

N° 3577

N° 133

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2020-2021

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale
le 17 novembre 2020

Enregistré à la Présidence du Sénat le 17 novembre 2020

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission mixte paritaire⁽¹⁾ chargée de proposer un texte
sur les dispositions restant en discussion du projet de loi
de **financement de la sécurité sociale pour 2021**,*

PAR M. Thomas MESNIER,
Rapporteur général,
Député

PAR M. Jean-Marie VANLERENBERGHE,
Rapporteur général,
Sénateur

(1) Cette commission est composée de : Mme Catherine Deroche, sénatrice, présidente ; Mme Fadila Khattabi, députée, vice-présidente ; M. Jean-Marie Vanlerenberghe, sénateur, M. Thomas Mesnier, député, rapporteurs généraux.

Membres titulaires : Mme Corinne Imbert, MM. René-Paul Savary, Bernard Jomier, Mme Monique Lubin, M. Martin Lévrier, sénateurs ; Mmes Monique Limon, Caroline Janvier, MM. Jean-Carles Grelier, Thibault Bazin, Cyrille Isaac-Sibille, députés.

Membres suppléants : M. Philippe Mouiller, Mmes Pascale Gruny, Chantal Deseyne, Élisabeth Doineau, Corinne Féret, Véronique Guillotin, Laurence Cohen, sénateurs ; Mmes Monique Iborra, Stéphanie Rist, M. Joël Aviragnet, Mmes Valérie Six, Jeanine Dubié, MM. Adrien Quatennens, Pierre Dharréville, députés.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (15^{ème} législ.) : Première lecture : **3397, 3432** et T.A. **490**

Sénat : Première lecture : **101, 106, 107** et T.A. **22** (2020-2021)
Commission mixte paritaire : **134** (2020-2021)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
TRAVAUX DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE	5
TABLEAU COMPARATIF	11

TRAVAUX DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE

Mesdames, Messieurs,

Conformément au deuxième alinéa de l'article 45 de la Constitution et à la demande de M. le Premier ministre, une commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 s'est réunie au Sénat le mardi 17 novembre 2020.

Elle procède tout d'abord à la désignation de son bureau, constitué de :

- Mme Catherine Deroche, sénatrice, présidente,
- Mme Fadila Khattabi, députée, vice-présidente.

Puis ont été désignés :

- M. Jean-Marie Vanlerenberghe, sénateur, rapporteur pour le Sénat,
- M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.

*

* *

La commission mixte paritaire procède ensuite à l'examen des dispositions restant en discussion.

Mme Catherine Deroche, sénatrice, présidente. – Malgré l'adoption par le Sénat, exceptionnelle ces dernières années, de l'ensemble des articles obligatoires, dont les tableaux d'équilibre des différentes branches, et l'adoption conforme de plus de 40 articles, 125 restent en discussion.

Les points de désaccord, s'ils ne sont pas aussi nombreux, sont suffisamment importants pour rendre, à mes yeux, difficile l'élaboration d'un texte de compromis entre nos deux assemblées. Pour n'en citer que quelques-uns, les désaccords sur le financement des investissements hospitaliers par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) ou sur la question des retraites suffiraient à nous empêcher d'aboutir.

La commission des affaires sociales du Sénat s'est aussi émue de la présence, dans le texte déposé par le Gouvernement, d'articles qui n'y ont manifestement pas leur place : je pense en particulier à l'article 42 relatif au

recours à certaines pratiques de soins en psychiatrie. Comment justifier que les parlementaires soient soumis aux dispositions de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale quand le Gouvernement s'en affranchit ? Cette question devra être tranchée par le Conseil constitutionnel.

Mme Fadila Khattabi, députée, vice-présidente. – Nous venons ici avec beaucoup d'espoirs, mais l'expérience des années passées ne nous incite guère à l'optimisme sur l'issue de cette CMP, même si le Sénat, à la différence de l'année dernière, a adopté un texte en première lecture... Mais je laisse le soin à nos rapporteurs de nous présenter les points d'accord et de désaccord.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, sénateur, rapporteur pour le Sénat. – Le Sénat a adopté cet après-midi même une version modifiée du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

Dans ce propos liminaire, je me contenterai de souligner les principales convergences et différences d'approches entre le Sénat et l'Assemblée nationale. Je ne sais pas si la CMP pourra être conclusive, car les désaccords sont trop nombreux. Toutefois, nous avons intérêt à marquer des points de convergence sur certains sujets, quitte à diverger parfois avec le Gouvernement. Il est important que nos assemblées montrent leur indépendance et que le Parlement existe.

Je commencerai par les points communs. Le Sénat a approuvé dans leur principe les mesures d'urgence mises en œuvre cette année et dont la ratification était demandée. De même, il a approuvé les diverses mesures de soutien à l'économie proposées pour faire face au couvre-feu et au confinement. C'était indispensable pour maintenir l'économie à flot. Constatant la forte dégradation de l'activité économique et la nécessité que la sécurité sociale joue pleinement son rôle de protection des Français, le Sénat a approuvé les tableaux d'équilibre et l'ensemble des articles obligatoires de ce PLFSS, malgré les déficits historiques que ceux-ci affichaient.

Au-delà de la simple urgence, je souligne que notre assemblée a également approuvé d'autres mesures contenues dans ce projet de loi, comme l'allongement du congé paternité, la pérennisation des maisons de naissance, le versement anticipé des primes de naissance, ou encore l'article 16, qui prévoit le transfert de crédits pour financer la cinquième branche consacrée à la dépendance. De plus, nous avons repris la quasi-intégralité des mesures antifraude introduites par l'Assemblée nationale et substantiellement complété ce volet en adoptant des amendements déposés sur mon initiative ou sur celle de Mme Goulet, qui avait rédigé un rapport sur le sujet, à la demande du Premier ministre, avec Mme Carole Grandjean.

En revanche, le Sénat a exprimé une forte divergence avec le Gouvernement – et avec le texte adopté par l'Assemblée nationale – sur la suite de la trajectoire financière de la sécurité sociale. À nos yeux, l'affichage de déficits supérieurs à 20 milliards d'euros jusqu'en 2024 n'est ni acceptable

ni même supportable par la sécurité sociale. En effet, le plafond de déficits transférables à la Cades que nous avons voté l'été dernier risque d'être atteint dès 2023, voire 2022. Nous en avons tiré une conséquence symbolique pour affirmer, au sein du rapport pluriannuel annexé à l'article 24, qu'il sera nécessaire d'amorcer un retour vers l'équilibre des comptes de la sécurité sociale dès que la situation économique le permettra, sans doute d'ici à deux ou trois ans. Et nous en avons surtout tiré des conséquences concrètes en adoptant plusieurs mesures qui nous ont semblé nécessaires pour y parvenir.

Tout d'abord, le Sénat a considéré qu'il importait de ne pas lester la sécurité sociale de charges qui ne sont pas les siennes. À défaut, ses déficits, déjà très élevés, seraient artificiellement majorés, ce qui se traduirait à l'avenir par un surcroît d'efforts demandés aux assurés. C'est pourquoi nous avons adopté trois amendements : le premier prévoit la compensation du budget réel de Santé publique France, qui est passé en un an de 158 millions d'euros à 4,8 milliards d'euros ; le deuxième annule les mesures de non-compensation votées pour respecter les principes du rapport Charpy-Dubertret, fondées en grande partie sur le constat que la sécurité sociale était revenue durablement à l'équilibre - cela représente plus de 4 milliards d'euros par an ; et, enfin, un troisième amendement supprime l'article 27 sur la dette hospitalière, dans la droite ligne de notre position de juillet : les hôpitaux étant la propriété de l'État et non de l'assurance maladie, il appartient à l'État de porter cette dette. La Cades n'a pas vocation à devenir un fonds d'investissement au service de l'hôpital.

Bien entendu, cette remise en ordre des responsabilités financières respectives de l'État et de la sécurité sociale ne suffira pas, à elle seule, à ramener les comptes dans le vert. Des réformes, dûment calibrées, seront également nécessaires. C'est en ce sens que le Sénat a adopté un amendement qui prévoit la réunion de la conférence des financeurs de la branche vieillesse et, en l'absence d'accord sur les retraites d'ici à un an, des mesures paramétriques sur l'âge de départ et le nombre de trimestres nécessaires pour un taux plein.

De même, tout en approuvant la création de la branche autonomie, nous avons considéré qu'il n'était pas possible d'éviter la question de son financement. Là encore, une conférence de financement devrait se réunir dès le début de l'année prochaine.

Tels étaient, en résumé, les principaux points de divergence entre nos deux assemblées. Il me semble que, sans une approche commune de ces questions, il ne sera pas possible d'élaborer un texte commun, à regret...

M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale. - Au terme de l'examen en première lecture par nos deux assemblées, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, qui comptait 51 articles initialement, comprend désormais 42 articles adoptés conformes et 125 articles encore en discussion. Le Sénat a supprimé 11 articles adoptés par l'Assemblée nationale et ajouté 67 nouveaux articles.

Au-delà de cet aspect statistique, cette première lecture laisse apparaître trois types catégories de dispositions à ce stade de la discussion.

Une première série comporte les dispositions, qu'elles aient été adoptées conformes ou non, sur lesquelles les deux assemblées sont d'accord, chacune ayant participé à l'amélioration de leur rédaction. Tel est le cas, pour la quatrième année consécutive, des articles dits « de chiffres », qui ont fait l'objet d'actualisations très significatives par l'Assemblée nationale comme le Sénat ; ces évolutions étaient nécessaires pour tenir compte des mesures prises pour faire face au regain de la crise sanitaire ou aux mesures nouvelles adoptées dans le texte, et nos deux assemblées ont pu constater leur sincérité, même si chacun aurait espéré, bien sûr, ne pas avoir à approuver des perspectives aussi sombres pour les finances sociales.

Tel est le cas aussi de dispositions plus substantielles sur un plan normatif : les articles 6 *bis* et 6 *ter* relatifs respectivement au prolongement du régime social de l'activité partielle et aux mesures d'exonérations et d'aide au paiement pour accompagner les entreprises et les travailleurs qui font face aux mesures restrictives qu'a imposées la situation sanitaire ; l'article 16 sur la gouvernance de la nouvelle branche autonomie, même si quelques précisions peuvent être encore apportées sur la rédaction de certains alinéas ; la revalorisation des carrières des personnels à l'hôpital à l'article 25 ; la création d'une nouvelle enveloppe dédiée à la prise en charge des violences conjugales à l'article 28 *bis* ; le tiers payant intégral pour les frais relatifs aux interruptions volontaires de grossesse (IVG) et pour les soins du panier 100 % Santé aux articles 33 *bis* et 33 *quater* ; la mise en place d'un régime d'indemnités journalières pour les professions libérales à l'article 34 *quater* ; l'évolution du congé de paternité à l'article 35 ; ou de nombreuses dispositions de lutte contre la fraude sociale. Le Sénat a d'ailleurs non seulement amélioré ou confirmé des dispositions adoptées par l'Assemblée nationale, mais il a aussi ajouté des dispositions bienvenues sur la lutte contre la fraude ou encore sur l'autonomie, avec en particulier la mise en place d'une allocation de vie partagée afin d'accélérer le développement de l'habitat inclusif pour les personnes handicapées.

Une deuxième série comporte des dispositions qui ont été adoptées par le Sénat malgré l'avis défavorable de la commission des affaires sociales et du Gouvernement, et qui ne sont pas sans poser des problèmes techniques ou de principe qu'il nous aurait fallu régler de toute façon, avec ou sans CMP conclusive. Je pense notamment à de nombreuses niches sociales désormais inscrites dans le texte, qui me semblent préjudiciables aux objectifs, que je sais partagés par nos deux assemblées, de responsabilité concernant les comptes publics et de cohérence du prélèvement social.

Enfin, il existe une dernière série de dispositions qui opposent diamétralement nos deux assemblées, à tel point qu'il me semble impossible de trouver aujourd'hui un texte de compromis.

Nos deux assemblées s'opposent ainsi très nettement, depuis la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et autonomie, sur la question de la dette hospitalière et, de manière plus générale, sur les contours de la sécurité sociale, que l'Assemblée nationale entend plus largement que le Sénat. Sans revenir sur le désaccord de principe sur lequel nous nous étions largement expliqués cet été lors d'une précédente commission mixte paritaire, il nous semble malvenu de supprimer les modalités de reprise de la dette hospitalière fixées à l'article 27, alors que celle-ci est très attendue par les établissements. Cette opposition sur ce sujet relativement binaire me semble peu propice au compromis.

Nos chambres s'opposent également sur la méthode, comme sur le fond, à propos d'une disposition paramétrique en matière de retraites, telle que la propose le Sénat à l'article 47 *quinquies*. Sur la forme, elle conduirait à dénaturer le processus engagé par le Gouvernement permettant au Conseil d'orientation des retraites (COR) d'établir un diagnostic et aux partenaires sociaux de se prononcer sur la base de celui-ci. En effet, tout en prévoyant une conférence de financement, le dispositif pourrait aboutir à une « réforme couperet » de grande ampleur en 2022. Sur le fond, cette réforme couperet retient des options, notamment sur l'âge légal de départ à la retraite, qui n'ont aucune raison d'être privilégiées par rapport à d'autres. Je ne surprendrai personne en disant qu'il s'agit là d'un point fondamental de désaccord.

Enfin, j'observe une forte différence d'approche globale de nos deux assemblées en matière de prélèvements sociaux. Le Sénat a alourdi la taxe prévue sur les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) en 2021, alors même que nous n'avons pas de certitude, à l'heure actuelle, sur des paramètres aussi fondamentaux que le rebond de la consommation des soins ou l'impact de la portabilité des droits sur les comptes de ces mêmes organismes. Le Sénat a aussi bouleversé le réglage fin, mais équilibré, qui avait été trouvé sur le dispositif concernant les travailleurs occasionnels et les demandeurs d'emploi (TO-DE) ; il a aussi ajouté de nouveaux dispositifs d'exonérations ciblées, parfois à l'extrême, et dont la justification, dans une période difficile pour les comptes publics, ne me semble pas évidente. Là encore, le désaccord ne peut pas surprendre : des amendements similaires avaient d'ailleurs été rejetés par notre assemblée.

De la même manière, en matière de maîtrise des dépenses de santé, le Sénat a adopté des mesures étonnantes dans le contexte actuel, sans que ces mesures semblent procéder d'une vision globale de la maîtrise médicalisée du risque. Il a notamment ouvert, à l'article 30 *bis*, une brèche importante dans le parcours de soins coordonnés, alors que ce dernier est désormais très largement consensuel.

Le constat est donc nécessairement en demi-teinte, au terme de ce panorama rapidement brossé. Je crois, en effet, que nous ne sommes pas en mesure de trouver un accord lors de cette commission mixte paritaire, mais

l'Assemblée nationale aura bien sûr à cœur, au cours de la nouvelle lecture qui se profile, de maintenir un grand nombre des avancées permises par l'examen au Sénat.

Mme Fadila Khattabi, députée, vice-présidente. – Nos rapporteurs ont tout dit. Je voudrais simplement vous rassurer, monsieur Vanlerenberghe : nos deux assemblées existent ! Si des points de divergence nous empêchent de parvenir à un accord, ils témoignent aussi de la vivacité du débat démocratique. La démocratie n'est pas menacée.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, sénateur, rapporteur pour le Sénat. – Je ne suis pas inquiet, mais, pour que la démocratie existe, il faut la faire vivre quitte à s'affranchir parfois de l'ombre tutélaire du gouvernement. Plus profondément, si l'on veut qu'une CMP aboutisse un jour, il faut un important travail préparatoire.

Mme Catherine Deroche, sénatrice, présidente. – C'est le rêve de notre rapporteur général depuis des années de parvenir à une CMP conclusive...

M. Cyrille Isaac-Sibille, député. – Quelles seraient les propositions, susceptibles d'être acceptées par l'Assemblée nationale, que vous souhaiteriez particulièrement mettre en avant ?

Mme Catherine Deroche, sénatrice, présidente. – Les divisions sont profondes et ce n'est pas en une soirée que nous parviendrons à les surmonter.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, sénateur, rapporteur pour le Sénat. – On pourrait sans doute évoquer les mesures sur les OCAM ou le dispositif TO-DE, mais surtout, je vous invite à réfléchir sur la dette hospitalière. Est-il légitime de demander à la sécurité sociale de la payer ? C'est une question de cohérence. Un Parlement uni peut avoir du poids face au Gouvernement sur de tels sujets.

Mme Catherine Deroche, sénatrice, présidente. – Si plus personne ne demande la parole, je vous propose que notre commission mixte paritaire constate qu'elle ne peut parvenir à élaborer un texte commun sur les dispositions restant en discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

*

* *

La commission mixte paritaire constate qu'elle ne peut parvenir à l'adoption d'un texte commun sur les dispositions restant en discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

TABLEAU COMPARATIF

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021

PREMIÈRE PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2019

PREMIÈRE PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2019

Article 1^{er}

Articles 1^{er} et 2
(Conformes)

Au titre de l'exercice 2019, sont approuvés :

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

(En milliards d'euros)

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

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

(En milliards d'euros)

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse...	402,6	404,5	-1,9
--	-------	-------	------

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

(En milliards d'euros)

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

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

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

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

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

Article 2

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2019, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits, tels qu'ils sont constatés dans les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2019 figurant à l'article 1^{er}.

**DEUXIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE
2020**

Article 3

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

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

Texte adopté par le Sénat en première lecture

**DEUXIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE
2020**

Article 3

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

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

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

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

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

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

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

Texte adopté par le Sénat en première lecture

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

Le taux de la contribution est fixé à 3 % pour les organismes régis par le code des assurances et à 2,2 % pour les organismes régis par le code de la mutualité, par le code de la sécurité sociale ou le code rural et de la pêche maritime.

Amdts n° 620 rect. ter, n° 700 rect., n° 908

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

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

II. – *(Non modifié)*

Article 3 *bis* (nouveau)

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le II de l'article L. 862-4 est ainsi modifié :

a) Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ce taux est applicable aux contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion obligatoire ou facultative, sous réserve que l'organisme propose aux bénéficiaires dans le cadre de ce contrat la prise en charge intégrale de la prestation d'adaptation de la prescription médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres appartenant à une classe autre que les classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1. » ;

b) Au dernier alinéa, les mots : « deuxième ou troisième » sont remplacés par les mots : « deuxième, troisième ou quatrième » ;

2° Après la deuxième phrase du dernier alinéa de

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 4

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

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

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

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

III (*nouveau*). – Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard le 1^{er} mars 2021, un rapport d'information sur l'attribution de l'aide mentionnée au I du présent article, précisant les ventilations entre les publics notamment et plus largement les personnels mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ainsi que les départements bénéficiaires.

Article 4 bis (*nouveau*)

~~Dans un délai d'un an à compter de la~~

Texte adopté par le Sénat en première lecture

l'article L. 871-1, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Ces règles fixent les conditions de la prise en charge intégrale de la prestation d'adaptation de la prescription médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres appartenant à une classe autre que les classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1. »

Amdt n° 66 rect. ter

**Article 4
(*Conforme*)**

**Article 4 bis
(*Supprimé*)**

Amdt n° 135

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

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

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 4 ter (nouveau)

I. – À la première phrase du troisième alinéa du 3° du III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, après le mot : « structures », sont insérés les mots : « à but lucratif ».

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

Amdt n° 120 rect. bis

Article 4 quater (nouveau)

I. – À la fin du quatrième alinéa du 3° du III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, les mots : « effectuées au domicile à usage privatif » sont remplacés par les mots : « mentionnées à l'article L. 7231-1 du code du travail ».

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

Amdts n° 118 rect. bis, n° 254 rect. bis

Article 4 quinquies (nouveau)

I. – Le douzième alinéa du III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « lorsque la totalité des bénéficiaires des activités d'aide à domicile ne sont pas éligibles ».

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

Amdts n° 119 rect. bis, n° 255 rect. bis

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 5

Sont ratifiés :

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

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

Article 6

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

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

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

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 5

(Conforme)

Article 6

Le montant des cotisations et contributions que l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale verse à chaque organisme attributaire en application du 5° de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale comprend les cotisations et contributions acquittées au moyen de l'aide au paiement prévue au II de l'article 65 de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020 et au II de l'article 6 ter de la présente loi.

Amdt n° 1067

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

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

Article 6 bis A (nouveau)

I. – La compensation à la branche maladie du coût réel du transfert de l'Agence nationale de santé publique au titre de l'année 2020 est assurée selon des modalités définies en loi de finances.

II. – La perte de recettes résultant pour l'État du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Amdt n° 136

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 6 bis (nouveau)

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

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

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

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

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

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

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

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

a) Le 1° du II est ainsi rédigé :

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

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

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

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

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 6 bis

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

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

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

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

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

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

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

Amdt n° 137

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

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

a) Le 1° du II est ainsi rédigé :

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

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

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

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2° Il est ajouté un e ainsi rédigé :

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

III. – Le code du travail est ainsi modifié :

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

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

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

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

Texte adopté par le Sénat en première lecture

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

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

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

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

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

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

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

II. – (*Non modifié*)

III. – Le code du travail est ainsi modifié :

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

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

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

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

l'article L. 1233-72. » ;

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

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

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

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

Par dérogation au premier alinéa du présent IV, lorsque la somme de l'indemnité légale d'activité partielle et de l'indemnité complémentaire versée par l'employeur en application d'un accord collectif ou d'une décision unilatérale est supérieure à 3,15 fois la valeur horaire du salaire minimum de croissance, la part de l'indemnité complémentaire à l'indemnité légale versée au delà de ce montant est assujettie aux contributions et cotisations sociales applicables aux revenus d'activité dans les conditions définies aux articles L. 136-1-1 et L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

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

VI. – L'article 11 de la loi n° 2020-734 du 17 juin 2020 relative à diverses dispositions liées à la crise sanitaire, à d'autres mesures urgentes ainsi qu'au retrait du

Texte adopté par le Sénat en première lecture

l'article L. 1233-72. » ;

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

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

Amdt n° 138

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

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

Amdt n° 139

IV à VIII. – *(Non modifiés)*

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Royaume-Uni de l'Union européenne est abrogé à compter du 19 juin 2020.

