation de la situation sanitaire et la mise en œuvre des mesures votées dans la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023.**

⑭ En 2023, l'amélioration attendue de la situation financière de l'ensemble des régimes de base et du FSV – soit un solde de -8,8 milliards d'euros contre -19,7 milliards d'euros en 2022 – repose sur la forte diminution des dépenses de crise (0,9 milliard d'euros après 11,7 milliards d'euros) ainsi que sur le dynamisme attendu de la masse salariale du secteur privé (+6,3 %), alors que l'effet de la forte inflation a été pour partie avancé dès 2022 *via* la revalorisation anticipée des prestations légales au 1er juillet. Ainsi les recettes progresseraient en 2023 à un rythme proche de 2022 (+5,2 % après +5,4 %) alors que les dépenses ralentiraient plus nettement (+3,2 % après +4,4 %) en raison de la forte baisse des coûts liés à la covid-19.

⑮ À l'horizon 2027, le déficit des régimes obligatoires de base et du FSV se dégraderait de manière conjoncturelle dans un contexte de retour progressif de l'inflation en dessous de 2 % après des niveaux de progression de l'ordre de 5 % en 2022 et 2023. Une telle normalisation produirait ses effets dans deux temporalités distinctes sur les dépenses et les recettes : les dépenses réagissent avec un délai de l'ordre d'une année du fait des règles de revalorisation automatique des prestations, tandis que les recettes réagissent plus instantanément. Il s'ensuit un effet retard favorable au solde dans les périodes de hausse de l'inflation, mais défavorable en période de baisse.

⑯ Le solde atteindrait ainsi -11,2 milliards d'euros en 2024, en dégradation par rapport à 2023 (-2,4 milliards d'euros). Les dépenses connaîtraient un ressaut (+5,1 %) en raison de l'inflation attendue en 2023 (+4,8 % au sens de l'IPCHT) qui conduirait à une revalorisation au 1er janvier de 5,2 % des pensions de retraite et de 4,6 % pour les prestations revalorisées au 1er avril (soit 3,9 % en moyenne annuelle). L'ONDAM, hors dépenses de crise, progresserait par ailleurs de 3,2 % (cf. *supra*). Les recettes croîtraient de 4,7 %, soutenues par la masse salariale du secteur privé (+3,9 %) mais aussi par l'affectation à la CNSA de 2,6 milliards d'euros de CSG (0,15 point) en provenance de la CADES, comme prévu par la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

⑰ À partir de 2025, les prestations continueraient d'être portées par le contexte d'inflation persistant, mais avec un effet retard moyen d'une année pour les pensions et

les prestations, alors que les recettes réagiraient davantage au contexte contemporain de l'année. Le solde se dégraderait en 2025 et à nouveau en 2026, malgré une progression maîtrisée de l'ONDAM et la montée en charge progressive de la réforme des retraites. En 2025, le déficit des régimes obligatoires de base et du FSV se creuserait ainsi à 15,8 milliards d'euros, les recettes évoluant de +3,0 %, pour des dépenses en hausse de +3,6 %. En 2026, il se creuserait (17,1 milliards d'euros), avec une progression des recettes de + 3,0 %, un peu en deçà de celle des dépenses (+ 3,1 %). Le déficit atteindrait 17,5 milliards d'euros en 2027, l'effet du différentiel d'inflation d'une année sur l'autre sur la dégradation du solde s'amenuisant, alors que la réforme des retraites continuerait de produire ses effets. Cette trajectoire traduit aussi les effets favorables de la sortie progressive de la déduction forfaitaire spécifique.

⑱ **III. – D'ici 2027, les branches des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale connaîtraient des évolutions différenciées.**

⑲ La branche **Maladie** connaîtrait une résorption de moitié de son déficit en 2023, avec un solde atteignant -9,5 milliards d'euros après -21,0 milliards d'euros en 2022, sous l'effet de la nette baisse des dépenses de crise et du transfert pérenne du coût des indemnités journalières liées au congé maternité post-natal à la branche Famille, d'un montant de 2 milliards d'euros dès 2023. En 2024, son déficit se résorberait légèrement (-9,3 milliards d'euros), dès lors que les recettes fiscales et les cotisations croîtraient plus vite que l'ONDAM (y compris les dépenses de crise). À l'horizon 2027, son déficit se stabiliserait autour de 9,6 milliards d'euros, l'évolution prévue de l'ONDAM (3,0 % en 2025 et 2,9 % ensuite) serait maîtrisée mais les recettes ralentiraient en raison du tassement de l'inflation.

⑳ La branche **Autonomie** verrait son solde passer ponctuellement en déficit en 2023, à -1,1 milliard d'euros, sous l'effet d'un objectif global de dépenses porté à 6,6 %, taux de progression marqué par le volet salarial. À partir de 2024, la branche Autonomie bénéficie d'une fraction de CSG augmentée de 0,15 point de la part de la CADES, en application de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) afficherait alors un excédent de 1,3 milliard d'euros, qui diminuerait par la suite, du fait notamment de 50 000 créations de postes en EHPAD, de la mise en place d'ici à 2030 de 50 000 solutions nouvelles pour les personnes en situation de handicap et leurs proches et du financement de temps dédiés au lien social auprès des personnes âgées qui bénéficient d'un plan d'aide à domicile. La branche financera par ailleurs la meilleure prise en compte des trimestres cotisés au titre du congé de proche aidant dans le cadre de la réforme des retraites.