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

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

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

Article 6 *ter* (nouveau)

~~I. – Les employeurs de moins de deux cent cinquante salariés qui exercent leur activité principale dans les secteurs relevant du tourisme, de l'hôtellerie, de la restauration, du sport, de la culture et de l'événementiel ou dans un secteur qui en dépend, et qui subissent les effets des mesures prises à compter du 1^{er} septembre 2020 aux fins de lutter contre la propagation de l'épidémie de covid 19~~ bénéficient, dans les conditions prévues au présent article, d'une exonération totale des cotisations et contributions sociales mentionnées au I de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, à l'exception des cotisations affectées aux régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires, dues au titre des rémunérations des salariés mentionnés au II du même article L. 241-13, déterminées en application de l'article L. 242-1 du même code ou de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime.

~~Cette exonération est applicable dans les conditions suivantes :~~

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 6 *ter*

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

Amdt n° 1066

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

Amdt n° 1066

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

1° Elle bénéficie aux employeurs :

~~a) Dont l'activité a été totalement interrompue du fait de la propagation de l'épidémie de covid 19, à l'exclusion des fermetures volontaires, quel que soit leur lieu d'établissement ;~~

~~b) Ou, parmi ceux mentionnés au I, qui ont constaté une baisse de leur chiffre d'affaires d'au moins 50 % et dont le lieu d'activité est concerné par des mesures de réglementation ou d'interdiction de la circulation des personnes prises à compter du 17 octobre 2020 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire en application de l'article L. 3131-15 du code de la santé publique ;~~

~~e) Ou qui exercent leur activité principale dans un secteur dépendant de ceux mentionnés au I du présent article et qui ont constaté une baisse de leur chiffre d'affaires d'au moins 80 % ;~~

~~2° Elle porte sur les cotisations dues au titre des périodes d'emploi :~~

~~a) Courant du début du mois précédant celui au cours duquel les conditions mentionnées au 1° du présent I sont satisfaites, et au plus tôt à compter du 1^{er} septembre 2020 ;~~

~~b) Comprenant chacun des mois postérieurs au cours desquels ces conditions sont satisfaites ;~~

Texte adopté par le Sénat en première lecture

1° Les employeurs dont l'effectif est inférieur à 250 salariés qui ont été particulièrement affectés par les conséquences économiques et financières de la propagation de l'épidémie de covid-19 et qui exercent leur activité principale :

Amdt n° 1066

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

Amdt n° 1066

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

Amdt n° 1066

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

Amdt n° 1066

2° Les employeurs dont l'effectif est inférieur à 50 salariés, qui exercent leur activité principale dans d'autres secteurs que ceux mentionnés au 1° du présent B et qui ont fait l'objet d'une interdiction d'accueil du public affectant de manière prépondérante la poursuite de leur activité, à l'exception des activités de livraison, de retraite de commande ou de vente à emporter.

Amdt n° 1066

C. - L'exonération prévue au présent article est applicable aux cotisations et contributions dues par les employeurs mentionnés au 1° du B au titre des périodes d'emploi courant à compter du 1^{er} septembre 2020 à condition, pour ceux mentionnés au a du même 1°, qu'ils exercent leur activité dans un lieu concerné par les mesures de réglementation ou d'interdiction de la circulation des personnes ou d'accueil du public prises

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par le Sénat en première lecture

~~e) Jusqu'à la fin du mois précédant celui au cours duquel ces mêmes conditions ne sont plus satisfaites, et au plus tard le 31 décembre 2020. Un décret peut prolonger ces périodes, au plus tard jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel l'état d'urgence sanitaire prend fin ;~~

~~3° Cette exonération est appliquée sur les cotisations et contributions sociales mentionnées au présent I restant dues après application de toute exonération totale ou partielle de cotisations sociales, de taux spécifiques, d'assiettes ou de montants forfaitaires de cotisations. Elle est cumulable avec l'ensemble de ces dispositifs, y compris avec les mesures prévues à l'article 65 de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020.~~

~~Les conditions de mise en œuvre du présent I sont fixées par décret.~~

II. – Les employeurs mentionnés au I bénéficient d'une aide au paiement de leurs cotisations et contributions sociales, égale à 20 % du montant des rémunérations des salariés mentionnés au II de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, déterminées en application de l'article L. 242-1 du même code ou de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime, dues au titre des périodes d'emploi mentionnées au 2° du I du présent article.

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

III. – Lorsqu'ils satisfont aux conditions d'activité principale, de lieu d'exercice de l'activité et de fermeture

dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire en application de l'article L. 3131-15 du code de la santé publique avant le 30 octobre 2020. Pour les employeurs exerçant dans un lieu concerné par ces mesures à compter du 30 octobre ainsi que pour ceux établis dans les départements d'outre-mer où ces mesures ne sont pas applicables, l'exonération prévue au présent article est applicable aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'emploi courant à compter du 1^{er} octobre 2020.

Amdt n° 1066

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

Amdt n° 1066

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

Amdt n° 1066

II. – Les employeurs mentionnés au I du présent article bénéficient d'une aide au paiement de leurs cotisations et contributions sociales, égale à 20 % du montant des rémunérations des salariés mentionnés au II de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, déterminées en application de l'article L. 242-1 du même code ou de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime, dues au titre des périodes d'emploi mentionnées au 2° du I du présent article.

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

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

Amdt n° 1066

III. – Lorsqu'ils satisfont aux conditions d'activité principale, de lieu d'exercice de l'activité et de fermeture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

ou de baisse de chiffre d'affaires mentionnées au I, les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 611-1 du code de la sécurité sociale qui n'ont pas exercé l'option prévue à l'article L. 613-7 du même code et les travailleurs non-salariés agricoles mentionnés aux articles L. 722-4 et L. 781-9 du code rural et de la pêche maritime bénéficient d'une réduction des cotisations et contributions de sécurité sociale. Le montant de la réduction est fixé, pour chacun de ces secteurs, par décret.

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

IV. – Lorsqu'ils satisfont aux conditions d'activité principale, de lieu d'exercice de l'activité et de fermeture ou de baisse du chiffre d'affaires mentionnées au I, les travailleurs indépendants relevant du dispositif mentionné à l'article L. 613-7 du code de la sécurité sociale peuvent déduire des montants de chiffre d'affaires ou de recettes déclarés au titre des échéances mensuelles ou trimestrielles de l'année 2021 les montants correspondant au chiffre d'affaires ou aux recettes réalisés au titre des périodes mentionnées au 2° du I du présent article.

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

Texte adopté par le Sénat en première lecture

ou de baisse de chiffre d'affaires mentionnées au I du présent article, les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 611-1 du code de la sécurité sociale qui n'ont pas exercé l'option prévue à l'article L. 613-7 du même code et les travailleurs non-salariés agricoles mentionnés aux articles L. 722-4 et L. 781-9 du code rural et de la pêche maritime bénéficient d'une réduction des cotisations et contributions de sécurité sociale. Le montant de la réduction est fixé, pour chacun de ces secteurs, par décret.

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

Amdt n° 1066

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

Amdt n° 1066

IV à VI. – *(Non modifiés)*

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

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

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

2° Le VI est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

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

b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

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

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

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

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

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 6 quater (nouveau)

I. – En cas de limitation de la capacité d'accueil à 1 000 personnes ou moins d'un établissement recevant du public dans lequel se déroule une compétition sportive professionnelle organisée par une fédération sportive délégataire ou une ligue professionnelle constituée en application de l'article L. 132-1 du code du sport au cours de la période d'état d'urgence sanitaire ou du régime transitoire institué à la sortie de l'état d'urgence sanitaire, les cotisations et contributions sociales mentionnées au I de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale dues par les clubs sportifs professionnels y participant au titre des revenus déterminés en application de l'article L. 242-1 du même code, font l'objet d'une exonération totale pour la période allant de la date de mise en place effective de ces limitations au 30 juin 2021.

En cas de levée de ces restrictions d'accès avant le 30 juin 2021, le bénéfice de l'exonération prévue au premier alinéa du présent I cesse à compter de la date de fin de ces restrictions.

II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 7

I— Au titre de l'année 2020, sont rectifiés :

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

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie.....	206,3	238,5	-32,2
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	13,6	13,9	-0,2
Vieillesse.....	237,4	247,0	-9,5
Famille.....	47,2	50,4	-3,2
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	491,0	536,1	-45,2
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse...	488,2	536,6	-48,4

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

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie.....	204,8	237,0	-32,2
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	12,1	12,4	-0,3
Vieillesse.....	132,8	140,6	-7,8
Famille.....	47,2	50,4	-3,2
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	383,9	427,3	-43,5
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse...	382,4	429,0	-46,6

Texte adopté par le Sénat en première lecture

concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Amdt n° 953 rect. bis

Article 7

Au titre de l'année 2020, sont rectifiés :

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

(En milliards d'euros)

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

Amdt n° 1065

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

(En milliards d'euros)

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

Amdt n° 1065

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

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

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse.....	16,5	19,7	-3,2

 ;

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

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

6° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, qui est fixé à 15,9 milliards d'euros.

Article 8

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

(En milliards d'euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville.....	93,5
Dépenses relatives aux établissements de santé.....	89,9
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées.....	11,6
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées.....	12,0
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional.....	3,9
Autres prises en charge.....	7,2
Total	218,1

Texte adopté par le Sénat en première lecture

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

(En milliards d'euros)

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

 ;

Amdt n° 1065

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

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

6° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, qui est fixé à 15,9 milliards d'euros.

Article 8

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

(En milliards d'euros)

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

Amdt n° 1059

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 9

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

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

TITRE I^{ER}

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU
RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE**

CHAPITRE I^{ER}

Tenir compte de la crise de la covid-19

Article 10

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

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

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

Texte adopté par le Sénat en première lecture

**Article 9
(Supprimé)**

Amdt n° 143

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

TITRE I^{ER}

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU
RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE**

CHAPITRE I^{ER}

Tenir compte de la crise de la covid-19

Article 10 A (nouveau)

I. – Au 1° du II de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, les mots : « au 5° *bis* du III de l'article L. 136-1-1, au 3 *bis* de l'article L. 136-8, aux huitième, onzième et douzième alinéas de l'article L. 137-15, » sont supprimés.

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

Amdt n° 144

Article 10

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

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

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Le taux de la contribution est fixé à ~~4,3~~ %.

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

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

Article 11

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

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

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

Article 12

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

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

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

Article 13

~~Au 4° du III de l'article 8 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale~~

Texte adopté par le Sénat en première lecture

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

Amdt n° 145

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

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

Articles 11 et 12
(Conformes)

Article 13

I. – Le 4° du III de l'article 8 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

~~pour 2019, la date : « 1^{er} janvier 2021 » est remplacée par la date : « 1^{er} janvier 2023 ».~~

Texte adopté par le Sénat en première lecture

la sécurité sociale pour 2019 est abrogé.

Amdts n° 146, n° 672 rect. bis, n° 698, n° 705 rect.

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

Amdts n° 146, n° 672 rect. bis, n° 698, n° 705 rect.

Article 13 bis A (nouveau)

I. – L'avant-dernier alinéa du I de l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° L'année : « 2019 » est remplacée par les mots : « 2021 et jusqu'au 31 décembre 2022 » ;

2° Le taux : « 20 % » est remplacé par le taux : « 25 % ».

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

Amdt n° 100 rect.

Article 13 bis B (nouveau)

I. – Le troisième alinéa du I de l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° Les mots : « à l'exclusion des tâches réalisées par des entreprises de travaux forestiers, » sont supprimés ;

2° Après la référence : « L. 722-1 », sont insérés les mots : « et au 1° de l'article L. 722-2 ».

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

Amdts n° 693 rect. bis, n° 958 rect. bis

Article 13 bis C (nouveau)

I. – L'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au III ter, les mots : « et III bis » sont

remplacés par les références : « , III bis et IV » :

2° Le IV est ainsi rétabli :

« IV. – Par dérogation au I du présent article, sont également assujettis à la contribution sociale au taux de 3,8 % les revenus mentionnés au a du I de l'article L. 136-6 dès lors que les biens à l'origine des revenus visés sont donnés à bail :

« a) Dans les conditions prévues aux articles L. 411-1, L. 416-1 à L. 416-6, L. 416-8 et L. 416-9 du code rural et de la pêche maritime ou à bail cessible dans les conditions prévues aux articles L. 418-1 à L. 418-5 du même code :

« b) À un exploitant agricole respectant les critères de l'article D. 343-4 dudit code, et dont la surface totale d'exploitation n'excède pas 1,5 fois le seuil mentionné au II de l'article L. 312-1 du même code. »

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

Amdts n° 422 rect., n° 706 rect. bis

Article 13 bis D (nouveau)

I. – L'article L. 241-2-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation, la réduction est applicable à l'ensemble des établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles quel que soit leur statut. »

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

Amdts n° 323 rect. ter, n° 29 rect. quater, n° 524 rect. quinquies, n° 788 rect.

Article 13 bis E (nouveau)

I. – Le premier alinéa du I de l'article L. 243-6 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« La demande de remboursement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales indûment versées ne peut concerner que les cotisations acquittées au cours des trois années civiles qui précèdent l'année de cette demande ainsi que les cotisations acquittées au cours de l'année de versement. »

II. – La perte de recettes résultant pour les

organismes de sécurité sociale du I du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Amdt n° 822 rect. ter

Article 13 bis F (nouveau)

I. – Le dernier alinéa de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Dans les zones mentionnées au même 1°, les médecins exerçant au-delà de l'âge légal de départ en retraite bénéficient d'un abaissement de leurs charges sociales. »

II. – Les modalités d'application du I du présent article sont précisées par décret.

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

Amdt n° 212 rect. bis

Article 13 bis G (nouveau)

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

1° Le second alinéa de l'article L. 731-25 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Nonobstant l'article L. 613-1 du code de la sécurité sociale, la réduction est également applicable aux personnes bénéficiant de l'exonération partielle mentionnées à l'article L. 731-13 du présent code. » :

2° Le deuxième alinéa de l'article L. 731-35 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Nonobstant l'article L. 621-3 du code de la sécurité sociale, la réduction est également applicable aux personnes bénéficiant de l'exonération partielle mentionnées à l'article L. 731-13 du présent code. »

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

Amdt n° 423 rect.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 13 bis (nouveau)

I. – Après l'article L. 241-13 du code de sécurité sociale, il est inséré un article L. 241-13-1 ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

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

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

« La réduction d'activité est appréciée selon les modalités définies par décret pour le bénéfice du fonds de solidarité à destination des entreprises particulièrement touchées par les conséquences économiques, financières et

Texte adopté par le Sénat en première lecture

**Article 13 bis
(Conforme)**

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

sociales de la propagation de l'épidémie de covid-19.

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

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

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 13 *ter* A (nouveau)

I. – Les cotisations dues au titre des prestations familiales, des accidents du travail et des maladies professionnelles, de l'assurance maladie, invalidité et maternité, de l'assurance vieillesse par les travailleurs relevant du régime de protection sociale défini à l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime font l'objet d'une exonération totale ou partielle dans les conditions prévues au II du présent article.

II. – Cette exonération est accordée aux travailleurs non-salariés agricoles mentionnés au 1° de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime qui exercent leur activité principale dans le secteur de la culture de la vigne mentionné à l'annexe II du décret n° 2020-371 du 30 mars 2020 relatif au fonds de solidarité à destination des entreprises particulièrement touchées par les conséquences économiques, financières et sociales de la propagation de l'épidémie de covid-19 et des mesures prises pour limiter cette propagation et dont l'activité a été réduite au cours de l'année 2020 d'au moins 40 % par rapport à l'année précédente.

Le montant de l'exonération est égal au produit des revenus d'activité de l'année tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime et d'un coefficient. Ce coefficient est déterminé proportionnellement à la perte subie par application d'une formule fixée par décret.

Les travailleurs non-salariés agricoles mentionnés au 1° de l'article L. 722-1 du même code qui ne bénéficient pas du présent dispositif d'exonération peuvent demander à bénéficier d'une remise partielle des dettes de cotisations et contributions mentionnées au I du présent article constituées au titre de l'année 2020 ou d'un échéancier de règlement sur trente-six mois. Le niveau de la remise ne peut excéder le sixième des sommes dues au titre de l'année 2020.

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

III. – Les modalités d'application du présent article

sont fixées par décret.

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

Amdt n° 428 rect. bis

Article 13 *ter* B (nouveau)

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

« Art. L. 241-14. – I. – Les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des assurances sociales et des allocations familiales, les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, mentionnées à l'article L. 241-13, à l'exception des cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires, qui sont assises sur des gains et rémunérations tels que définis à l'article L. 242-1 du présent code ou à l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime, font l'objet d'une exonération totale ou partielle dans les conditions prévues au II du présent article.

« II. – Cette exonération est assise au titre de l'année 2021 sur les revenus d'activité versés aux salariés mentionnés au 1° et aux 6° à 10° de l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime exerçant leur activité principale dans le secteur de la culture de la plante de canne à sucre, mentionnée à l'annexe II du décret n° 2020-371 du 30 mars 2020, dans les collectivités territoriales régies par les articles 73 et 74 de la Constitution.

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

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

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

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

« Une remise peut être accordée par le directeur de l'organisme de recouvrement dont relèvent les travailleurs à ceux des employeurs dont l'activité a été réduite au

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 13 *ter* (nouveau)

Le II de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« II. – ~~Par dérogation au I, sont exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale :~~

~~« 1° Les sommes allouées au salarié au titre de l'intéressement prévu à l'article L. 3312-4 du code du travail ;~~

~~« 2° Les sommes réparties au titre de la réserve spéciale de participation conformément aux dispositions de l'article L. 3324-5 du même code ;~~

~~« 3° Les sommes versées par l'employeur à un plan d'épargne en application de l'article L. 3332-11 du même code et de l'article L. 224-21 du code monétaire et financier ;~~

Texte adopté par le Sénat en première lecture

cours de la période d'activité par rapport à la même période de l'année précédente et qui ne peuvent pas bénéficier du présent dispositif d'exonération. Le niveau de la remise ne peut excéder le sixième des sommes dues au titre de l'année 2020.

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

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

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

Amdt n° 490 rect.

Article 13 *ter*

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

Amdt n° 1 rect. ter

« II. – *(Alinéa supprimé)*

« 1° *(Alinéa supprimé)*

« 2° *(Alinéa supprimé)*

« 3° *(Alinéa supprimé)*

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

~~« 4° Les contributions des employeurs destinées au financement des prestations de protection sociale complémentaire entrant dans le champ des articles L. 911 1 et L. 911 2 du présent code, servies au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit par des institutions de prévoyance, par des institutions de gestion de retraite supplémentaire, par des mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance et de capitalisation, par des entreprises régies par le code des assurances ou par tout gestionnaire d'un plan d'épargne retraite mentionné à l'article L. 224 8 du code monétaire et financier, lorsque les garanties revêtent un caractère obligatoire et bénéficient à titre collectif à l'ensemble des salariés ou à une partie d'entre eux, sous réserve qu'ils appartiennent à une catégorie établie à partir de critères objectifs déterminés par décret en Conseil d'État :~~

~~« a) Dans des limites fixées par décret, pour les contributions au financement de prestations de retraite supplémentaire déterminées par décret. L'abondement de l'employeur à un plan d'épargne pour la retraite collectif exonéré aux termes de l'article L. 3334 6 du code du travail et à un plan d'épargne retraite d'entreprise exonéré aux termes du 3° du présent II sont pris en compte pour l'application de ces limites ;~~

~~« b) Dans des limites fixées par décret, pour les contributions au financement de prestations complémentaires de prévoyance, à condition, lorsque ces contributions financent des garanties portant sur la prise en charge de frais de santé, que ces garanties soient conformes aux dispositions de l'article L. 871 1 du présent code. L'exclusion d'assiette est aussi applicable au versement de l'employeur mentionné à l'article L. 911 7 1.~~

~~« Les dispositions du présent 4° ne sont pas applicables lorsque les contributions des employeurs se substituent à d'autres revenus d'activité qui ont été soumis à cotisations en application du I du présent article et versés au cours des douze derniers mois ;~~

~~« 5° La contribution de l'employeur d'une entreprise de moins de cinquante salariés à l'acquisition des chèques vacances, dans les conditions fixées aux articles L. 411 9 et L. 411 10 du code du tourisme ;~~

~~« 6° Les avantages mentionnés au I des articles 80 bis et 80 quaterdecies du code général des impôts. L'avantage correspondant à la différence définie au II de l'article 80 bis du même code est pris en compte dans la détermination de l'assiette définie au I du présent article lors de la levée de l'option ;~~

~~« 7° Dans la limite de deux fois le montant annuel du plafond défini à l'article L. 241 3 du présent code, les indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail ou de la cessation forcée des fonctions de mandataires sociaux, dirigeants et personnes mentionnées à l'article 80 ter du code général des impôts qui ne sont pas imposables en application de l'article 80 duodecies du~~

Texte adopté par le Sénat en première lecture

~~« 4° (Alinéa supprimé)~~

~~« a) (Alinéa supprimé)~~

~~« b) (Alinéa supprimé)~~

~~(Alinéa supprimé)~~

~~« 5° (Alinéa supprimé)~~

~~« 6° (Alinéa supprimé)~~

~~« 7° (Alinéa supprimé)~~

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

~~même code. Toutefois, sont intégralement assujetties à cotisations les indemnités versées à l'occasion de la cessation forcée des fonctions de mandataires sociaux, dirigeants et personnes mentionnées à l'article 80 ter du même code d'un montant supérieur à cinq fois le montant annuel du plafond défini à l'article L. 241-3 du présent code, ainsi que celles versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail d'un montant supérieur à dix fois le montant de ce même plafond. En cas de cumul d'indemnités versées à l'occasion de la cessation forcée des fonctions et de la rupture du contrat de travail, il est fait masse de l'ensemble de ces indemnités ; lorsque le montant de celles-ci est supérieur à cinq fois le montant annuel du plafond défini à l'article L. 241-3, ces indemnités sont intégralement assujetties à cotisations. »~~

Article 13 quater (nouveau)

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

Texte adopté par le Sénat en première lecture

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

Amdt n^o 1 rect. ter

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

Amdt n^o 1 rect. ter

2^o Le 8^o du II de l'article L. 242-1, dans sa rédaction résultant de l'article 37 bis de la loi n^o du d'accélération et de simplification de l'action publique, est abrogé.

Amdt n^o 1 rect. ter

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

Amdt n^o 1 rect. ter

Article 13 quater

I. – Le 1^o du B du III de l'article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1^o À la fin, les mots : « et de la production audiovisuelle » sont supprimés ;

2^o (nouveau) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Le montant de l'exonération calculé selon les modalités prévues au dernier alinéa du présent B est applicable aux employeurs relevant des secteurs du bâtiment et des travaux publics pour le paiement des cotisations et contributions mentionnées au I de l'article L. 241-13 dues sur les années 2021 et 2022 ; ».

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

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

Article 13 quinquies (nouveau)

I. – L'article 17 de la loi n° 90-1067 du 28 novembre 1990 relative à la fonction publique territoriale et portant modification de certains articles du code des communes est ainsi modifié :

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

2° ~~L'avant-dernier~~ alinéa est ainsi rédigé :

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

3° Le dernier alinéa est supprimé.

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

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Amdt n° 110 rect. ter

II. – *(Non modifié)*

III (nouveau). – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du 2° du I du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Amdt n° 110 rect. ter

Article 13 quinquies A (nouveau)

I. – L'article L. 646-3 du code de la sécurité sociale est abrogé.

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

Amdts n° 129 rect. ter, n° 284 rect. quater, n° 466 rect. sexies, n° 668 rect. quinquies

Article 13 quinquies

I. – L'article 17 de la loi n° 90-1067 du 28 novembre 1990 relative à la fonction publique territoriale et portant modification de certains articles du code des communes est ainsi modifié :

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

2° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« L'indemnité de feu est assujettie aux retenues et contributions supportées au titre des pensions par les intéressés et leurs collectivités employeurs dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;

Amdts n° 258 rect., n° 148

3° Le dernier alinéa est supprimé.

II. – *(Non modifié)*

III (nouveau). – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale de la suppression de la majoration de la retenue supportée par les intéressés est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 13 *sexies* (nouveau)

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

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

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

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

Texte adopté par le Sénat en première lecture

du code général des impôts.

Amdt n° 258 rect.

**Article 13 *sexies*
(Conforme)**

Article 13 *septies* (nouveau)

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

1° L'article L. 136-6 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du I, les mots : « fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « qui sont à la fois redevables de l'impôt sur le revenu en France à raison de certains de leurs revenus et simultanément assujettis à quelque titre que ce soit à un régime obligatoire français d'assurance maladie » ;

b) Les I *bis* et I *ter* sont abrogés ;

c) À la première phrase du premier alinéa du III, la première occurrence du mot : « à » est remplacée par le

mot : « et » :

2° L'article L. 136-7 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi modifié :

– au premier alinéa, les mots : « fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « qui sont à la fois redevables de l'impôt sur le revenu en France à raison de certains de leurs revenus et simultanément assujettis, à quelque titre que ce soit, à un régime obligatoire français d'assurance maladie » ;

– à la première phrase du 1°, les mots : « fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « qui sont à la fois redevables de l'impôt sur le revenu en France, à raison de l'origine de certains de leurs revenus et simultanément assujettis à un régime obligatoire français d'assurance maladie » ;

b) Les I bis et I ter sont abrogés ;

c) Le deuxième alinéa du VI est supprimé.

II. – L'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifiée :

1° Au premier alinéa du I de l'article 15, les références : « aux I et I bis » sont remplacées par la référence : « au I » ;

2° À la première phrase du I de l'article 16, les références : « aux I et I bis » sont remplacées par la référence : « au I ».

III. – Le 1° du I s'applique aux revenus perçus à compter du 1^{er} janvier 2021.

IV. – Le 1° du I s'applique aux plus-values réalisées au titre des cessions intervenues à compter du 1^{er} janvier 2021.

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

Amdt n° 657 rect. bis

Article 13 octies (nouveau)

I. – Le premier alinéa de l'article L. 382-31 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Toutefois, si ce dépassement résulte d'un cumul d'indemnités et que le montant de l'indemnité principale est inférieur à ce seuil, il n'est pas tenu compte de l'indemnité au montant le plus faible dans le calcul du

montant total. »

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

Amdt n° 871 rect. ter

CHAPITRE I^{ER} BIS

**Encourager l'activité des jeunes et faciliter leur
insertion sur le marché de l'emploi**

(Division et intitulé nouveaux)

Amdt n° 89 rect. bis

Article 13 *nonies* (nouveau)

I. – À titre expérimental et pendant une durée de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi, tout mineur âgé de seize ans révolus est attributaire d'un numéro d'identification valant, le cas échéant, immatriculation pour l'exercice à titre de travailleur indépendant au sens de l'article L. 631-1 du code de la sécurité sociale, jusqu'à son vingt-cinquième anniversaire et dans la limite d'un chiffre d'affaires annuel ne dépassant pas 12 000 €, d'une activité soumise au régime défini à l'article 50-0 du code général des impôts.

Pour l'application du I de l'article L. 613-7 du code de la sécurité sociale, le taux global des cotisations et contributions de sécurité sociale dont sont redevables les travailleurs indépendants dont l'activité relève du premier alinéa du présent article est fixé à 5 %.

Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions de l'article 388-1-2 du code civil.

Le numéro d'identification est communiqué au mineur au moins deux mois avant son seizième anniversaire. À cette occasion, le mineur est informé de sa possibilité d'exercer une activité de travailleur indépendant dans les conditions prévues aux trois premiers alinéas du présent I ; il lui est précisé que, en cas de dépassement de la limite mentionnée au premier alinéa, et en tout état de cause à compter de son vingt-cinquième anniversaire, la poursuite de son activité sous le régime de l'article 50-0 du code général des impôts est subordonnée aux conditions d'immatriculation prévues par les lois et règlements et que le taux global des cotisations et contributions de sécurité sociale dont il est redevable à ce titre est celui fixé par le décret prévu au premier alinéa du I de l'article L. 631-1 du code de la sécurité sociale. Ces éléments relatifs à la poursuite de son activité à compter de son vingt-cinquième anniversaire lui sont rappelés au plus tard six mois avant cette échéance.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

CHAPITRE II

Poursuivre les simplifications pour les acteurs de l'économie

Article 14

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

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

1° Au III de l'article L. 131-6-4, après le mot : « cotisations », sont insérés les mots : « , ni avec celui prévu au 37° de l'article L. 311-3, » ;

2° L'article L. 311-3 est ainsi modifié :

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

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

« 37° Les particuliers qui vendent des biens neufs qu'ils ont confectionnés ou achetés pour les revendre ou qui fournissent des services rémunérés de manière ponctuelle et qui exercent l'option pour relever du régime général, dès lors que leurs recettes annuelles ne dépassent

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Six mois au moins avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport procédant à son évaluation.

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

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

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

Amdt n° 89 rect. bis

CHAPITRE II

Poursuivre les simplifications pour les acteurs de l'économie

Article 14

(*Conforme*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

pas un montant de 1 500 €. Les cotisations et contributions de sécurité sociale dues par ces personnes sont calculées sur une assiette constituée de leurs recettes diminuées d'un abattement forfaitaire fixé par décret, qui ne peut pas être inférieur à l'abattement prévu au premier alinéa du 1 de l'article 102 *ter* du code général des impôts ni supérieur au plus élevé des abattements prévus à la première phrase du cinquième alinéa du 1 de l'article 50-0 du même code. Lorsque le montant mentionné à la première phrase du présent 3^o est dépassé au titre de deux années consécutives, ou le triple de ce montant au titre d'une même année, l'option cesse d'être applicable à compter de l'année suivante. » ;

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

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

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 14 bis A (nouveau)

I. – Après le d du 4^o du III de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un d bis ainsi rédigé :

« d bis) La carte accordée par nécessité de service aux salariés des opérateurs de transports publics urbains, en application d'une convention collective nationale ; ».

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

Amdt n° 622 rect. bis

Article 14 bis B (nouveau)

I. – À titre expérimental et pour une durée de trois ans à compter de la promulgation de la présente loi, pour les besoins de la recherche et de la constatation des fraudes en matière sociale énumérées à l'article L. 114-16-2 du code de la sécurité sociale, les agents de l'État ou des organismes de sécurité sociale peuvent, chacun pour ce qui les concerne, collecter et exploiter au moyen de traitements informatisés et automatisés n'utilisant aucun système de reconnaissance faciale les contenus, librement accessibles sur les sites internet des opérateurs de plateforme en ligne mentionnés au 2^o du I de l'article L. 111-7 du code de la consommation, manifestement rendus publics par leurs utilisateurs.

Les traitements mentionnés au premier alinéa du présent I sont mis en œuvre par les agents mentionnés au premier alinéa de l'article L. 114-16-1 du code de la

sécurité sociale spécialement habilités à cet effet par leur directeur ou directeur général de leur organisme ou administratif respectif et ayant le grade de contrôleur ou équivalent, dans les conditions précisées par décret en Conseil d'État. Les agents concourant à la conception et à la mise en œuvre des traitements en cause sont tenus au secret professionnel.

Les données à caractère personnel mentionnées au premier alinéa du présent I ne peuvent faire l'objet d'une opération de collecte, de traitement et de conservation de la part d'un sous-traitant, à l'exception de la conception des outils de traitement des données.

Les données sensibles, au sens du I de l'article 6 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et les autres données manifestement sans lien avec les infractions mentionnées au premier alinéa du présent I sont détruites au plus tard cinq jours ouvrés après leur collecte.

Lorsqu'elles sont de nature à concourir à la constatation des manquements et infractions mentionnés au même premier alinéa, les données collectées strictement nécessaires sont conservées pour une période maximale d'un an à compter de leur collecte et sont détruites à l'issue de cette période. Toutefois, lorsqu'elles sont utilisées dans le cadre d'une procédure administrative ou pénale, ces données peuvent être conservées jusqu'au terme de la procédure.

Les autres données sont détruites dans un délai maximum de trente jours à compter de leur collecte.

Lorsque les traitements réalisés permettent d'établir qu'il existe des indices qu'une personne a pu commettre un des manquements énumérés audit premier alinéa, les données collectées sont transmises au service compétent de l'administration ou de l'organisme pour corroboration et enrichissement.

Ces données ne peuvent être opposées à cette personne que dans le cadre d'une procédure de contrôle garantissant le respect du principe du contradictoire et des droits de la défense.

Le droit d'accès aux informations collectées s'exerce auprès du service d'affectation des agents habilités à mettre en œuvre les traitements mentionnés au deuxième alinéa du présent I dans les conditions prévues à l'article 105 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Le droit d'opposition prévu à l'article 110 de la même loi ne s'applique pas aux traitements mentionnés au deuxième alinéa du présent I.

Les modalités d'application du présent I sont fixées par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret précise les conditions dans lesquelles la mise en

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 14 bis (nouveau)

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

Article 14 ter (nouveau)

Après l'article L. 713-12 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 713-13 ainsi rédigé :

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

Article 15

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

« Art. L. 731-13-2. – I. – Les personnes mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 731-23 ont l'obligation de déclarer par voie dématérialisée les éléments nécessaires au calcul de leurs cotisations et contributions sociales dans le cadre de la souscription de la déclaration prévue à l'article 170 du code général des impôts selon les modalités déterminées au même article 170. Dans les cas où la déclaration mentionnée audit article 170 n'est pas souscrite dans les conditions

Texte adopté par le Sénat en première lecture

œuvre des traitements mentionnés au premier alinéa du présent I est, à toutes les étapes de celle-ci, proportionnée aux finalités poursuivies. Il précise également en quoi les données sont adéquates, pertinentes et, au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées, limitées à ce qui est strictement nécessaire.

II. – L'expérimentation prévue au I fait l'objet d'une analyse d'impact relative à la protection des données à caractère personnel dont les résultats sont transmis à la Commission nationale de l'informatique et des libertés, dans les conditions prévues à l'article 62 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 précitée.

III. – L'expérimentation prévue au I du présent article fait l'objet d'une première évaluation dont les résultats sont transmis au Parlement ainsi qu'à la Commission nationale de l'informatique et des libertés au plus tard dix-huit mois avant son terme.

Un bilan définitif de l'expérimentation est transmis au Parlement ainsi qu'à la Commission nationale de l'informatique et des libertés au plus tard six mois avant son terme.

Amdt n° 204 rect.

**Article 14 bis
(Supprimé)**

Amdt n° 150

**Article 14 ter
(Conforme)**

Article 15

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

« Art. L. 731-13-2. – I. – Les personnes mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 731-23 ont l'obligation de déclarer par voie dématérialisée les éléments nécessaires au calcul de leurs cotisations et contributions sociales dans le cadre de la souscription de la déclaration prévue à l'article 170 du code général des impôts selon les modalités déterminées au même article 170. Dans les cas où la déclaration mentionnée audit article 170 n'est pas souscrite dans les conditions

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

mentionnées à la première phrase du présent alinéa, les personnes mentionnées aux articles L. 722-4 et L. ~~731-23~~ du présent code sont tenues d'effectuer la déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales par voie dématérialisée auprès des caisses de mutualité sociale agricole dont elles relèvent.

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

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

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

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

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

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

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

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

Texte adopté par le Sénat en première lecture

mentionnées à la première phrase du présent alinéa, les personnes mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 731-23 sont tenues d'effectuer la déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales par voie dématérialisée auprès des caisses de mutualité sociale agricole dont elles relèvent.

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

Amdt n° 1062

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

Amdt n° 1062

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

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

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

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

II et III. – *(Non modifiés)*

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

III. – L'article L. 613-2 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, est complété par un IV ainsi rédigé :

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

Article 15 bis (nouveau)

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

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

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

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

« b) Des cotisations dues pour la couverture des prestations du régime d'assurance vieillesse, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles des industries électriques et gazières mentionné à l'article 16 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières.

« Les caisses de mutualité sociale agricole sont chargées du recouvrement des majorations et pénalités de

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 15 bis A (nouveau)

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

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

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

Amdt n° 1063

Article 15 bis

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

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

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

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

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

Amdt n° 151

« Les caisses de mutualité sociale agricole sont chargées du recouvrement des majorations et pénalités de

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

retard afférentes à ces cotisations. »

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

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

Article 15 ter (nouveau)

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

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

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

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

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

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

b) Il est ajouté un 4° ainsi rédigé :

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

Texte adopté par le Sénat en première lecture

retard afférentes à ces cotisations. »

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

Amdt n° 151

II et III. – *(Non modifiés)*

**Articles 15 ter à 15 quinquies
(Conformes)**

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 15 quater (nouveau)

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

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

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

« *Art. L. 133-5-9-1.* – Un dispositif simplifié obligatoire de déclaration et de paiement des cotisations et contributions sociales d'origine légale ou conventionnelle est utilisé par les marins non salariés mentionnés au 3° de l'article L. 5511-1 du code des transports exerçant une activité directement liée à l'exploitation du navire ainsi que par leur conjoint collaborateur mentionné à l'article L. 5556-1 du même code.

« Ce dispositif permet de satisfaire les formalités :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

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

Article 15 quinquies (nouveau)

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

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

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

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

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

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

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

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

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 15 sexies (nouveau)

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

1° À la première phrase, les mots : « sociales, les » sont remplacés par les mots : « sociales, le paiement est prioritairement imputé sur la créance due au principal, puis le cas échéant sur les majorations de retard et pénalités restant dues et sur les frais de justice. Pour l'affectation du paiement partiel aux sommes dues à titre principal, les » ;

2° La seconde phrase est ainsi modifiée :

a) Après le mot : « affecté », sont insérés les mots : « au prorata du montant de chaque créance » ;

b) À la fin, les mots : « selon un ordre fixé par décret » sont remplacés par les mots : « salariales, puis patronales et enfin aux autres contributions patronales » ;

c) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Toutefois, pour ces dernières, l'imputation est

prioritairement effectuée sur les dettes les plus anciennes. »

Amdt n° 837 rect. bis

Article 15 septies (nouveau)

I. – A. – L'examen d'éligibilité ainsi que l'accord sur un ou plusieurs droits et prestations mentionnés au B du présent I entraînent automatiquement l'examen d'éligibilité ainsi que, le cas échéant, l'accord sur l'ensemble des droits et prestations mentionnés au même B.

B. – Le A est applicable aux bénéficiaires des droits et prestations suivants :

1° L'allocation aux adultes handicapés, et le complément de ressources prévus aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 821-1-1 du même code dans sa rédaction antérieure au 1^{er} décembre 2019 ;

2° La prime d'activité telle que définie au titre IV du livre VIII dudit code ;

3° Le revenu de solidarité active tel que défini à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles ;

4° Les aides personnelles au logement telles que définies à l'article L. 821-1 du code de la construction et de l'habitation ;

5° L'allocation prévue aux articles 35 et 35-1 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, dans sa rédaction antérieure au 1^{er} décembre 2019 ;

6° L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et ses compléments prévus à l'article L. 541-1 du code de la sécurité sociale ;

7° L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et ses compléments prévus à l'article 10-1 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et à la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité de Mayotte ;

8° L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et ses compléments prévus au 9° de l'article 11 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 ;

9° La carte mobilité inclusion prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles ;

10° La prestation de compensation du handicap

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par le Sénat en première lecture

prévue à l'article L. 245-1 du même code affectée aux charges mentionnées aux 1°, 4° et 5° de l'article L. 245-3 dudit code ;

11° Tous les autres droits ou prestations mentionnés à l'article L. 241-6 du même code relevant de la compétence de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du même code.

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

III. – La perte de recettes résultant pour les collectivités territoriales du I du présent article est compensée, à due concurrence, par une majoration de la dotation globale de fonctionnement.

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

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

Amdt n° 787 rect.

CHAPITRE III

Créer la nouvelle branche Autonomie

Article 16

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

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

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

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

« 2° De piloter et d'assurer l'animation et la coordination, dans le champ des politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, des acteurs participant à leur mise en œuvre en vue de garantir l'équité, notamment territoriale, la qualité et l'efficacité de l'accompagnement des personnes concernées. À ce titre, elle assure la collecte et la

CHAPITRE III

Créer la nouvelle branche Autonomie

Article 16

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

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

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

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

« 2° De piloter et d'assurer l'animation et la coordination, dans le champ des politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, des acteurs participant à leur mise en œuvre en vue de garantir l'équité, notamment territoriale, la qualité et l'efficacité de l'accompagnement des personnes concernées. À ce titre, elle assure la collecte et la

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

valorisation des données relatives aux besoins et à l'offre de services et de prestations. Elle conçoit et met en œuvre des systèmes d'information pouvant comporter l'hébergement de données de santé en lien avec le groupement public prévu à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique. Elle met ~~à disposition une expertise technique et veille~~ au développement de la formation ~~auprès des professionnels de l'aide à l'autonomie~~ ;

« 3° De contribuer, en assurant une répartition équitable sur le territoire national, au financement ~~de la~~ prévention de la perte d'autonomie, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des prestations individuelles d'aide à l'autonomie et des dispositifs mis en place aux niveaux national ou local en faveur de l'autonomie et des proches aidants et de contribuer au financement de l'investissement dans le champ du soutien à l'autonomie. Pour l'exercice de ces missions, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut confier la réalisation d'opérations aux organismes des régimes obligatoires de sécurité sociale, dans des conditions faisant l'objet de conventions entre la caisse et ces organismes ;

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

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

« 6° De contribuer à la réflexion prospective sur les politiques de l'autonomie et de proposer toute mesure visant à améliorer la couverture du risque ;

« 7° (*nouveau*) De contribuer à l'attractivité des métiers participant à l'accompagnement et au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, notamment au travers de ses actions en

Texte adopté par le Sénat en première lecture

valorisation des données relatives aux besoins et à l'offre de services et de prestations. Elle conçoit et met en œuvre des systèmes d'information pouvant comporter l'hébergement de données de santé en lien avec le groupement public prévu à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique. Elle met son expertise technique à la disposition des personnes publiques et des professionnels de l'aide à l'autonomie et soutient le développement de la formation dans ce domaine. Elle assure un rôle d'accompagnement et d'appui aux maisons départementales de l'autonomie mentionnées à l'article L. 149-4 du présent code ainsi qu'un rôle d'évaluation de leur contribution à la politique de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées ;

Amdts n° 152, n° 1012

« 3° De contribuer, en assurant une répartition équitable sur le territoire national, au financement et au pilotage d'une politique de prévention de la perte d'autonomie et de lutte contre l'isolement, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des prestations individuelles d'aide à l'autonomie et des dispositifs mis en place aux niveaux national ou local en faveur de l'autonomie et des proches aidants et de contribuer au financement de l'investissement dans le champ du soutien à l'autonomie. Pour l'exercice de ces missions, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut confier la réalisation d'opérations aux organismes des régimes obligatoires de sécurité sociale, dans des conditions faisant l'objet de conventions entre la caisse et ces organismes ;

Amdt n° 401 rect.