㉑ S'agissant de la branche **Accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP)**, son excédent s'élèverait à 1,9 milliard d'euros en 2023. À partir de 2024, la branche verrait le niveau de ses cotisations baisser au bénéfice de la branche Vieillesse, avec un pas supplémentaire en 2026, tout en restant excédentaire sur toute la période. De plus, elle prendrait en charge de nouvelles dépenses liées à la meilleure prise en compte de la pénibilité et de l'usure professionnelle dans le cadre de la réforme des retraites. Au total, son excédent atteindrait toutefois encore 1,1 milliard d'euros en 2027.

(22) À partir de 2024, le solde de la branche Vieillesse serait directement affecté par les effets démographiques du vieillissement (augmentation de la taille des générations qui partent à la retraite) mais bénéficierait de la hausse progressive de l'âge effectif de départ du fait des dispositions votées dans le cadre de la loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023. Le solde de la branche serait également particulièrement sensible au contexte d'inflation et se dégraderait en 2024 à ce titre en dépit de recettes dynamiques (+5,3 %), ses dépenses étant attendues en hausse de 6,8 %. Le déficit de la branche, Fonds de solidarité vieillesse compris, se creuserait en 2025, pâtissant encore de l'inflation attendue en 2024. À l'horizon 2027, le déficit de la branche Vieillesse (régimes obligatoires de base et FSV) atteindrait 11,2 milliards d'euros. Ce solde bénéficierait des dispositions de la réforme des retraites de 2023 pour un effet global de 6,3 milliards d'euros sur ce champ. À noter que les excédents des régimes complémentaires de retraite permettent d'avoir un solde tous régimes plus favorable et que les effets de la réforme votée au printemps 2023 continuent de monter en charge jusqu'en 2030.

(23) **La branche Famille** verrait son excédent se réduire en 2023, à 1,0 milliard d'euros, reflétant le transfert de la part du congé maternité post-natal, pour 2,0 milliards d'euros, prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023. Le solde de la branche se dégraderait en 2024 en lien avec la montée en charge des objectifs poursuivis en matière de petite enfance et à nouveau en 2025 avec la réforme du complément du mode de garde introduite par la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023. À l'horizon 2027, l'excédent de la branche s'élèverait à 1,7 milliard d'euros.

㉔ **Prévisions des recettes, dépenses et soldes des régimes de base et du FSV**

㉕ Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(En milliards d'euros)

	2022	**2023** *(p)*	**2024** *(p)*	**2025** *(p)*	**2026** *(p)*	**2027** *(p)*
Maladie						
Recettes	221,2	234,1	242,7	249,4	257,0	264,4
Dépenses	242,2	243,7	251,9	259,4	266,7	274,0
Solde	**-21,0**	**-9,5**	**-9,3**	**-10,0**	**-9,7**	**-9,6**
Accidents du travail et maladies professionnelles						
Recettes	16,2	17,2	17,1	17,7	17,7	18,4
Dépenses	14,5	15,3	16,0	16,6	16,9	17,3
Solde	**1,7**	**1,9**	**1,2**	**1,2**	**0,8**	**1,1**
Famille						
Recettes	53,3	57,0	58,8	60,6	62,5	64,6
Dépenses	51,4	56,0	58,0	60,1	61,6	62,9
Solde	**1,9**	**1,0**	**0,8**	**0,5**	**0,9**	**1,7**
Vieillesse						
Recettes	259,4	273,1	287,8	296,5	304,5	311,5
Dépenses	263,3	275,0	293,7	305,8	315,9	325,4
Solde	**-3,9**	**-1,9**	**-5,9**	**-9,3**	**-11,4**	**-14,0**
Autonomie						
Recettes	35,4	36,8	41,2	42,5	43,7	45,2
Dépenses	35,2	37,9	39,9	41,5	43,0	44,7
Solde	**0,2**	**-1,1**	**1,3**	**1,0**	**0,7**	**0,4**
Régimes obligatoires de base de sécurité sociale consolidés						
Recettes	570,8	600,9	629,5	648,3	666,7	684,8
Dépenses	591,8	610,5	641,4	664,8	685,4	705,1
Solde	**-21,0**	**-9,6**	**-11,9**	**-16,5**	**-18,7**	**-20,3**

㉖ Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	2022	**2023** *(p)*	**2024** *(p)*	**2025** *(p)*	**2026** *(p)*	**2027** *(p)*
Recettes	19,4	20,3	21,4	22,1	23,0	23,8
Dépenses	18,0	19,5	20,6	21,3	21,4	21,0
Solde	**1,3**	**0,8**	**0,8**	**0,8**	**1,6**	**2,8**

㉗ Recettes, dépenses et soldes des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	2022	**2023** *(p)*	**2024** *(p)*	**2025** *(p)*	**2026** *(p)*	**2027** *(p)*
Recettes	572,5	602,1	630,7	649,4	668,7	688,0
Dépenses	592,1	610,9	641,8	665,2	685,8	705,5
Solde	**-19,7**	**-8,8**	**-11,2**	**-15,8**	**-17,1**	**-17,5**

Vu pour être annexé au projet de loi considéré comme adopté par l'Assemblée nationale le 4 novembre 2023.

La Présidente,
Signé : YAËL BRAUN-PIVET