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

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

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

Amdts n° 721 rect., n° 723 rect.

« 7° De contribuer à l'attractivité des métiers participant à l'accompagnement et au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, notamment au travers de ses actions en

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

faveur de la formation et de la professionnalisation des professionnels » ;

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

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

a) Le deuxième alinéa du III est ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

d) Le VI est abrogé ;

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

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

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

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

« 3° Des produits divers, dons et legs ;

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

Texte adopté par le Sénat en première lecture

faveur de la formation et de la professionnalisation des professionnels ;

« 8° (nouveau) De favoriser l'essor de la démocratie médico-sociale en assurant l'association des représentants d'usagers dans le champ des politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées au niveau local. » ;

Amdt n° 412

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

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

a) Le deuxième alinéa du III est ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

d) Le VI est abrogé ;

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

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

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

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

« 3° Des produits divers, dons et legs ;

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« 4° Le financement des autres dépenses d'intervention en faveur des personnes handicapées, des personnes âgées dépendantes et des proches aidants entrant dans le champ des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie définies à l'article L. 14-10-1. À cette fin, elle peut contribuer au financement du fonds prévu à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique pour le soutien à des actions, des expérimentations, des dispositifs ou des structures qui participent à la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées ;

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

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

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

Texte adopté par le Sénat en première lecture

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Amdt n° 153

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

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

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

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

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

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

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

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

c) Le dernier alinéa du même 1° est supprimé ;

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

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

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

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

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

d) Les quatre derniers alinéas du III sont supprimés ;

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

10° L'article L. 14-10-7-1 ainsi rétabli :

« Art. L. 14-10-7-1. – I. – Le concours mentionné au *c* du 3° de l'article L. 14-10-5 est réparti en fonction de tout ou partie des critères mentionnés aux *a* à *f* du III de l'article L. 14-10-7 selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État pris après avis de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

« II. – En l'absence de potentiel fiscal prévu à

Texte adopté par le Sénat en première lecture

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

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

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

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

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

c) Le dernier alinéa du même 1° est supprimé ;

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

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

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

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

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

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

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

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

« Art. L. 14-10-7-1. – I. – Le concours mentionné au *c* du 3° de l'article L. 14-10-5 est réparti en fonction de tout ou partie des critères mentionnés aux *a* à *f* du III de l'article L. 14-10-7 selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État pris après avis de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

« II. – En l'absence de potentiel fiscal prévu à

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

l'article L. 3543-1 du code général des collectivités territoriales, le concours mentionné au c du 3° de l'article L. 14-10-5 du présent code est déterminé en retenant, pour les collectivités concernées, une valeur nulle de ce même potentiel.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

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

Texte adopté par le Sénat en première lecture

l'article L. 3543-1 du code général des collectivités territoriales, le concours mentionné au c du 3° de l'article L. 14-10-5 du présent code est déterminé en retenant, pour les collectivités concernées, une valeur nulle de ce même potentiel.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

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

14° (nouveau) Au deuxième alinéa de l'article L. 233-2, les mots : « mentionné au 2° de l'article L. 14-10-10 » sont remplacés par les mots : « correspondant aux autres actions de prévention

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

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

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

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

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

« Section 14

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

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

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

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

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

« 1° Les pensions de retraite et d'invalidité des

Texte adopté par le Sénat en première lecture

mentionnées aux 1°, 4° et 6° de l'article L. 233-1 » :

Amdt n° 154

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

Amdt n° 154

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

Amdt n° 154

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

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

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

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

« Section 14

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

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

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

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

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

« 1° Les pensions de retraite et d'invalidité des

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

f) Au 5°, après le mot : « échéant », sont insérés

Texte adopté par le Sénat en première lecture

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

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

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

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

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

Amdt n° 155

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

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

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

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

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

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

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

f) Au 5°, après le mot : « échéant », sont insérés

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

les mots : « et à l'exception de la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2, » ;

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

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

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

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

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

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

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

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

Texte adopté par le Sénat en première lecture

les mots : « et à l'exception de la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2, » ;

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

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

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

III. – (*Supprimé*)

Amdt n° 156

III bis (nouveau). – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

Amdt n° 157

1° L'article L. 722-8 est ainsi modifié :

Amdt n° 157

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

Amdt n° 157

b) Il est ajouté un 5° ainsi rédigé :

Amdt n° 157

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

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

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

Texte adopté par le Sénat en première lecture

« 5° La branche autonomie. » :

Amdt n° 157

2° L'article L. 722-27 est ainsi modifié :

Amdt n° 157

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

Amdt n° 157

b) Il est ajouté un 4° ainsi rédigé :

Amdt n° 157

« 4° La branche autonomie. »

Amdt n° 157

IV. – *(Non modifié)*

Article 16 bis (nouveau)

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie réunit une conférence des financeurs de la politique de soutien à l'autonomie qui remet au Parlement, avant le 1^{er} avril 2021, des propositions relatives aux financements nouveaux que requiert l'organisation, par la branche autonomie et les collectivités territoriales, d'une prise en charge des personnes en perte d'autonomie privilégiant le maintien à domicile.

Amdt n° 158

Article 16 ter (nouveau)

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

« Art. L. 281-2-1. – Le règlement mentionné à l'article L. 121-3 peut prévoir que les habitants d'un habitat inclusif auquel n'est pas attribué le forfait mentionné à l'article L. 281-2 bénéficient d'une aide à la vie partagée leur permettant de financer le projet de vie sociale et partagée, versée directement à la personne morale chargée d'assurer le projet de vie sociale et

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

- 62 -

Texte adopté par le Sénat en première lecture

partagée.

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

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

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

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

Amdt n° 601

CHAPITRE IV

Assurer la soutenabilité des dépenses de médicaments

Article 17

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

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

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

b) À la seconde phrase, les mots : « prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article ~~L. 162-16-5-2~~ » sont remplacés par les mots : « ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge associée mentionnée aux articles L. 162-16-5-1 et ~~L. 162-16-5-2~~ » ;

2° Le second alinéa est ainsi modifié :

a) La première phrase est supprimée ;

CHAPITRE IV

Assurer la soutenabilité des dépenses de médicaments

Article 17

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

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

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

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

2° Le second alinéa est ainsi modifié :

a) La première phrase est supprimée ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

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

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

3° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

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

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

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

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

Texte adopté par le Sénat en première lecture

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

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

3° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Par dérogation au deuxième alinéa, pour une entreprise redevable de la contribution qui a accepté, par convention conclue avec le Comité économique des produits de santé au titre des articles L. 162-16-4, L. 162-16-4-1, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6, une baisse du prix net d'une ou plusieurs spécialités qu'elle exploite, prenant effet au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, le taux mentionné au deuxième alinéa du présent article peut être fixé entre 80 % et 90 %. Le taux mentionné à la première phrase du présent alinéa applicable à chaque entreprise est déterminé selon un barème fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction du montant des économies réalisées par l'assurance maladie du fait de la baisse du prix net de ces spécialités pour l'année au titre de laquelle la contribution est due ainsi que du chiffre d'affaires de l'entreprise calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-11.

Amdt n° 216 rect.

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

II et III. – *(Non modifiés)*

IV (nouveau). – Le III de l'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

Amdt n° 355 rect.

« Ce rapport inclut un état des lieux de l'industrie du médicament et des produits de santé en France, indiquant notamment le nombre d'emplois créés et supprimés dans l'année, ainsi que les éventuelles ouvertures et fermetures de sites industriels. »

Amdt n° 355 rect.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 17 bis A (nouveau)

I. – Au a de l'article L. 138-2 du code de la sécurité sociale, le taux : « 1,75 % » est remplacé par le taux : « 1,4 % ».

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

Amdts n° 276 rect. quater, n° 411 rect., n° 675 rect. quater, n° 853 rect. ter, n° 878 rect. quinquies

Article 17 bis B (nouveau)

I. – Les deux premiers alinéas de l'article L. 138-19-10 du code de la sécurité sociale sont ainsi rédigés :

« Le montant total de la contribution est calculé comme suit :

Montant remboursé par l'assurance maladie pour l'ensemble des entreprises redevables « (MR)	Taux de la contribution (exprimé en % de la part du montant remboursé)
Montant remboursé par l'assurance maladie supérieur à Z et inférieur ou égal à Z multiplié par 1,01	40 %
Montant remboursé par l'assurance maladie supérieur à Z multiplié par 1,01 et inférieur ou égal à Z multiplié par 1,02	50 %
Montant remboursé par l'assurance maladie supérieur à Z multiplié par 1,02	60 %

»

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

Amdt n° 287 rect. quinquies

Article 17 bis C (nouveau)

Le premier alinéa du I de l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « La fixation de ce prix tient compte également de considérations de politique industrielle, tels

les investissements pour le maintien, la modernisation et le développement de l'outil de production dans l'Union européenne, au Royaume-Uni et en Suisse, les étapes de fabrication des médicaments ou des dispositifs médicaux, dans des sites de production situés dans l'Union européenne, au Royaume-Uni et en Suisse pour les médicaments ou produits de dispositifs médicaux libérés en France et les exportations. »

Amdt n° 351 rect. ter

Article 17 bis D (nouveau)

Le I de l'article L. 165-2 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La fixation des prix des produits inscrits sur la liste mentionnée au même article L. 165-1 tient compte de considérations de politique industrielle telles que les investissements réalisés par les entreprises pour le maintien, la modernisation et le développement de l'outil de production dans l'Union européenne, au Royaume-Uni et en Suisse, les étapes de fabrication de ces produits dans des sites de production situés dans l'Union européenne, au Royaume-Uni et en Suisse, le ratio d'emplois liés à la fabrication de ces produits en France et dans l'Union européenne. »

Amdts n° 262 rect. ter, n° 1071(s/amdt)

Article 17 bis E (nouveau)

I. – Le II de l'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le 3°, il est inséré un 4° ainsi rédigé :

« 4° À un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre des médicaments biologiques similaires définis à l'article L. 5121-1 du même code bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. » ;

2° Au dernier alinéa, les références : « 2° et 3° » sont remplacées par les références : « 2°, 3° et 4° ».

II. – La perte de recettes résultant pour l'État du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Amdt n° 272 rect. bis

Article 17 bis F (nouveau)

I. – Le 3° du III de l'article L. 245-6 du code de la

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

- 66 -

Texte adopté par le Sénat en première lecture

sécurité sociale est ainsi rédigé :

« 3° Tous les médicaments dérivés du sang. »

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

Amdt n° 302 rect. bis

Article 17 bis G (nouveau)

I. – Le deuxième alinéa de l'article L. 5121-29 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le mot : « européen », la fin de la première phrase est supprimée :

2° Après la même première phrase, sont insérées deux phrases ainsi rédigées : « Pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur mentionnés à l'article L. 5111-4, ce stock correspond à quatre mois de couverture des besoins en médicament, calculés sur la base du volume des ventes de la spécialité au cours des douze derniers mois glissants. Pour les autres médicaments, ce stock doit être constitué dans une limite fixée dans des conditions définies par décret en Conseil d'État et qui ne peut excéder quatre mois de couverture des besoins en médicament, calculés sur la même base. »

II. – L'article L. 138-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le cas échéant, le stock légal de sécurité prévu au deuxième alinéa de l'article L. 5121-29 du code de la santé publique donne lieu à une diminution de l'assiette de la contribution pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur. Le montant de cette diminution est fixé à 20 % de la valeur totale des médicaments stockés, dans la limite des quatre mois obligatoires de couverture des besoins, calculée en fonction des prix de vente hors taxes aux officines. »

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

Amdt n° 804 rect. bis

Article 17 bis (nouveau)

~~Le deuxième alinéa de l'article L. 138-19-9 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « La part de ces derniers correspondant aux six premiers mois de l'année civile est communiquée par l'assurance maladie au plus tard le 30 septembre de cette~~

Article 17 bis

I (nouveau). – Au premier alinéa de l'article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale, après la référence : « L. 162-22-7 », sont insérés les mots : « à l'exception, pour une période de trois ans suivant leur inscription en vue d'une prise en charge au titre du même article L. 162-22-7, des produits et prestations innovants

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

~~même année. »~~

Article 17 ter (nouveau)

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

Article 17 quater (nouveau)

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

Texte adopté par le Sénat en première lecture

présentant un niveau d'amélioration du service attendu majeur, important ou modéré ».

Amdt n° 960 rect. ter

II. – *(Non modifié)*

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

Amdt n° 960 rect. ter

IV (nouveau). – La perte de recettes résultant pour l'État du I du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Amdt n° 960 rect. ter

Article 17 ter
(Conforme)

Article 17 quater
(Supprimé)

Amdts n° 159, n° 218 rect.

Article 17 quinquies (nouveau)

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

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

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par le Sénat en première lecture

alinéa ainsi rédigé :

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

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

Amdt n° 808 rect.

**TITRE II
CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE
FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

Article 18

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

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

a) Le 1° est ainsi modifié :

– à la fin du troisième alinéa, le taux : « 27,57 % » est remplacé par le taux : « 19,09 % » ;

– à la fin du dernier alinéa, le taux : « 19,06 % » est remplacé par le taux : « 27,54 % » ;

b) Le b du 3° est ainsi modifié :

– au début du deuxième alinéa, le taux : « 5,95 % » est remplacé par le taux : « 4,27 % » ;

– au début du quatrième alinéa, le taux : « 4,65 % » est remplacé par le taux : « 2,74 % » ;

– au début du cinquième alinéa, le taux : « 4,77 % » est remplacé par le taux : « 1,9 % » ;

– au début de l'avant-dernier alinéa, le taux : « 3,2 % » est remplacé par le taux : « 1,29 % » ;

– au début du dernier alinéa, le taux : « 3,07 % » est remplacé par le taux : « 0,2 % » ;

c) À la fin du e du même 3°, le taux : « 1,98 % »

**TITRE II
CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE
FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

Article 18

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

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

a) Le 1° est ainsi modifié :

– à la fin du troisième alinéa, le taux : « 27,57 % » est remplacé par le taux : « 19,09 % » ;

– à la fin du dernier alinéa, le taux : « 19,06 % » est remplacé par le taux : « 27,54 % » ;

b) Le b du 3° est ainsi modifié :

– au début du deuxième alinéa, le taux : « 5,95 % » est remplacé par le taux : « 4,27 % » ;

– au début du quatrième alinéa, le taux : « 4,65 % » est remplacé par le taux : « 2,74 % » ;

– au début du cinquième alinéa, le taux : « 4,77 % » est remplacé par le taux : « 1,9 % » ;

– au début de l'avant-dernier alinéa, le taux : « 3,2 % » est remplacé par le taux : « 1,29 % » ;

– au début du dernier alinéa, le taux : « 3,07 % » est remplacé par le taux : « 0,2 % » ;

c) À la fin du e du même 3°, le taux : « 1,98 % »

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

est remplacé par le taux : « 2,93 % » ;

d) *Auf* du 3°, après la référence : « I », sont insérés les mots : « , aux 1° et 2° du II, aux III et III *bis* » et, à la fin, le taux : « 0,23 % » est remplacé par le taux : « 1,91 % » ;

e) Le 3° *bis* est ainsi modifié :

– à la fin du *a*, le taux : « 8,6 % » est remplacé par le taux : « 6,69 % » ;

– il est ajouté un *c* ainsi rédigé :

« *c*) À la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour la part correspondant à un taux de 1,91 % ; »

f) ~~Le 8° est ainsi rédigé :~~

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) À la première phrase, les mots : « du régime mentionné à l'article » sont ~~remplacé~~ par les mots : « des régimes mentionnés aux articles L. ~~632-2~~ et » ;

b) À la deuxième phrase, les mots : « ce régime »

Texte adopté par le Sénat en première lecture

est remplacé par le taux : « 2,93 % » ;

d) *Auf* du même 3°, après la référence : « I », sont insérés les mots : « , aux 1° et 2° du II, aux III et III *bis* » et, à la fin, le taux : « 0,23 % » est remplacé par le taux : « 1,91 % » ;

e) Le 3° *bis* est ainsi modifié :

– à la fin du *a*, le taux : « 8,6 % » est remplacé par le taux : « 6,69 % » ;

– il est ajouté un *c* ainsi rédigé :

« *c*) À la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour la part correspondant à un taux de 1,91 % ; »

f) *(Supprimé)*

Amdt n° 160

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

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

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

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

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

Amdt n° 1064

b) À la deuxième phrase, les mots : « ce régime »

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en
première lecture**

sont remplacés par les mots : « ces régimes ».

II (*nouveau*). – À compter du 1^{er} janvier 2024, au *f* du 3^o et au *c* du 3^{o bis} de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, le taux : « 1,91 % » est remplacé par le taux : « 2,06 % ».

III (*nouveau*). – Le *b* des 1^o et 2^o du I de l'article 3 de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie sont abrogés.

Article 19

Est approuvé le montant de 5,3 milliards d'euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 5 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

Article 20

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

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie.....	199,4	219,1	-19,7
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	14,8	14,1	0,6
Vieillesse.....	245,5	251,9	-6,4
Famille	50,5	49,3	1,1
Autonomie.....	31,3	31,6	-0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	527,4	552,0	-24,6
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse.....	525,4	552,4	-27,0

Article 21

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

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie.....	197,9	217,6	-19,7

Texte adopté par le Sénat en première lecture

sont remplacés par les mots : « ces régimes ».

II et III. – (*Non modifiés*)

Articles 19 à 23

(Conformes)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en
première lecture**

Accidents du travail et maladies professionnelles.....	13,2	12,7	0,5
Vieillesse	137,6	144,7	-7,2
Famille	50,5	49,3	1,1
Autonomie.....	31,3	31,6	-0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	416,5	442,0	-25,4
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse.....	415,8	443,7	-27,9

Article 22

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

II. – Pour l'année 2021, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 17,1 milliards d'euros.

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

(En milliards d'euros)

Prévisions de recettes	
Recettes affectées	0
Total	0

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

(En milliards d'euros)

Prévisions de recettes	
Recettes affectées	0
Total	0

Article 23

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

(En millions d'euros)

Encours limites	
Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)	95 000

Texte adopté par le Sénat en première lecture

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en
première lecture**

Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)	500
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) - période du 1er au 31 janvier 2021	500
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) - période du 1er février au 31 décembre 2021	250
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM)	465
Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG)	150
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)	3 600

Article 24

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2021 à 2024), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

**QUATRIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES
ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR L'EXERCICE 2021**

CHAPITRE I^{ER}

Mettre en œuvre les engagements du Ségur de la santé

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 24

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2021 à 2024), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

**QUATRIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES
ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR L'EXERCICE 2021**

CHAPITRE I^{ER}

Mettre en œuvre les engagements du Ségur de la santé

Article 25 AA (nouveau)

Après le deuxième alinéa de l'article L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le comité est également chargé de concerter les représentants des professionnels de santé exerçant en ville

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 25 A (nouveau)

I. – Afin de contribuer à l'attractivité et à la ~~dignité~~ des métiers des professionnels des services d'accompagnement et d'aide à domicile mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ~~verse une aide aux départements finançant~~ un dispositif de soutien à ces professionnels.

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

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

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

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

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

Texte adopté par le Sénat en première lecture

et des établissements de santé sur les objectifs stratégiques assignés à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en fonction des prévisions épidémiologiques et démographiques disponibles. À cette fin, il se réunit une fois par an dans sa composition habituelle élargie aux représentants des professionnels de santé exerçant en ville. »

Amdt n° 8 rect. quater

Article 25 A

I. – Afin de contribuer à l'attractivité et à la juste rémunération des métiers des professionnels des services d'accompagnement et d'aide à domicile mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie finance un dispositif de soutien à ces professionnels.

Amdt n° 926

Ce financement de 200 millions d'euros par an est versé chaque année par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au titre du 1° de l'article L. 14-10-5 du même code dans sa rédaction résultant de la présente loi.

Amdt n° 926

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

Amdt n° 926

Les paramètres du dispositif et les modalités du versement de ce financement sont fixés par décret.

Amdt n° 926

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

B. – Par dérogation au deuxième alinéa du I, ce financement est ramené à 150 millions d'euros pour l'année 2021.

Amdt n° 926

Article 25 B (nouveau)

Après le premier alinéa de l'article L. 162-22-8-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les activités de soins de médecine, chirurgie, obstétrique, de soins de suite et de réadaptation et de psychiatrie, à seuil de rentabilité économique faible en

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 25

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Texte adopté par le Sénat en première lecture

outre-mer et en Corse bénéficient, dans le cadre des crédits du fonds d'intervention régional, d'un financement complémentaire aux produits de la tarification à l'activité, afin de garantir l'équilibre médico-économique des activités autorisées et de les maintenir dans les établissements de santé désignés par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé. »

Amdt n° 34 rect. ter

Article 25

(Conforme)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

application des dispositions du code des pensions civiles et militaires de retraite.

Ce supplément de pension est calculé dans les conditions prévues au I de l'article L. 15 du même code en retenant, au titre du traitement ou de la solde, le complément de traitement indiciaire mentionné au I du présent article perçu par le fonctionnaire ou le militaire au moins une fois au cours des six derniers mois précédant la cessation des services valables pour la retraite. Les conditions de jouissance et de réversion de ce supplément de pension sont identiques à celles de la pension elle-même. Ce supplément est revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 16 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

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

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

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

Article 26

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

1° À la fin de la première phrase du I, les mots :

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 25 bis (nouveau)

Les conventions prévues à l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale définissant les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé, mentionnées au 5° de l'article L. 162-14-1 du même code, peuvent être révisées avant l'arrivée de leur terme à la demande d'au moins cinq organisations syndicales nationales les plus représentatives adressée au directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie. Un décret fixe les conditions de cette négociation.

Amdt n° 475 rect.

Article 26

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

1° À la fin de la première phrase du I, les mots :

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« des établissements de santé publics et privés » sont remplacés par les mots : « et l'investissement en santé » ;

2° Le III est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « sanitaire », sont insérés les mots : « , des structures d'exercice coordonné ~~mentionnées aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3 du code de la santé publique ainsi que~~ des établissements et services médico-sociaux ~~mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles~~ » ;

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

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

3° Le III *bis* est abrogé ;

3° *bis* (nouveau) Après le III *quinquies*, sont insérés des III *sexies* et III *septies* ainsi rédigés :

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

« III *septies*. – ~~Lors de l'utilisation de ces financements pour l'achat de logiciels informatiques, les~~

Texte adopté par le Sénat en première lecture

« des établissements de santé publics et privés » sont remplacés par les mots : « et l'investissement en santé » ;

1° bis (nouveau) Le II est ainsi rétabli :

Amdt n° 162 rect.

« II. – Le Conseil national de l'investissement en santé définit des orientations nationales en matière de modernisation et d'investissement en santé. Il peut prévoir des déclinaisons territoriales des orientations retenues au niveau national, tenant compte des spécificités et priorités locales.

Amdt n° 162 rect.

« Les demandes adressées au fonds prévu au I doivent s'inscrire dans les orientations nationales définies par le Conseil. Le Conseil assure la sélection des seuls projets dont le financement dépasse des seuils précisés par voie réglementaire.

Amdt n° 162 rect.

« Les missions du Conseil, sa composition ainsi que les modalités de son fonctionnement sont fixées en tant que de besoin par voie réglementaire. » ;

Amdt n° 162 rect.

2° Le III est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « sanitaire », sont insérés les mots : « , des structures d'exercice coordonné et des établissements et services médico-sociaux » ;

Amdts n° 40 rect. ter, n° 104 rect. quater

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

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

3° Le III *bis* est abrogé ;

3° *bis* Après le III *quinquies*, sont insérés des III *sexies* et III *septies* ainsi rédigés :

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

« III *septies*. – **(Supprimé)** » ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

~~établissements publics de santé disposent du droit de refuser le paiement de la facture lorsque les référentiels d'interopérabilité ne sont pas respectés. » ;~~

4° À la première phrase du premier alinéa du IV, les mots : « d'un an » sont remplacés par les mots : « , fixé par décret, d'au moins un an » et les mots : « de trois ans » sont remplacés par les mots : « , fixé par décret, d'au moins un an » ;

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

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

Article 27

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

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

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

~~Les sommes transférées par la Caisse d'amortissement de la dette sociale en application du même C sont inscrites au bilan de la Caisse nationale de l'assurance maladie au moment du transfert à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Elles sont~~

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Amdt n° 699 rect.

4° À la première phrase du premier alinéa du IV, les mots : « d'un an » sont remplacés par les mots : « , fixé par décret, d'au moins un an » et les mots : « de trois ans » sont remplacés par les mots : « , fixé par décret, d'au moins un an » ;

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

6° (*nouveau*) Au IX, après le mot : « Mayotte », sont insérés les mots : « , Saint-Barthélemy, Saint-Martin ».

Amdt n° 162 rect.

II. – (*Non modifié*)

Article 27 (*Supprimé*)

Amdts n° 93, n° 163, n° 425

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

~~constatées en produits au compte de résultat de la Caisse nationale de l'assurance maladie au même rythme que l'ordonnement des dotations annuelles mentionnées au premier alinéa du présent I dont elles assurent le financement.~~

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

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

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

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

~~3° L'échéancier des versements annuels ;~~

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

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

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

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

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

~~2° Les modalités de détermination du montant des dotations mentionnées au I ainsi que de la publication par~~

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

~~l'agence régionale de santé des modalités retenues le cas échéant ;~~

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

~~4° Les modalités de contrôle et de récupération des éventuelles surecompensations.~~

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

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

Article 28

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

1° Le chapitre préliminaire est ainsi modifié :

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

« La participation de l'assuré aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, autorisée, est fixée à une somme forfaitaire due lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement. Le montant de cette participation est défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Ce montant peut être réduit dans les cas mentionnés ~~aux 3°, 4° et 13° de l'article L. 160-14 et à l'article L. 371-1 du présent code ainsi qu'à l'article L. 212-1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre. Cette participation ne peut être supprimée, sauf dans les cas prévus à l'article L. 160-9, aux 4° et 15° de l'article L. 160-14 ainsi qu'aux articles L. 169-1 et L. 16-10-1 du présent code. » ;~~

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

Texte adopté par le Sénat en première lecture

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

1° Le chapitre préliminaire est ainsi modifié :

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

« La participation de l'assuré aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, autorisée, est fixée à une somme forfaitaire due lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement. Le montant de cette participation est défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Ce montant peut être réduit dans les cas mentionnés à l'article L. 212-1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre. Cette participation ne peut être supprimée, sauf dans les cas prévus à l'article L. 160-9, aux 3°, 4°, 11°, 13° et 15° de l'article L. 160-14 ainsi qu'aux articles L. 169-1, L. 371-1 et L. 16-10-1 du présent code. » ;

Amdts n° 386 rect., n° 530 rect. quinquies

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

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

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

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

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

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

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

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

4° Au 3° de l'article L. 162-22-10, après le mot : « nationaux, », sont insérés les mots : « à l'exception des forfaits déterminés en application du 2° de l'article L. 162-22-8-2, » et, après la référence : « 2° », sont insérés les mots : « du présent I » ;

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

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

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

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

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

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

3° À la deuxième phrase du I de

Texte adopté par le Sénat en première lecture

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

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

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

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

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

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

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

4° Au 3° de l'article L. 162-22-10, après le mot : « nationaux, », sont insérés les mots : « à l'exception des forfaits déterminés en application du 2° de l'article L. 162-22-8-2, » et, après la référence : « 2° », sont insérés les mots : « du présent I » ;

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

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

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

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

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

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

3° À la deuxième phrase du I de

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

l'article L. 162-23-16, les mots : « , tels que définis par le projet régional de santé et ses déclinaisons territoriales, » sont supprimés ;

3° *bis* (nouveau) Au *a* du 1° du II de l'article L. 162-31-1, la référence : « L. 162-22-6-1, » est supprimée ;

4° Au premier alinéa de l'article L. 174-15, la référence : « L. 162-22-6-1, » est supprimée.

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

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

2° Le second alinéa est supprimé.

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

1° Le V est ainsi modifié :

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

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

c) Le dernier alinéa est supprimé ;

2° Le VI est ainsi modifié :

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

« VI. – À compter du 1^{er} janvier ~~2024~~ et au plus tard jusqu'au 31 décembre ~~2023~~, les tarifs servant de base au calcul de la participation du patient des établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant des activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 du même code sont affectés d'un coefficient de transition.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

l'article L. 162-23-16, les mots : « , tels que définis par le projet régional de santé et ses déclinaisons territoriales, » sont supprimés ;

3° *bis* Au *a* du 1° du II de l'article L. 162-31-1, la référence : « L. 162-22-6-1, » est supprimée ;

4° Au premier alinéa de l'article L. 174-15, la référence : « L. 162-22-6-1, » est supprimée.

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

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

2° Le second alinéa est supprimé.

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

1° Le V est ainsi modifié :

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

Amdt n° 1073

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

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

c) Le dernier alinéa est supprimé ;

2° Le VI est ainsi modifié :

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

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

Amdt n° 1073

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

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

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

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

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

« Ce coefficient doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1^{er} janvier 2024.

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

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

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

3° ~~H est ajouté un VII ainsi rédigé :~~

~~« VII. Par dérogation au II de l'article L. 162-20-1 du code de la sécurité sociale, du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2021, pour les activités mentionnées aux 2^o et 4^o de l'article L. 162-22 du même code exercées par les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 dudit code, la base de calcul de la~~

Texte adopté par le Sénat en première lecture

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

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

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

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

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

Amdt n° 1073

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

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

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

3° (*Supprimé*).

Amdt n° 1073

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

~~participation du patient demeure les tarifs des prestations d'hospitalisation ou les tarifs de responsabilité fixés par le directeur général de l'agence régionale de santé en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020.~~

~~« Du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2021, pour les établissements mentionnés aux mêmes *d* et *e* exerçant des activités mentionnées au 2^o de l'article L. 162-22 du même code, les mêmes tarifs servent également de base au calcul de la dotation tenant compte de l'activité de l'établissement mentionnée à l'article L. 162-22-19 du même code. »~~

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

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

1° Le B est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

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

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

b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

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

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

2° Le F est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la date : « 28 février 2023 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2020 » et sont

Texte adopté par le Sénat en première lecture

III. – *(Non modifié)*

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

1° Le B est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

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

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

b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

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

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

1° bis (nouveau) Le E est ainsi modifié :

Amdt n° 1073

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

Amdt n° 1073

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

Amdt n° 1073

2° Le F est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la date : « 28 février 2023 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2021 » et sont

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

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

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

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

1° Le IV de l'article 57 est ainsi modifié :

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

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

2° Au III de l'article 64, l'année : « 2021 » est remplacée par l'année : « 2022 ».

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

Texte adopté par le Sénat en première lecture

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

Amdt n° 1073

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

3° (nouveau) Au H, l'année : « 2020 » est remplacée par l'année : « 2021 ».

Amdt n° 1073

IV bis (nouveau). – Aux V et VI de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 précitée, l'année : « 2020 » est remplacée par l'année : « 2021 ».

Amdt n° 1073

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

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

Amdt n° 1073

1° Le IV de l'article 57 est ainsi modifié :

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

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

2° Au III de l'article 64, l'année : « 2021 » est remplacée par l'année : « 2022 ».

VI et VII. – (*Non modifiés*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

pour 2020.

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

Texte adopté par le Sénat en première lecture

VIII (nouveau). – L'article 43 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 est abrogé.

Amdt n° 749 rect.

IX (nouveau). – L'article L. 162-20-1 du code de la sécurité sociale est complété par un V ainsi rédigé :

Amdt n° 18 rect. ter

« V. – Une tarification forfaitaire nationale des prestations, établie en fonction de catégories d'activité de soins et du niveau de charges des établissements et dont les modalités sont déterminées par voie réglementaire sert de base, à compter du 1^{er} janvier 2022, au calcul de la participation à la charge des assurés mentionnée à l'article L. 160-13 du présent code. Cette participation forfaitaire des assurés est facturée à un guichet unique national assuré par l'assurance maladie obligatoire. »

Amdt n° 18 rect. ter

Article 28 bis A (nouveau)

Après l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-22-13-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22-13-1. – Chaque année, les agences régionales de santé présentent un bilan au ministère de la santé sur la répartition financière des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation et des fonds d'intervention régionaux. Ce bilan est présenté par le ministère devant le Parlement. Il est accessible sur le site internet des agences régionales de santé. »

Amdt n° 678 rect. ter

Article 28 bis B (nouveau)

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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

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

Amdt n° 14 rect. quater

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 28 bis (nouveau)

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

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

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

Article 28 ter (nouveau)

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

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

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

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

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 28 bis C (nouveau)

Après le troisième alinéa de l'article L. 1432-2 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Il informe au moins deux fois par an la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de la mise en œuvre de la politique d'allocation des ressources financières aux activités de santé. »

Amdts n° 816 rect. bis, n° 887 rect. ter, n° 1045

**Articles 28 bis et 28 ter
(Conformes)**

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

l'administration.

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

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

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

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

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

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

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

Article 28 quater (nouveau)

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

~~« Le développement de l'autodialyse et de la dialyse à domicile figure parmi les catégories d'indicateurs pour lesquels des seuils minimaux de résultats sont requis. »~~

Article 28 quinquies (nouveau)

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

Texte adopté par le Sénat en première lecture

**Articles 28 quater et 28 quinquies
(Supprimés)**

Amdts n° 164, n° 165

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

~~leur labellisation.~~

Article 29

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

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

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

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

Les modalités d'entrée et de sortie de la liste des établissements volontaires, les modalités de détermination et de calcul de la dotation socle ~~ainsi que son montant sont~~ fixés par décret.

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

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

1^o Aux règles de financement des établissements de santé, de facturation et de tarification mentionnées aux articles ~~L. 162-22, L. 162-22-6, L. 162-22-8, L. 162-22-8-1, L. 162-22-8-3, L. 162-22-10, L. 162-22-13,~~

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 29

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

Amdt n° 166

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

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

Amdt n° 166

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

Les modalités d'entrée et de sortie de la liste des établissements volontaires, les modalités de détermination et de calcul de la dotation socle sont fixées par décret. Ce décret précise également les indicateurs de pertinence et de qualité des prises en charge ainsi que de coordination des parcours de soins pris en compte pour l'évaluation de ce mode de financement et l'ajustement du montant annuel de la dotation socle.

Amdts n° 166, n° 1068

II et III. – *(Supprimés)*

Amdt n° 166

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

~~L. 162-22-14, L. 162-22-15, L. 162-23-15, L. 162-23-16, L. 162-26 et L. 162-26-1 du code de la sécurité sociale ;~~

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

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

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

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

Article 30

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

« CHAPITRE III TER

« Maisons de naissance

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

« Chaque maison de naissance doit être à ~~proximité immédiate~~ d'un établissement de santé autorisé pour l'activité de soins de gynécologie-obstétrique, avec lequel elle conclut une convention prévoyant, notamment,

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 29 bis (nouveau)

Le premier alinéa de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il peut également porter un objectif d'externalisation des soins réalisés en hôpital de jour via l'hospitalisation à domicile, dont les modalités sont précisées à l'article R. 6121-4-1 du code de la santé publique. »

Amdt n° 275 rect. quater

Article 30

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

« CHAPITRE III TER

« Maisons de naissance

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

Amdts n° 380, n° 345 rect. bis

« Chaque maison de naissance doit être contiguë à un établissement de santé autorisé pour l'activité de soins de gynécologie-obstétrique, avec lequel elle conclut une convention prévoyant, notamment, les modalités d'un

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

les modalités d'un transfert rapide des parturientes ou des nouveau-nés en cas de nécessité.

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

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

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

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

« Art. L. 6323-4-2. – Les projets relatifs à la création d'une maison de naissance sont soumis à l'autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé. L'autorisation est accordée pour une durée de sept ans renouvelable.

« L'autorisation est accordée lorsque le projet répond aux besoins de la population et permet le respect des conditions de fonctionnement prévues à l'article L. 6323-4-3.

« Art. L. 6323-4-3. – Les conditions techniques de fonctionnement des maisons de naissance sont fixées par décret. La prise en charge des femmes ~~enceintes~~ et des nouveau-nés ~~est conforme aux~~ recommandations de bonnes pratiques professionnelles établies par la Haute Autorité de santé.

« Art. L. 6323-4-4. – Lorsqu'il est constaté un manquement compromettant la qualité ou la sécurité des

Texte adopté par le Sénat en première lecture

transfert rapide des parturientes ou des nouveau-nés en cas de nécessité.

Amdt n° 378 rect. ter

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

Amdt n° 380

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

« 2° et 3° (Supprimés).

Amdt n° 347 rect. bis

« Art. L. 6323-4-1-1 (nouveau). – Outre les activités mentionnées à l'article L. 6323-4, les maisons de naissance peuvent :

Amdt n° 434 rect. bis

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

Amdt n° 434 rect. bis

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

Amdt n° 434 rect. bis

« Art. L. 6323-4-2. – Les projets relatifs à la création d'une maison de naissance sont soumis à l'autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé. L'autorisation est accordée pour une durée de sept ans renouvelable.

« L'autorisation est accordée lorsque le projet répond aux besoins de la population et permet le respect des conditions de fonctionnement prévues à l'article L. 6323-4-3.

« Art. L. 6323-4-3. – Les conditions techniques de fonctionnement des maisons de naissance sont fixées par décret. La prise en charge des femmes et des nouveau-nés s'appuie notamment sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles établies par la Haute Autorité de santé.

Amdt n° 348 rect. bis

« Art. L. 6323-4-4. – Lorsqu'il est constaté un manquement compromettant la qualité ou la sécurité des

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

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

« Art. L. 6323-4-5. – Sauf dispositions contraires, les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'État. »

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

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

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

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

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

IV. – Le présent article entre en vigueur à une date fixée par le décret prévu à l'article L. 6323-4-5 du code de la santé publique, et au plus tard le 1^{er} novembre 2021.

Les maisons de naissance autorisées sur le fondement la loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance, en fonctionnement à la date d'entrée en vigueur du présent article, disposent d'un délai de trois mois à compter de cette date pour demander l'autorisation prévue à l'article L. 6323-4-2 du code de la santé publique. Elles doivent se conformer dans ce délai aux dispositions relatives aux maisons de naissance prévues au chapitre III *ter* du titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique. Elles peuvent poursuivre leur activité jusqu'à ce qu'il soit statué sur leur demande. L'absence de notification d'une décision de l'agence régionale de santé dans un délai de quatre mois à compter de la réception de la demande vaut autorisation.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

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

« Art. L. 6323-4-5. – Sauf dispositions contraires, les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'État. »

II à IV. – *(Non modifiés)*

Article 30 bis (nouveau)

L'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale est complété par un 4° ainsi rédigé :

« 4° Lorsque le patient est adressé par une sage-femme à l'occasion des soins qu'il est amené à lui

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 31

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

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

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

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

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

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

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

Article 31 bis (nouveau)

Le Gouvernement remet au Parlement, ~~dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi,~~ un rapport sur la mise en place de la nouvelle tarification des transports bariatriques, dans le cadre du renouvellement de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les entreprises de transports sanitaires privées et les caisses d'assurance maladie, telle que prévue à l'article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale, ~~et devant aboutir à des conclusions au plus tard en décembre 2020.~~ Ce rapport participe de la bonne information du Parlement en ce qui concerne l'égalité

Texte adopté par le Sénat en première lecture

dispenser. »

Amdts n° 857 rect., n° 566

Article 31

I et II. – (*Non modifiés*)

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

Amdt n° 494 rect.

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

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

Article 31 bis

Le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la mise en place de la nouvelle tarification des transports bariatriques, dans le cadre du renouvellement de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les entreprises de transports sanitaires privées et les caisses d'assurance maladie, telle que prévue à l'article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale. Ce rapport est remis dans un délai d'un an après l'entrée en vigueur de la nouvelle tarification. Ce rapport participe de la bonne information du Parlement en ce qui concerne l'égalité d'accès aux soins pour les personnes obèses.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

d'accès aux soins pour les personnes obèses.

Article 32

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

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Amdt n° 860 rect.

Article 32

I. – La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa du I de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale relative aux actes de téléconsultation est supprimée jusqu'au 30 juin 2021, pour les actes s'inscrivant dans un parcours de soins coordonné en application de l'article L. 162-5-3 du même code et ceux liés à l'épidémie de la covid-19.

Amdt n° 167 rect.

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

Amdts n° 91 rect. ter, n° 267 rect. quinquies

1° Le 1° du I de l'article L. 162-14-1 est ainsi modifié :

Amdts n° 91 rect. ter, n° 267 rect. quinquies

a) La quatrième phrase est complétée par les mots : « , sauf lorsque l'acte de téléconsultation est réalisé au titre d'un second avis médical tel que prévu à l'article L. 1111-4-1 du même code et auprès de patients atteints d'une ou des pathologies listées à l'arrêté mentionné au même article L. 1111-4-1 » ;

Amdts n° 91 rect. ter, n° 267 rect. quinquies

b) Après la même quatrième phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Lorsque l'acte de téléconsultation est délivré dans le cadre d'un second avis médical, sa prise en charge est subordonnée à la transmission au professionnel de santé délivrant l'acte de téléconsultation des documents médicaux lui permettant de prendre connaissance de l'état de santé du patient. » ;

Amdts n° 91 rect. ter, n° 267 rect. quinquies

c) La cinquième phrase est complétée par les mots : « , sauf lorsque l'acte de télésoin est effectué auprès de patients atteints d'une ou plusieurs des pathologies listées par arrêté à l'arrêté mentionné à l'article L. 1111-4-1 du même code et à condition que l'auxiliaire médical ait pu prendre connaissance de l'état de santé du patient en consultant les documents médicaux qui lui ont été transmis » ;

Amdts n° 91 rect. ter, n° 267 rect. quinquies

2° La deuxième phrase du 15° de l'article L. 162-16-1 est complétée par les mots : « , sauf lorsque l'acte de télésoin est effectué auprès de patients atteints d'une ou plusieurs des pathologies listées par arrêté à l'arrêté mentionné à l'article L. 1111-4-1 dudit code et à condition que le pharmacien ait pu prendre connaissance de l'état de santé du patient en consultant les

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 33
Par dérogation au premier alinéa du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, l'échéance de la convention nationale prévue à l'article L. 162-5 du même code et régissant les rapports entre l'assurance maladie et les médecins libéraux, conclue le 25 août 2016 et approuvée le 20 octobre 2016, est reportée au 31 mars ~~2023~~.

- 94 -

Texte adopté par le Sénat en première lecture

documents médicaux qui lui ont été transmis ».

Amdts n° 91 rect. ter, n° 267 rect. quinquies

Article 32 bis (nouveau)

Le 1° du I de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est complété par un e ainsi rédigé :

« e) Soutenir le développement de la téléconsultation en amont de la consultation d'une structure d'urgence autorisée ; ».

Amdts n° 98 rect. bis, n° 243 rect. bis, n° 264 rect. quinquies, n° 508 rect.

Article 33

I. – Par dérogation au premier alinéa du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, l'échéance de la convention nationale prévue à l'article L. 162-5 du même code et régissant les rapports entre l'assurance maladie et les médecins libéraux, conclue le 25 août 2016 et approuvée le 20 octobre 2016, est reportée au 31 mars 2022.

Amdts n° 168, n° 418 rect., n° 889 rect. quinquies

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

Amdt n° 1075

Article 33 bis A (nouveau)

Les articles L. 162-1-9 et L. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale sont abrogés.

Amdts n° 41 rect. quater, n° 63 rect. bis, n° 654 rect. bis

Article 33 bis B (nouveau)

I. – Après le 8° de l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 9° ainsi rédigé :

« 9° Le cas échéant, les modalités de versement d'une aide financière complémentaire aux chirurgiens-dentistes, aux sages-femmes ou aux auxiliaires médicaux interrompant leur activité médicale pour cause de maternité ou de paternité. »

II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 33 bis (nouveau)

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

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

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

III. – À l'article 20-4 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, après la référence : « L. 161-34 », est insérée la référence : « , L. 162-1-21 ».

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

Article 33 ter (nouveau)

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

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

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

Texte adopté par le Sénat en première lecture

additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Amdts n° 58 rect. bis, n° 406 rect. ter

Article 33 bis
(Conforme)

Article 33 ter

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

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

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

Amdt n° 170

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

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

Article 33 quater (nouveau)

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

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

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Elles prévoient également le bénéfice du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et ~~de certains niveaux minimaux de prise en charge mentionnés aux deux dernières phrases de l'avant dernier alinéa du présent article.~~ »

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

Article 34

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

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

2° La réalisation de l'examen de reprise de la travailleuse agricole après son congé de maternité, dès lors

Texte adopté par le Sénat en première lecture

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

Article 33 quater

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

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

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Elles prévoient également le bénéfice du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les produits et prestations relevant des classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 ainsi qu'à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité et dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »

Amdt n° 650 rect.

II. – *(Non modifié)*

Article 34

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

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

2° La réalisation de l'examen de reprise de la travailleuse agricole après son congé de maternité, dès lors

Amdt n° 171

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

qu'elle n'est pas affectée à un poste présentant des risques particuliers, ainsi que l'échange prévu dans ce cadre avec la travailleuse agricole au titre de l'article L. 4624-3 du même code ;

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

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

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

Article 34 bis (nouveau)

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

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

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

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

Article 34 ter (nouveau)

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

« Art. L. 172-1-1. – En cas d'incapacité de travail suite à un accident ou à une maladie professionnelle, la personne qui relève du régime d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des non-salariés agricoles défini au chapitre II du titre V du livre VII du code rural et de la pêche maritime et qui

Texte adopté par le Sénat en première lecture

qu'elle n'est pas affectée à un poste présentant des risques particuliers, ainsi que l'échange prévu dans ce cadre avec la travailleuse agricole au titre de l'article L. 4624-3 du même code ;

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

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

II. – Au plus tard trois mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement présente au Parlement un rapport d'évaluation de celle-ci. Ce rapport s'attache à mesurer l'évolution de la couverture des obligations légales et réglementaires à la charge des services de santé au travail concernés, l'évolution dans le ressort des services concernés du suivi des salariés les plus à risque et des saisonniers agricoles, ainsi que l'incidence de l'expérimentation sur l'organisation et le fonctionnement des services concernés. Il comporte une analyse comparative avec les services de santé au travail en agriculture non parties à l'expérimentation.

Amdt n° 171

Articles 34 bis et 34 ter (Conformes)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

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

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

Article 34 quater (nouveau)

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

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

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

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

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

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

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

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

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

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 34 quater

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

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

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

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

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

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

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

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

libérales. » ;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Texte adopté par le Sénat en première lecture

libérales. » ;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

a) Après le 7°, il est inséré un 8° ainsi rédigé :

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

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

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

Article 34 quinquies (nouveau)

~~Après l'article L. 4151-4 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4151-4-1 ainsi rédigé :~~

~~« Art. L. 4151-4-1. I. À titre expérimental et pour une durée de trois ans à compter de la publication de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2021, par dérogation à l'article L. 2212-2, les sages femmes ayant réalisé la formation complémentaire obligatoire et justifiant des expériences spécifiques attendues peuvent réaliser des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en établissements de santé.~~

~~« II. Un décret précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation mentionnée au I du présent article, notamment les caractéristiques de l'appel à projets national, les éléments relatifs à la formation exigée et les expériences attendues des sages femmes, les conditions de financement de l'expérimentation ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation.~~

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

Article 34 sexies (nouveau)

À titre expérimental, pour une durée de trois ans, l'État peut autoriser le financement par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique de la mise en place par certaines agences régionales de santé d'un parcours soumis à prescription médicale visant à accompagner les personnes pour lesquelles une complication du diabète de type 2 est

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Amdt n° 172

a) Après le 7°, il est inséré un 8° ainsi rédigé :

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

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

II. – *(Non modifié)*

**Article 34 quinquies
(Supprimé)**

Amdt n° 173

Article 34 sexies

À titre expérimental, pour une durée de trois ans, l'État peut autoriser le financement par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique de la mise en place par certaines agences régionales de santé d'un parcours soumis à prescription médicale visant à accompagner les personnes traitées pour une hypertension artérielle ou pour lesquelles

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

découverte et qui bénéficient du dispositif prévu au 3° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

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

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

Article 34 septies (nouveau)

I. – À titre expérimental, pour une durée d'un an, l'État peut autoriser le financement, dans le cadre du dispositif mentionné à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, de la mise en place par la Caisse nationale de l'assurance maladie, sur certains territoires, d'une consultation longue sur la santé sexuelle réalisée par le médecin généraliste, le gynécologue ou la sage-femme au bénéfice des assurés entre leur quinzième et leur dix-huitième anniversaire.

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

CHAPITRE II

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

Article 35

I. – Le code du travail est ainsi modifié :

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

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

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

« Ce congé est composé d'une période de quatre jours calendaires consécutifs, faisant

Texte adopté par le Sénat en première lecture

une complication du diabète de type 2 est découverte et qui bénéficient du dispositif prévu au 3° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

Amdt n° 379 rect.

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

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

**Article 34 septies
(Conforme)**

CHAPITRE II

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

**Articles 35 et 35 bis
(Conformes)**

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

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

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

c) Le troisième alinéa est supprimé ;

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

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

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

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

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

2° *bis (nouveau)* À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 1225-37, le mot : « dix » est remplacé par le mot : « seize » ;

3° L'article L. 1225-40 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « onze » est

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

remplacé par le mot : « vingt-cinq » et le mot : « dix-huit » est remplacé par le mot « trente-deux » ;

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

4° L'article L. 3142-1 est ainsi modifié :

a) Le 3° est ainsi modifié :

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

– la seconde phrase est supprimée ;

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

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

5° L'article L. 3142-4 est ainsi modifié :

a) Le 3° est ainsi rédigé :

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

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

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

c) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

1° *bis* (*nouveau*) À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 331-7, le mot : « dix » est remplacé par le mot : « seize » ;

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

2° L'article L. 331-8 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

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

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

3° Le premier alinéa du II de l'article L. 623-1 est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« II. – À l'occasion de la naissance d'un enfant, le père et, le cas échéant, le conjoint de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou son concubin, auxquels s'appliquent les dispositions du présent livre bénéficient, sur leur demande, d'indemnités journalières du même montant que celles mentionnées au 2° du I.

« Pour bénéficier des indemnités mentionnées au premier alinéa du présent II, les intéressés doivent cesser leur activité professionnelle pendant une durée minimale, fixée par décret, à compter de la naissance et ne pas reprendre cette activité pendant la durée d'indemnisation. »

III. – Le premier alinéa de l'article L. 732-12-1 du code rural et de la pêche maritime est remplacé deux alinéas ainsi rédigés :

« Le père ainsi que, le cas échéant, le conjoint ou concubin de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité, lorsqu'ils appartiennent aux catégories mentionnées aux 1° et 2°, au a du 4° et au 5° de l'article L. 722-10, bénéficient, à l'occasion de la naissance d'un enfant, sur leur demande, d'une allocation de remplacement.

« Pour bénéficier de l'allocation prévue au premier alinéa du présent article, les intéressés doivent se faire remplacer par du personnel salarié dans leurs travaux, cesser leur activité professionnelle pendant une durée minimale, fixée par décret, à compter de la naissance et ne pas reprendre cette activité pendant la durée d'indemnisation. »

IV. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} juillet 2021. Il s'applique aux enfants nés ou adoptés à compter de cette date ainsi qu'aux enfants, nés avant cette

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

date, dont la naissance était supposée intervenir à compter de cette date.

Par dérogation au premier alinéa du présent IV, les dispositions du présent article relatives à l'information de l'employeur sur la date prévisionnelle de la naissance s'appliquent aux naissances prévues à compter du 1^{er} juillet 2021.

Article 35 bis (nouveau)

Au dernier alinéa de l'article 373-2-2 du code civil, après le mot : « nécessaires, », sont insérés les mots : « incluant le cas échéant le fait que l'intermédiation est ordonnée dans le cas prévu au 1^o du présent II, ».

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 35 ter A (nouveau)

Au second alinéa de l'article L. 581-8 du code de la sécurité sociale, les mots : « peut transmettre » sont remplacés par le mot : « transmet ».

Amdt n° 762 rect.

Article 35 ter B (nouveau)

Le II de l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa, les mots : « le refus du parent débiteur ou » sont supprimés :

2° Après le sixième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le dépassement d'un délai d'un mois au-delà duquel le parent débiteur continue à garder le silence entraîne une pénalité de 10 % de la pension alimentaire par mois de retard pour le parent débiteur. Le dépassement de ce délai constitue un refus manifeste du parent débiteur de s'acquitter des sommes dues, le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales informe sans délai le parquet dudit refus. » :

3° Le septième alinéa est ainsi rédigé :

« La procédure contradictoire applicable et les modalités de recouvrement de la pénalité sont fixées par décret. » :

4° Au dernier alinéa, les mots : « fixé par décret » sont remplacés par les mots : « d'un mois » :

5° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« En cas de refus manifeste par le parent débiteur de s'acquitter des sommes dues, le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales informe sans délai le parquet dudit refus. »

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 35 ter (nouveau)

I. – L'article L. 531-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, après le mot : « attribuée », sont insérés les mots : « et versée » ;

2° Le deuxième alinéa est remplacé par cinq alinéas ainsi rédigés :

« La prime à la naissance est versée avant le dernier jour du mois civil suivant le sixième mois de la grossesse.

« Par dérogation aux deux premiers alinéas, la prime à la naissance est attribuée à une date fixée par décret et versée avant le dernier jour du mois civil suivant le sixième mois prévu de la grossesse :

« 1° Lorsque la naissance intervient avant le sixième mois prévu de la grossesse ;

« 2° En cas de décès de l'enfant intervenant au delà de la vingtième semaine de grossesse.

« La prime à l'adoption est versée à une date fixée par décret. »

II. – Le présent article s'applique aux grossesses ~~atteignant leur sixième, septième, huitième ou neuvième mois à compter d'une date fixée par décret, et au plus tard le 31 mars 2021.~~

CHAPITRE III

Tirer les conséquences de la crise sanitaire

Article 36

I. – L'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « des conditions adaptées » sont remplacés par les mots : « des règles relatives à l'amélioration des conditions » ;

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Amdt n° 764 rect.

Article 35 ter

I. – *(Non modifié)*

II. – Le I du présent article s'applique aux grossesses ayant débuté à compter du 1^{er} octobre 2020.

Amdt n° 1074

III (nouveau). – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 531-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi, la prime à la naissance est versée au cours du mois d'avril 2021 pour les grossesses ayant débuté entre le 1^{er} juin et le 30 septembre 2020.

Amdt n° 1074

CHAPITRE III

Tirer les conséquences de la crise sanitaire

Article 36

I. – *(Non modifié)*

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

2° Les 6° à 8° sont remplacés par des 6° à 11° ainsi rédigés :

« 6° La prise en charge par l'assurance maladie de frais de santé qui ne relèvent pas de la protection sociale contre le risque et les conséquences de la maladie ou la maternité au titre des articles L. 160-8 et L. 160-9 ;

« 7° Les conditions et la période d'attribution du droit à la protection complémentaire en matière de santé mentionnées à l'article L. 861-5 du présent code, à l'aide médicale de l'État mentionnées à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles et aux soins urgents mentionnés à l'article L. 254-1 du même code ;

« 8° La condition de stabilité et de régularité de résidence pour l'affiliation à l'assurance maladie et maternité prévue à l'article L. 160-1 du présent code ;

« 9° Les prestations en espèces d'assurance maladie, maternité et décès d'un régime obligatoire de sécurité sociale et le maintien du traitement ou de la rémunération des périodes de congés pour raisons de santé pour les assurés relevant d'un régime mentionné à l'article L. 711-1 s'agissant :

« a) Des conditions d'ouverture de droit aux prestations en espèces prévues aux articles L. 313-1, L. 321-1, L. 331-3, L. 331-7, L. 331-8 et L. 361-1 ou des dispositifs équivalents des autres régimes obligatoires ;

« b) Du délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 323-1 ou des dispositifs équivalents ;

« c) De la prise en compte du service de ces prestations dans les périodes mentionnées aux 1° et 2° du même article L. 323-1 ou des dispositifs équivalents ;

« d) (*nouveau*) Des conditions d'attribution de l'allocation de remplacement prévue à l'article L. 732-10 du code rural et de la pêche maritime. Le montant de l'allocation de remplacement versée en raison des motifs mentionnés au premier alinéa du présent article est fixé par décret ;

« 10° Les délais et les sanctions mentionnés au premier alinéa de l'article L. 321-2 du présent code et au sixième alinéa de l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime, pour les incapacités de travail, ainsi qu'aux articles L. 441-1 et L. 441-2 du présent code et au premier alinéa des articles L. 751-26 et L. 752-24 du code rural et de la pêche maritime pour les accidents du travail ;

« 11° Le délai dans lequel le recours préalable mentionné à l'article L. 142-4 du présent code doit être formé ainsi que les délais relatifs aux conditions d'examen de ce recours, les délais à l'issue desquels une décision, un accord ou un avis peut ou doit intervenir ou est acquis implicitement. » ;

3° À l'avant-dernier alinéa, après le mot :

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« cause », sont insérés les mots : « ou nécessaires à la limitation de la propagation des effets de ce risque » et les mots : « assurés exposés » sont remplacés par les mots : « personnes exposées de manière directe ou indirecte » ;

4° Le dernier alinéa est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « assurés concernés » sont remplacés par les mots : « personnes concernées » ;

b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Il peut prévoir l'application rétroactive des dispositions qu'il contient, dans la limite d'un mois avant la date de sa publication. » ;

5° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le décret pris sur le fondement du présent article est dispensé des consultations obligatoires prévues par toute disposition législative ou réglementaire. Par dérogation à l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les conseils ou les conseils d'administration des caisses nationales concernées sont informés de tout projet de texte pris en application du présent article. »

~~II. – La section 1 du chapitre VI du titre II du livre II de la première partie du code du travail est ainsi modifiée :~~

~~1° L'article L. 1226-1-1 devient l'article L. 1226-1-2 ;~~

~~2° Il est rétabli un article L. 1226-1-1 ainsi rédigé :~~

~~« Art. L. 1226-1-1. Lorsque la protection de la santé publique le justifie, en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel, tel que prévu à l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale, notamment d'épidémie, nécessitant l'adoption en urgence de conditions adaptées pour le versement de l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1, dérogatoires au droit commun, celles-ci peuvent être prévues par décret, pour une durée limitée qui ne peut excéder un an.~~

~~« Dans les conditions et limites fixées par ce décret, les dérogations mises en œuvre en application du premier alinéa du présent article peuvent porter sur :~~

~~« 1° La condition d'ancienneté prévue au premier alinéa de l'article L. 1226-1 ;~~

~~« 2° Les conditions prévues aux 1° et 3° du même article L. 1226-1 ;~~

~~« 3° L'exclusion des catégories de salariés mentionnées au cinquième alinéa dudit article L. 1226-1 ;~~

~~« 4° Les taux de l'indemnité complémentaire prévus par le décret pris pour l'application du dernier~~

Texte adopté par le Sénat en première lecture

II. – (*Supprimé*)

Amdts n° 313 rect. bis, n° 176, n° 567 rect. bis

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

~~alinéa du même article L. 1226-1 ;~~

~~« 5° Les délais fixés par le même décret ;~~

~~« 6° Les modalités de calcul de l'indemnité complémentaire prévues par le même décret.~~

~~« Le décret mentionné au premier alinéa du présent article détermine la durée et les conditions de mise en œuvre des dérogations et peut leur conférer une portée rétroactive, dans la limite d'un mois avant la date de sa publication. »~~

III (*nouveau*). – Jusqu'à une date précisée par décret, et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2021, ~~lorsque la protection de la santé publique le justifie, en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel, notamment d'épidémie,~~ des règles de prise en charge renforcée des frais de santé ainsi que des conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces, dérogatoires au droit commun, peuvent être prévues par décret. Ces dérogations peuvent porter sur :

1° Les conditions d'ouverture de droit aux prestations en espèces prévues aux articles L. 313-1 et L. 321-1 du code de la sécurité sociale ou des dispositifs équivalents des autres régimes obligatoires, le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 323-1 du même code ou des dispositifs équivalents et la prise en compte du service de ces prestations dans les périodes mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 323-1 dudit code ou des dispositifs équivalents, pour les assurés qui font l'objet d'une mesure d'isolement, d'éviction ou de maintien à domicile et qui se trouvent, pour l'un de ces motifs, dans l'impossibilité de continuer à travailler ;

2° Les modalités de participation des assurés aux frais pour l'examen de détection du génome du SARS-CoV-2 par amplification génique inscrit à la nomenclature des actes de biologie médicale et pour la réalisation d'un test sérologique pour la recherche des anticorps dirigés contre le SARS-CoV-2 inscrit à la nomenclature des actes de biologie médicale, mises en œuvre par le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus.

Ces dérogations ne peuvent être prévues que pour les actes et prestations directement en lien avec ~~le risque en cause~~ ou nécessaires à la limitation de la propagation des effets de ~~ce risque~~ et pour les personnes ~~exposées de manière directe ou non à ce risque.~~

Le décret mentionné au premier alinéa du présent III détermine les prestations et les personnes concernées ainsi que la nature, le niveau, la durée et les conditions de mise en œuvre des dérogations et des prises

Texte adopté par le Sénat en première lecture

III. – Jusqu'à une date précisée par décret, et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2021, afin de lutter contre l'épidémie de covid-19, des règles de prise en charge renforcée des frais de santé ainsi que des conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces, dérogatoires au droit commun, peuvent être prévues par décret. Ces dérogations peuvent porter sur :

Amdt n° 177

1° Les conditions d'ouverture de droit aux prestations en espèces prévues aux articles L. 313-1 et L. 321-1 du code de la sécurité sociale ou des dispositifs équivalents des autres régimes obligatoires, le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 323-1 du même code ou des dispositifs équivalents et la prise en compte du service de ces prestations dans les périodes mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 323-1 dudit code ou des dispositifs équivalents, pour les assurés qui font l'objet d'une mesure d'isolement, d'éviction ou de maintien à domicile et qui se trouvent, pour l'un de ces motifs, dans l'impossibilité de continuer à travailler ;

2° Les modalités de participation des assurés aux frais pour l'examen de détection du génome du SARS-CoV-2 par amplification génique inscrit à la nomenclature des actes de biologie médicale et pour la réalisation d'un test sérologique pour la recherche des anticorps dirigés contre le SARS-CoV-2 inscrit à la nomenclature des actes de biologie médicale, mises en œuvre par le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus.

Ces dérogations ne peuvent être prévues que pour les actes et prestations directement en lien avec l'épidémie de covid-19 ou nécessaires à la limitation de la propagation des effets de cette épidémie et pour les personnes qui y sont exposées de manière directe ou indirecte.

Amdt n° 177

Le décret mentionné au premier alinéa du présent III détermine les prestations et les personnes concernées ainsi que la nature, le niveau, la durée et les conditions de mise en œuvre des dérogations et des prises

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

en charge applicables. Il peut prévoir l'application rétroactive des dispositions qu'il contient dans la limite d'un mois avant la date de sa publication.

Le décret pris sur le fondement du présent III est dispensé des consultations obligatoires prévues par toute disposition législative ou réglementaire. Par dérogation à l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les conseils ou les conseils d'administration des caisses nationales concernées sont informés de tout projet de texte pris en application du présent III.

Article 37

~~I. Le livre VIII du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :~~

~~1° L'article L. 815-26 est ainsi rédigé :~~

~~« Art. L. 815-26. Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie, un fonds de financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité.~~

~~« Les dépenses du fonds sont constituées par le remboursement aux organismes débiteurs mentionnés à l'article L. 815-27 des prestations qu'ils servent au titre de cette allocation.~~

~~« Les recettes du fonds sont constituées d'une fraction du produit de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4, dans les conditions fixées par l'article L. 131-8. » ;~~

~~2° Le second alinéa de l'article L. 815-29 est supprimé ;~~

~~3° Au cinquième alinéa de l'article L. 821-1-2, les mots : « du fonds spécial » sont supprimés.~~

~~H. Le 11° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime est abrogé.~~

~~H bis (nouveau). À l'article L. 153 du livre des procédures fiscales, les références : « à l'article L. 815-17 et au premier alinéa de l'article L. 815-29 » sont remplacées par les références : « aux articles L. 815-17 et L. 815-29 ».~~

~~III. Les I, II et H bis entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2021 et sont applicables aux allocations dues à compter de cette date. À cette date, les disponibilités, créances et dettes enregistrées par la Caisse des dépôts et consignations au titre du fonds spécial d'invalidité sont transférées de plein droit à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Les dépenses qui viendraient à être exposées après le 1^{er} janvier 2021 au titre d'allocations dues pour la période antérieure sont à la charge de l'État.~~

Texte adopté par le Sénat en première lecture

en charge applicables. Il peut prévoir l'application rétroactive des dispositions qu'il contient dans la limite d'un mois avant la date de sa publication.

Le décret pris sur le fondement du présent III est dispensé des consultations obligatoires prévues par toute disposition législative ou réglementaire. Par dérogation à l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les conseils ou les conseils d'administration des caisses nationales concernées sont informés de tout projet de texte pris en application du présent III.

Article 37

(Supprimé)

Amdts n° 178, n° 938, n° 1023

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 37 bis (nouveau)

Le premier alinéa de l'article L. 815-27 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« L'organisme qui sert, à l'assuré, l'avantage mentionné à l'article L. 815-7 étudie le droit à l'allocation supplémentaire d'invalidité et l'informe de la possibilité d'en bénéficier. L'allocation est ensuite liquidée et servie sur demande expresse de l'intéressé. »

Amdts n° 247 rect. ter, n° 766 rect., n° 940

Article 37 ter (nouveau)

Le 2° de l'article L. 1413-12 du code de la santé publique est abrogé.

Amdt n° 765 rect.

CHAPITRE IV

CHAPITRE IV

Assouplir et simplifier

Assouplir et simplifier

Article 38

Article 38

I. – La cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

I. – La cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1° Au 1°, à la première phrase du 2° et au 8° de l'article L. 5121-1, les mots : « mentionnées aux articles L. 5121-9-1 et L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-9-1, L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » ;

1° Au 1°, à la première phrase du 2° et au 8° de l'article L. 5121-1, les mots : « mentionnées aux articles L. 5121-9-1 et L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-9-1, L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » ;

2° Les articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 sont ainsi rédigés :

2° Les articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 sont ainsi rédigés :

« Art. L. 5121-12. – I. – L'accès précoce défini au présent article régit l'utilisation, à titre exceptionnel, de certains médicaments, dans des indications thérapeutiques précises, destinés à traiter des maladies graves, rares ou invalidantes, lorsque les conditions suivantes sont réunies :

« Art. L. 5121-12. – I. – L'accès précoce défini au présent article régit l'utilisation, à titre exceptionnel, de certains médicaments, dans des indications thérapeutiques précises, destinés à traiter des maladies graves, rares ou invalidantes, lorsque les conditions suivantes sont réunies :

« 1° Il n'existe pas de traitement approprié ;

« 1° Il n'existe pas de traitement approprié ;

« 2° La mise en œuvre du traitement ne peut pas être différée ;

« 2° La mise en œuvre du traitement ne peut pas être différée ;

« 3° L'efficacité et la sécurité de ces médicaments sont fortement présumées au vu des résultats d'essais thérapeutiques ;

« 3° L'efficacité et la sécurité de ces médicaments sont fortement présumées au vu des résultats d'essais thérapeutiques ;

« 4° Ces médicaments sont présumés innovants, notamment au regard d'un éventuel comparateur cliniquement pertinent.

« 4° Ces médicaments sont présumés innovants, notamment au regard d'un éventuel comparateur cliniquement pertinent.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« II. – L'accès précoce s'applique :

« 1° Soit, par dérogation aux articles L. 5121-8 et L. 5121-9-1, à un médicament qui ne dispose pas d'une autorisation de mise sur le marché dans l'indication considérée et pour lequel l'entreprise intéressée a déposé, ou s'engage à déposer dans un délai déterminé par la Haute Autorité de santé sans pouvoir excéder une limite fixée par décret, une demande de délivrance d'une telle autorisation ;

« 2° Soit à un médicament qui dispose, le cas échéant après application du 1° du présent II, d'une autorisation de mise sur le marché dans l'indication considérée sans être inscrit pour cette indication sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du présent code ou au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale et pour lequel l'entreprise intéressée a déposé, ou s'engage à déposer dans le mois suivant l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, une demande d'inscription sur une de ces listes.

« III. – L'utilisation du médicament au titre de l'accès précoce est autorisée pour chaque indication considérée par la Haute Autorité de santé, sur demande de l'entreprise intéressée, pour une durée ne pouvant excéder une limite fixée par décret, éventuellement renouvelable.

« Lorsqu'elle porte sur un médicament mentionné au 1° du II, la décision d'autorisation est prise après avis conforme de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, attestant de la forte présomption d'efficacité et de sécurité du médicament dans chaque indication considérée.

« IV. – L'autorisation d'accès précoce est subordonnée au respect, par l'entreprise qui assure l'exploitation du médicament, d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil des données, défini par la Haute Autorité de santé et annexé à la décision d'autorisation. Le protocole est élaboré en lien avec l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé lorsque l'autorisation est délivrée au titre du 1° du II.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

« II. – L'accès précoce s'applique :

« 1° Soit, par dérogation aux articles L. 5121-8 et L. 5121-9-1, à un médicament qui ne dispose pas d'une autorisation de mise sur le marché dans l'indication considérée et pour lequel l'entreprise intéressée a déposé, ou s'engage à déposer dans un délai déterminé par la Haute Autorité de santé sans pouvoir excéder une limite fixée par décret, une demande de délivrance d'une telle autorisation ;

« 2° Soit à un médicament qui dispose, le cas échéant après application du 1° du présent II, d'une autorisation de mise sur le marché dans l'indication considérée sans être inscrit pour cette indication sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du présent code ou au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale et pour lequel l'entreprise intéressée a déposé, ou s'engage à déposer dans le mois suivant l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, une demande d'inscription sur une de ces listes. Le cas échéant, la Haute Autorité de santé peut accorder à l'entreprise intéressée, sans pouvoir excéder une limite fixée par décret, un délai supplémentaire pour le dépôt de cette demande, à des fins d'exhaustivité du recueil de données mentionné au IV du présent article ou de transmission par l'entreprise de données susceptibles de modifier les conditions d'inscription du médicament concerné sur l'une des listes mentionnées.

Amdt n° 179

« III. – L'utilisation du médicament au titre de l'accès précoce est autorisée pour chaque indication considérée par la Haute Autorité de santé, sur demande de l'entreprise intéressée, pour une durée ne pouvant excéder une limite fixée par décret, éventuellement renouvelable.

« Lorsqu'elle porte sur un médicament mentionné au 1° du II, la décision d'autorisation est prise après avis conforme de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, attestant de la forte présomption d'efficacité et de sécurité du médicament dans chaque indication considérée.

« Tout refus d'autorisation fait l'objet d'une décision motivée adressée à l'entreprise intéressée.

Amdt n° 180

« IV. – L'autorisation d'accès précoce est subordonnée au respect, par l'entreprise qui assure l'exploitation du médicament, d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil des données, défini par la Haute Autorité de santé et annexé à la décision d'autorisation. Le protocole est élaboré en lien avec l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé lorsque l'autorisation est délivrée au titre du 1° du II.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« Les données à recueillir portent sur l'efficacité, les effets indésirables, les conditions réelles d'utilisation ainsi que les caractéristiques de la population bénéficiant du médicament ainsi autorisé. Elles concernent notamment les personnes appartenant à des populations non représentées ou insuffisamment représentées, au regard des populations amenées à faire usage de ces médicaments, au sein des essais thérapeutiques auxquels il a été procédé en vue d'une demande d'autorisation de mise sur le marché.

« L'entreprise qui assure l'exploitation du médicament assure à sa charge le recueil ~~de~~ données. Les prescripteurs lui transmettent à cette fin les données de suivi des patients traités, selon des modalités assurant le respect du secret médical.

« V. – Lorsque l'autorisation d'accès précoce est délivrée au titre du 1° du II, le prescripteur informe le patient, son représentant légal, s'il s'agit d'un mineur, ainsi que la personne chargée de la mesure de protection juridique, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, ou la personne de confiance que le patient a désignée en application de l'article L. 1111-6 que la prescription du médicament ne s'effectue pas dans le cadre d'une autorisation de mise sur le marché mais d'une autorisation d'accès précoce au titre du III du présent article, des risques encourus et des contraintes et des bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament. Il porte sur l'ordonnance la mention : "Prescription hors autorisation de mise sur le marché au titre d'une autorisation d'accès précoce".

« Lorsque l'autorisation d'accès précoce est délivrée au titre du 2° du II, le prescripteur porte sur l'ordonnance la mention : "Prescription au titre d'une autorisation d'accès précoce".

« Dans tous les cas, le prescripteur informe le patient des conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, du médicament prescrit dans l'indication.

« VI. – L'autorisation d'accès précoce peut être suspendue ou retirée par la Haute Autorité de santé :

« 1° Si les conditions prévues au présent article ne sont plus remplies ;

« 2° Lorsque l'entreprise qui assure l'exploitation du médicament ne respecte pas l'engagement de déposer une demande d'autorisation de mise sur le marché ou d'inscription au remboursement souscrit, le cas échéant, en application des 1° ou 2° du II ou lorsqu'elle retire sa demande ;

« 3° Sur demande de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, pour des motifs de santé publique, en cas de méconnaissance du protocole défini au III en ce qui concerne les règles d'utilisation thérapeutique ou en cas de détérioration de la

Texte adopté par le Sénat en première lecture

« Les données à recueillir portent sur l'efficacité, les effets indésirables, les conditions réelles d'utilisation ainsi que les caractéristiques de la population bénéficiant du médicament ainsi autorisé. Elles concernent notamment les personnes appartenant à des populations non représentées ou insuffisamment représentées, au regard des populations amenées à faire usage de ces médicaments, au sein des essais thérapeutiques auxquels il a été procédé en vue d'une demande d'autorisation de mise sur le marché.

« L'entreprise qui assure l'exploitation du médicament assure à sa charge le recueil des données. Les prescripteurs lui transmettent à cette fin les données de suivi des patients traités, selon des modalités assurant le respect du secret médical.

« V. – Lorsque l'autorisation d'accès précoce est délivrée au titre du 1° du II, le prescripteur informe le patient, son représentant légal, s'il s'agit d'un mineur, ainsi que la personne chargée de la mesure de protection juridique, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, ou la personne de confiance que le patient a désignée en application de l'article L. 1111-6, que la prescription du médicament ne s'effectue pas dans le cadre d'une autorisation de mise sur le marché mais d'une autorisation d'accès précoce au titre du III du présent article, des risques encourus et des contraintes et des bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament. Il porte sur l'ordonnance la mention : "Prescription hors autorisation de mise sur le marché au titre d'une autorisation d'accès précoce".

« Lorsque l'autorisation d'accès précoce est délivrée au titre du 2° du II, le prescripteur porte sur l'ordonnance la mention : "Prescription au titre d'une autorisation d'accès précoce".

« Dans tous les cas, le prescripteur informe le patient des conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, du médicament prescrit dans l'indication.

« VI. – L'autorisation d'accès précoce peut être suspendue ou retirée par la Haute Autorité de santé :

« 1° Si les conditions prévues au présent article ne sont plus remplies ;

« 2° Lorsque l'entreprise qui assure l'exploitation du médicament ne respecte pas l'engagement de déposer une demande d'autorisation de mise sur le marché ou d'inscription au remboursement souscrit, le cas échéant, en application des 1° ou 2° du II ou lorsqu'elle retire sa demande ;

« 3° Sur demande de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, pour des motifs de santé publique, en cas de méconnaissance du protocole défini au III en ce qui concerne les règles d'utilisation thérapeutique ou en cas de détérioration de la

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

présomption d'efficacité ou de sécurité du médicament, résultant notamment des nouvelles données de suivi ou données cliniques disponibles, d'un avis défavorable émis par le comité des médicaments à usage humain de l'Agence européenne des médicaments ou d'un refus d'autorisation de mise sur le marché du médicament dans l'indication considérée.

« En cas d'urgence, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut, pour l'un des motifs mentionnés au 3° du présent VI, suspendre temporairement l'autorisation d'accès précoce dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

« Art. L. 5121-12-1. – I. – Les articles L. 5121-8 et L. 5121-9-1 ne font pas obstacle à l'utilisation exceptionnelle, au titre de l'accès compassionnel, de certains médicaments, dans des indications thérapeutiques précises, lorsque les conditions suivantes sont réunies :

« 1° Le médicament ne fait pas l'objet d'une recherche impliquant la personne humaine à des fins commerciales ;

« 2° Il n'existe pas de traitement approprié ;

« 3° L'efficacité et la sécurité du médicament sont présumées au regard des données cliniques disponibles ainsi que, lorsque l'indication concerne une maladie rare, des travaux et des données collectées par les professionnels de santé dans des conditions définies par décret en Conseil d'État.

« Cette utilisation exceptionnelle s'effectue en application soit d'une autorisation définie au II du présent article, soit d'un cadre de prescription compassionnelle défini au III.

« II. – À la demande d'un médecin prescripteur, en vue du traitement d'une maladie grave, rare ou invalidante, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut autoriser, au titre de l'accès compassionnel défini au I et pour une durée maximale d'un an renouvelable, l'utilisation pour un patient nommé désigné d'un médicament qui ne dispose pas, quelle que soit l'indication thérapeutique, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ou par la Commission européenne ou d'un médicament qui a fait l'objet d'un arrêt de commercialisation et dont l'autorisation de mise sur le marché ne porte pas sur l'indication thérapeutique sollicitée.

« Par dérogation au 1° du I, un médicament faisant l'objet, à un stade très précoce, d'une recherche impliquant la personne humaine dans l'indication considérée peut faire l'objet d'une autorisation au titre du présent II lorsque la mise en œuvre du traitement ne peut être différée et que le patient ne peut participer à cette recherche, sous réserve que l'entreprise qui assure

Texte adopté par le Sénat en première lecture

présomption d'efficacité ou de sécurité du médicament, résultant notamment des nouvelles données de suivi ou données cliniques disponibles, d'un avis défavorable émis par le comité des médicaments à usage humain de l'Agence européenne des médicaments ou d'un refus d'autorisation de mise sur le marché du médicament dans l'indication considérée.

« En cas d'urgence, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut, pour l'un des motifs mentionnés au 3° du présent VI, suspendre temporairement l'autorisation d'accès précoce dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

« Art. L. 5121-12-1. – I. – Les articles L. 5121-8 et L. 5121-9-1 ne font pas obstacle à l'utilisation exceptionnelle, au titre de l'accès compassionnel, de certains médicaments, dans des indications thérapeutiques précises, lorsque les conditions suivantes sont réunies :

« 1° Le médicament ne fait pas l'objet d'une recherche impliquant la personne humaine à des fins commerciales ;

« 2° Il n'existe pas de traitement approprié ;

« 3° L'efficacité et la sécurité du médicament sont présumées au regard des données cliniques disponibles ainsi que, lorsque l'indication concerne une maladie rare, des travaux et des données collectées par les professionnels de santé dans des conditions définies par décret en Conseil d'État.

« Cette utilisation exceptionnelle s'effectue en application soit d'une autorisation définie au II du présent article, soit d'un cadre de prescription compassionnelle défini au III.

« II. – À la demande d'un médecin prescripteur, en vue du traitement d'une maladie grave, rare ou invalidante, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut autoriser, au titre de l'accès compassionnel défini au I et pour une durée maximale d'un an renouvelable, l'utilisation pour un patient nommé désigné d'un médicament qui ne dispose pas, quelle que soit l'indication thérapeutique, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ou par la Commission européenne ou d'un médicament qui a fait l'objet d'un arrêt de commercialisation et dont l'autorisation de mise sur le marché ne porte pas sur l'indication thérapeutique sollicitée.

« Par dérogation au 1° du même I, un médicament faisant l'objet, à un stade très précoce, d'une recherche impliquant la personne humaine dans l'indication considérée peut faire l'objet d'une autorisation au titre du présent II lorsque la mise en œuvre du traitement ne peut être différée et que le patient ne peut participer à cette recherche, sous réserve que l'entreprise qui assure

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

l'exploitation du médicament s'engage à déposer, dans un délai de trois mois à compter de l'octroi de la première autorisation délivrée par l'agence dans cette indication, une demande d'accès précoce définie à l'article L. 5121-12 dans cette indication.

« Les médicaments autorisés en application du présent II sont importés, le cas échéant, par les pharmacies à usage intérieur. Ils sont mis à la disposition des prescripteurs par le titulaire des droits d'exploitation du médicament concerné.

« III. – De sa propre initiative ou à la demande du ministre chargé de la santé ou du ministre chargé de la sécurité sociale, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut établir, au titre de l'accès compassionnel défini au I et pour une durée de trois ans renouvelable, un cadre de prescription relatif à un médicament faisant l'objet, pour d'autres indications, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'agence ou par la Commission européenne, afin de sécuriser une prescription non conforme à cette autorisation.

« Par dérogation au 2° du I, l'existence, dans l'indication concernée, d'un traitement disposant d'une autorisation de mise sur le marché ne fait pas obstacle à l'établissement d'un cadre de prescription compassionnelle pour un médicament lorsqu'il ne s'agit pas d'un médicament de même principe actif, de même dosage et de même forme pharmaceutique. Ce médicament peut faire l'objet d'une prescription conformément au cadre ainsi établi, dès lors que le prescripteur juge qu'il répond, au moins aussi bien que le médicament ayant fait l'objet de l'autorisation de mise sur le marché dans cette indication, aux besoins du patient.

« IV. – Avant de délivrer une autorisation ou d'établir un cadre de prescription au titre de l'accès compassionnel, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé informe l'entreprise qui assure l'exploitation ou, le cas échéant, le titulaire des droits d'exploitation du médicament concerné.

« V. – Les autorisations et les cadres de prescription au titre de l'accès compassionnel sont assortis d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de suivi des patients qui précise les conditions de recueil des informations concernant l'efficacité, les effets indésirables et les conditions réelles d'utilisation du médicament ainsi que, le cas échéant, les caractéristiques de la population bénéficiant du médicament ainsi autorisé ou encadré. Lorsqu'il se rattache à une autorisation délivrée au titre du deuxième alinéa du II ou à un cadre de prescription compassionnelle, ce recueil est financé par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou l'entreprise qui l'exploite. Il peut être dérogé à l'obligation d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de suivi des patients prévue au présent alinéa lorsqu'il existe suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation du médicament dans l'indication faisant l'objet du cadre de prescription

Texte adopté par le Sénat en première lecture

l'exploitation du médicament s'engage à déposer, dans un délai de trois mois à compter de l'octroi de la première autorisation délivrée par l'agence dans cette indication, une demande d'accès précoce définie à l'article L. 5121-12 dans cette indication.

« Les médicaments autorisés en application du présent II sont importés, le cas échéant, par les pharmacies à usage intérieur. Ils sont mis à la disposition des prescripteurs par le titulaire des droits d'exploitation du médicament concerné.

« III. – De sa propre initiative ou à la demande du ministre chargé de la santé ou du ministre chargé de la sécurité sociale, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut établir, au titre de l'accès compassionnel défini au I et pour une durée de trois ans renouvelable, un cadre de prescription relatif à un médicament faisant l'objet, pour d'autres indications, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'agence ou par la Commission européenne, afin de sécuriser une prescription non conforme à cette autorisation.

« Par dérogation au 2° du même I, l'existence, dans l'indication concernée, d'un traitement disposant d'une autorisation de mise sur le marché ne fait pas obstacle à l'établissement d'un cadre de prescription compassionnelle pour un médicament lorsqu'il ne s'agit pas d'un médicament de même principe actif, de même dosage et de même forme pharmaceutique. Ce médicament peut faire l'objet d'une prescription conformément au cadre ainsi établi, dès lors que le prescripteur juge qu'il répond, au moins aussi bien que le médicament ayant fait l'objet de l'autorisation de mise sur le marché dans cette indication, aux besoins du patient.

« IV. – Avant de délivrer une autorisation ou d'établir un cadre de prescription au titre de l'accès compassionnel, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé informe l'entreprise qui assure l'exploitation ou, le cas échéant, le titulaire des droits d'exploitation du médicament concerné.

« V. – Les autorisations et les cadres de prescription au titre de l'accès compassionnel sont assortis d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de suivi des patients qui précise les conditions de recueil des informations concernant l'efficacité, les effets indésirables et les conditions réelles d'utilisation du médicament ainsi que, le cas échéant, les caractéristiques de la population bénéficiant du médicament ainsi autorisé ou encadré. Lorsqu'il se rattache à une autorisation délivrée au titre du deuxième alinéa du II ou à un cadre de prescription compassionnelle, ce recueil est financé par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou l'entreprise qui l'exploite. Il peut être dérogé à l'obligation d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de suivi des patients prévue au présent alinéa lorsqu'il existe suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation du médicament dans l'indication faisant l'objet du cadre de prescription

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

compassionnelle ou qu'il existe un autre médicament comparable disposant d'une autorisation de mise sur le marché dans cette indication.

« Pour les médicaments autorisés ou faisant l'objet d'un cadre de prescription au titre de l'accès compassionnel, les prescripteurs assurent, le cas échéant, le recueil et la transmission des données de suivi des patients traités requises par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé suivant les modalités qu'elle fixe pour chacun des médicaments concernés. Ces modalités assurent le respect du secret médical.

« VI. – Le prescripteur informe le patient, son représentant légal, s'il est mineur, ainsi que la personne chargée de la mesure de protection, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, ou la personne de confiance qu'il a désignée en application de l'article L. 1111-6 que la prescription du médicament ne s'effectue pas dans le cadre d'une autorisation de mise sur le marché mais de l'accès compassionnel au titre des II ou III du présent article, le cas échéant de l'absence d'alternative thérapeutique, des risques encourus ainsi que des contraintes et des bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament. Il porte sur l'ordonnance la mention : "Prescription au titre d'un accès compassionnel en dehors du cadre d'une autorisation de mise sur le marché".

« Il informe également le patient des conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, du médicament prescrit dans l'indication considérée.

« La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. Pour un médicament relevant d'un cadre de prescription compassionnelle, il motive sa prescription dans ce dossier, sauf lorsqu'il existe suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation du médicament dans l'indication faisant l'objet du cadre de prescription compassionnelle ou qu'il existe un autre médicament comparable disposant d'une autorisation de mise sur le marché dans cette indication.

« VII. – L'autorisation ou le cadre de prescription compassionnelle peuvent être suspendus ou retirés par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé si les conditions définies au présent article ne sont plus remplies ou pour des motifs de santé publique. » ;

3° Après l'article L. 5121-12-1-1, il est inséré un article L. 5121-12-1-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 5121-12-1-2. – En l'absence d'autorisation ou de cadre de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L. 5121-12-1 dans l'indication considérée, un médicament ne peut faire l'objet d'une prescription non conforme à son autorisation de mise sur le marché qu'en l'absence d'alternative médicamenteuse

Texte adopté par le Sénat en première lecture

compassionnelle ou qu'il existe un autre médicament comparable disposant d'une autorisation de mise sur le marché dans cette indication.

« Pour les médicaments autorisés ou faisant l'objet d'un cadre de prescription au titre de l'accès compassionnel, les prescripteurs assurent, le cas échéant, le recueil et la transmission des données de suivi des patients traités requises par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé suivant les modalités qu'elle fixe pour chacun des médicaments concernés. Ces modalités assurent le respect du secret médical.

« VI. – Le prescripteur informe le patient, son représentant légal, s'il est mineur, ainsi que la personne chargée de la mesure de protection, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, ou la personne de confiance qu'il a désignée en application de l'article L. 1111-6, que la prescription du médicament ne s'effectue pas dans le cadre d'une autorisation de mise sur le marché mais de l'accès compassionnel au titre des II ou III du présent article, le cas échéant de l'absence d'alternative thérapeutique, des risques encourus ainsi que des contraintes et des bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament. Il porte sur l'ordonnance la mention : "Prescription au titre d'un accès compassionnel en dehors du cadre d'une autorisation de mise sur le marché".

« Il informe également le patient des conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, du médicament prescrit dans l'indication considérée.

« La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. Pour un médicament relevant d'un cadre de prescription compassionnelle, il motive sa prescription dans ce dossier, sauf lorsqu'il existe suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation du médicament dans l'indication faisant l'objet du cadre de prescription compassionnelle ou qu'il existe un autre médicament comparable disposant d'une autorisation de mise sur le marché dans cette indication.

« VII. – L'autorisation ou le cadre de prescription compassionnelle peuvent être suspendus ou retirés par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé si les conditions définies au présent article ne sont plus remplies ou pour des motifs de santé publique. » ;

3° Après l'article L. 5121-12-1-1, il est inséré un article L. 5121-12-1-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 5121-12-1-2. – I. – En l'absence d'autorisation ou de cadre de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L. 5121-12-1 dans l'indication considérée, un médicament ne peut faire l'objet d'une prescription non conforme à son autorisation de mise sur le marché qu'en l'absence d'alternative médicamenteuse

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

appropriée disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou d'une autorisation d'accès précoce et sous réserve que le prescripteur juge indispensable, au regard des connaissances médicales avérées, le recours à ce médicament pour améliorer ou stabiliser l'état clinique de son patient.

« Dans ce cas, les dispositions du VI de l'article L. 5121-12-1 sont applicables et la mention portée sur l'ordonnance est : "Prescription hors autorisation de mise sur le marché". »;

4° Au premier alinéa de l'article L. 5121-14-3, les mots : « des recommandations temporaires d'utilisation mentionnées à l'article L. 5121-12-1, » sont supprimés et les mots : « son autorisation temporaire d'utilisation mentionnée à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « ses autorisations ou cadres de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » ;

5° Au dernier alinéa de l'article L. 5121-18, les mots : « temporaire d'utilisation mentionnée au 1° du I de » sont remplacés par les mots : « d'accès précoce mentionnée à » ;

6° Le 8° de l'article L. 5121-20 est ainsi rédigé :

« 8° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir les autorisations prévues aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, les conditions et modalités d'octroi, de modification, de renouvellement, de suspension ou de retrait de ces autorisations ainsi que les modalités d'établissement, de modification, de suspension et de retrait des cadres de prescription compassionnelle prévus à l'article L. 5121-12-1 ; »

7° Au deuxième alinéa de l'article L. 5123-2, les mots : « mentionnées à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « ou cadres de prescription compassionnelle dans une indication considérée mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 ainsi que ceux bénéficiant d'une autorisation d'importation délivrée en application de l'article L. 5124-13 dans le cadre d'une rupture de stock, d'un risque de rupture ou d'un arrêt de commercialisation » ;

Texte adopté par le Sénat en première lecture

appropriée disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou d'une autorisation d'accès précoce et sous réserve que le prescripteur juge indispensable, au regard des connaissances médicales avérées, le recours à ce médicament pour améliorer ou stabiliser l'état clinique de son patient.

« Dans ce cas, les dispositions du VI de l'article L. 5121-12-1 sont applicables et la mention portée sur l'ordonnance est : "Prescription hors autorisation de mise sur le marché". ».

« II (nouveau). – Par dérogation au I du présent article, peuvent faire l'objet d'une prescription, dans les conditions prévues au premier alinéa du même I, les spécialités à base de phages dépourvues d'autorisation de mise sur le marché ou d'une autorisation ou d'un cadre délivré au titre des articles L. 5121-12 ou L. 5121-12-1, dès lors que l'efficacité et la sécurité de la spécialité sont présumées au regard des données cliniques disponibles et que la fabrication des phages est conforme à un cahier des charges défini par la Haute Autorité de santé. » ;

Amdt n° 599 rect.

4° Au premier alinéa de l'article L. 5121-14-3, les mots : « des recommandations temporaires d'utilisation mentionnées à l'article L. 5121-12-1, » sont supprimés et les mots : « son autorisation temporaire d'utilisation mentionnée à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « ses autorisations ou cadres de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » ;

5° Au dernier alinéa de l'article L. 5121-18, les mots : « temporaire d'utilisation mentionnée au 1° du I de » sont remplacés par les mots : « d'accès précoce mentionnée à » ;

6° Le 8° de l'article L. 5121-20 est ainsi rédigé :

« 8° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir les autorisations prévues aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, les conditions et modalités d'octroi, de modification, de renouvellement, de suspension ou de retrait de ces autorisations ainsi que les modalités d'établissement, de modification, de suspension et de retrait des cadres de prescription compassionnelle prévus à l'article L. 5121-12-1 ; »

7° Au deuxième alinéa de l'article L. 5123-2, les mots : « mentionnées à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « ou cadres de prescription compassionnelle dans une indication considérée mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 ainsi que ceux bénéficiant d'une autorisation d'importation délivrée en application de l'article L. 5124-13 dans le cadre d'une rupture de stock, d'un risque de rupture ou d'un arrêt de commercialisation » ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

8° À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 5124-13, les mots : « l'autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « les autorisations ou cadres de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » ;

9° Après le premier alinéa du 1° de l'article L. 5126-6, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les médicaments qui ne sont pas classés dans la catégorie des médicaments réservés à l'usage hospitalier et qui font l'objet d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 sont réputés inscrits sur cette liste. Le présent alinéa s'applique sans préjudice de l'existence d'un autre circuit de délivrance ~~pour les médicaments faisant l'objet d'un cadre de prescription compassionnelle.~~ » ;

10° Le 7° de l'article L. 5421-8 est ainsi rédigé :

« 7° Le fait pour toute entreprise qui assure l'exploitation du médicament ou tout prescripteur de ne pas recueillir ou transmettre à la Haute Autorité de santé ou, le cas échéant, à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, dans les délais impartis, les données et les informations mentionnées au IV de l'article L. 5121-12 et au V de l'article L. 5121-12-1 ; »

11° À l'article L. 5422-3 et à la fin du 7° de l'article L. 5422-18, les mots : « de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » ;

12° ~~Au 3°~~ du II de l'article L. 5432-1, les mots : « par l'article ~~L. 5121-12-1~~ » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 5121-12 et ~~L. 5121-12-1~~ » ;

13° Au dernier alinéa de l'article L. 5521-6, les mots : « l'autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « les autorisations ou cadres de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 ».

II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 1° de l'article L. 133-4, la référence : « L. 162-16-5-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-16-5-1 » ;

2° L'article L. 138-10 est ainsi modifié :

a) Au I, la référence : « L. 162-16-5-1 » est remplacée par les références : « L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2 » ;

Texte adopté par le Sénat en première lecture

8° À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 5124-13, les mots : « l'autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « les autorisations ou cadres de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » ;

9° Après le premier alinéa du 1° de l'article L. 5126-6, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les médicaments qui ne sont pas classés dans la catégorie des médicaments réservés à l'usage hospitalier et qui font l'objet d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 sont réputés inscrits sur cette liste. Le présent alinéa s'applique sans préjudice de l'existence d'un autre circuit de délivrance, » ;

Amdt n° 181

10° Le 7° de l'article L. 5421-8 est ainsi rédigé :

« 7° Le fait pour toute entreprise qui assure l'exploitation du médicament ou tout prescripteur de ne pas recueillir ou transmettre à la Haute Autorité de santé ou, le cas échéant, à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, dans les délais impartis, les données et les informations mentionnées au IV de l'article L. 5121-12 et au V de l'article L. 5121-12-1 ; »

11° À l'article L. 5422-3 et à la fin du 7° de l'article L. 5422-18, les mots : « de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » ;

12° À la seconde phrase du 3° du II de l'article L. 5432-1, les mots : « par l'article » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 5121-12 et » ;

13° Au dernier alinéa de l'article L. 5521-6, les mots : « l'autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « les autorisations ou cadres de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 ».

II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 1° de l'article L. 133-4, la référence : « L. 162-16-5-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-16-5-1 » ;

2° L'article L. 138-10 est ainsi modifié :

a) Au I, la référence : « L. 162-16-5-1 » est remplacée par les références : « L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2 » ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

b) Le II est ainsi modifié :

– à la fin du 3°, les mots : « temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code » sont remplacés par les mots : « ou d'un cadre de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du même code et de la prise en charge correspondante » ;

– le 4° est abrogé ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 138-11, la référence : « L. 162-16-5-1 » est remplacée par les références : « L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2 » ;

4° Après le 16° de l'article L. 161-37, il est inséré un 17° ainsi rédigé :

« 17° Prendre les décisions relatives aux autorisations d'accès précoce des médicaments mentionnées à l'article L. 5121-12 du ~~code de la santé publique~~ » ;

5° Au troisième alinéa du I de l'article L. 162-16-5, la référence : « L. 162-16-5-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-16-5-1 » ;

6° Les articles L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 sont ainsi rédigés :

« Art. L. 162-16-5-1. – I. – Les spécialités pharmaceutiques disposant, pour des indications particulières, d'une autorisation d'accès précoce mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique font l'objet d'une prise en charge à titre dérogatoire par l'assurance maladie dans certains établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du présent code, dans certains établissements de santé disposant d'une pharmacie à usage intérieur ou dans certains hôpitaux des armées, dans les conditions définies au présent article et aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-4.

« II. – A. – Pour chaque indication considérée, la prise en charge mentionnée au I du présent article prend fin lorsque cette indication est inscrite, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code et, le cas échéant, que l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

b) Le II est ainsi modifié :

– à la fin du 3°, les mots : « temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code » sont remplacés par les mots : « ou d'un cadre de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du même code et de la prise en charge correspondante » ;

– le 4° est abrogé ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 138-11, la référence : « L. 162-16-5-1 » est remplacée par les références : « L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2 » ;

4° Après le 16° de l'article L. 161-37, il est inséré un 17° ainsi rédigé :

« 17° Prendre les décisions relatives aux autorisations d'accès précoce des médicaments mentionnées à l'article L. 5121-12 du même code. » ;

4° bis (nouveau) Au dernier alinéa de l'article L. 162-4, la référence : « L. 5121-12-1 » est remplacée par la référence : « L. 5121-12-1-2 » ;

Amdt n° 183

5° Au troisième alinéa du I de l'article L. 162-16-5, la référence : « L. 162-16-5-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-16-5-1 » ;

6° Les articles L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 sont ainsi rédigés :

« Art. L. 162-16-5-1. – I. – Les spécialités pharmaceutiques disposant, pour des indications particulières, d'une autorisation d'accès précoce mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique font l'objet d'une prise en charge à titre dérogatoire par l'assurance maladie dans certains établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du présent code, dans certains établissements de santé disposant d'une pharmacie à usage intérieur ou dans certains hôpitaux des armées, dans les conditions définies au présent article et aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-4.

« II. – A. – Pour chaque indication considérée, la prise en charge mentionnée au I du présent article prend fin lorsque cette indication est inscrite, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code et, le cas échéant, que l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« B. – Pour chaque indication considérée, il est également mis fin, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à cette prise en charge :

« 1° En cas de retrait ou de suspension de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ;

« 2° En cas de refus d'inscription de cette indication, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au A du présent II ;

« 3° En cas de retrait de la demande d'autorisation de mise sur le marché ou de la demande d'inscription à ce titre sur l'une des listes mentionnées au même A.

« III. – Dans le cas où une demande d'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 est envisagée, celle-ci est adressée aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans un délai de deux semaines à compter de l'avis de la Haute Autorité de santé relatif à l'inscription de la spécialité pharmaceutique concernée, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.

~~« IV. – En cas de prise en charge d'une indication au titre du présent article, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut modifier les conditions de dispensation des spécialités déjà prises en charge au titre d'une autorisation de mise sur le marché.~~

« V. – Les modalités d'application du présent article, notamment les conditions de prise en charge des spécialités disposant d'une autorisation d'accès précoce, sont définies par décret en Conseil d'État.

« Art. L. 162-16-5-1-1. – I. – Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité bénéficiant d'une ou de plusieurs autorisations d'accès précoce mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique prises en charge selon les modalités fixées à l'article L. 162-16-5-1 du présent code déclare au Comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame, le cas échéant, aux établissements de santé pour le produit, dès lors que celui-ci ne fait pas l'objet d'un prix maximal de vente aux établissements de santé en application de l'article L. 162-16-4-3, ni d'une prise en charge au titre des articles L. 162-17 ou L. 162-22-7 pour au moins l'une de ses indications. Le comité rend publiques ces déclarations.

« Le 15 février de chaque année, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité informe le comité du chiffre d'affaires correspondant à cette spécialité ainsi que du nombre d'unités fournies, pour chacune des indications concernées, au titre de l'année civile précédente.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

« B. – Pour chaque indication considérée, il est également mis fin, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à cette prise en charge :

« 1° En cas de retrait ou de suspension de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ;

« 2° En cas de refus d'inscription de cette indication, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au A du présent II ;

« 3° En cas de retrait de la demande d'autorisation de mise sur le marché ou de la demande d'inscription à ce titre sur l'une des listes mentionnées au même A.

« III. – Dans le cas où une demande d'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 est envisagée, celle-ci est adressée aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans un délai de deux semaines à compter de l'avis de la Haute Autorité de santé relatif à l'inscription de la spécialité pharmaceutique concernée, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.

« IV. – *(Supprimé)*

Amdt n° 184

« V. – Les modalités d'application du présent article, notamment les conditions de prise en charge des spécialités disposant d'une autorisation d'accès précoce, sont définies par décret en Conseil d'État.

« Art. L. 162-16-5-1-1. – I. – Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité bénéficiant d'une ou de plusieurs autorisations d'accès précoce mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique prises en charge selon les modalités fixées à l'article L. 162-16-5-1 du présent code déclare au Comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame, le cas échéant, aux établissements de santé pour le produit, dès lors que celui-ci ne fait pas l'objet d'un prix maximal de vente aux établissements de santé en application de l'article L. 162-16-4-3, ni d'une prise en charge au titre des articles L. 162-17 ou L. 162-22-7 pour au moins l'une de ses indications. Le comité rend publiques ces déclarations.

« Le 15 février de chaque année, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité informe le comité du chiffre d'affaires correspondant à cette spécialité ainsi que du nombre d'unités fournies, pour chacune des indications concernées, au titre de l'année civile précédente.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« II. – A. – Pour chaque indication d'une spécialité faisant l'objet d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1, l'entreprise exploitant la spécialité reverse chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des remises calculées sur la base du chiffre d'affaires hors taxes facturé aux établissements de santé, au titre de l'indication et de la période considérées.

« Les taux de ces remises sont définis selon un barème progressif par tranche de chiffre d'affaires, fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Pour l'application des deux premiers alinéas du présent A, le chiffre d'affaires facturé au titre de l'indication est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour cette spécialité par la part d'utilisation de la spécialité dans l'indication considérée.

« B. – Un décret en Conseil d'État détermine les conditions dans lesquelles les taux de remise mentionnés au A sont majorés :

« 1° En l'absence de dépôt d'une demande d'autorisation de mise sur le marché ou d'inscription au remboursement dans le délai fixé, le cas échéant, en application des 1° ou 2° du II de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ;

« 2° En l'absence de signature d'une convention fixant le tarif ou le prix dans un délai ~~de cent quatre-vingts jours~~ suivant la ~~demande~~ d'inscription sur une des listes mentionnées aux articles L. 162-17 et L. 162-22-7 du présent code ~~et, le cas échéant, à l'issue de nouveaux délais~~ ;

« 3° En cas d'inscription au remboursement d'une autre spécialité identifiée par la Haute Autorité de santé comme répondant au besoin thérapeutique dans l'indication considérée ;

« 4° Lorsque l'indication considérée fait l'objet, lors de la demande d'inscription sur l'une des listes mentionnées au 3° du présent B, d'une évaluation de la Haute Autorité de santé remettant en cause la présomption d'innovation de la spécialité considérée.

« La ou les majorations fixées en application du présent B sont reconductibles, le cas échéant, chaque année. Le décret en Conseil d'État mentionné au premier alinéa du présent B détermine les conditions d'application des majorations afin qu'une part minimale du chiffre d'affaires ne soit pas soumise à un reversement.

« III. – A. – Lorsqu'une spécialité pharmaceutique ayant fait l'objet d'une prise en charge pour une indication donnée au titre de l'article L. 162-16-5-1 est inscrite au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le

Texte adopté par le Sénat en première lecture

« II. – A. – Pour chaque indication d'une spécialité faisant l'objet d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1, l'entreprise exploitant la spécialité reverse chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des remises calculées sur la base du chiffre d'affaires hors taxes facturé aux établissements de santé, au titre de l'indication et de la période considérées.

« Les taux de ces remises sont définis selon un barème progressif par tranche de chiffre d'affaires, fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Pour l'application des deux premiers alinéas du présent A, le chiffre d'affaires facturé au titre de l'indication est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour cette spécialité par la part d'utilisation de la spécialité dans l'indication considérée.

« B. – Un décret en Conseil d'État détermine les conditions dans lesquelles les taux de remise mentionnés au A sont majorés :

« 1° En l'absence de dépôt d'une demande d'autorisation de mise sur le marché ou d'inscription au remboursement dans le délai fixé, le cas échéant, en application des 1° ou 2° du II de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ;

« 2° En l'absence de signature d'une convention fixant le tarif ou le prix dans un délai déterminé suivant l'inscription sur une des listes mentionnées aux articles L. 162-17 et L. 162-22-7 du présent code ;

Amdt n° 185

« 3° En cas d'inscription au remboursement d'une autre spécialité identifiée par la Haute Autorité de santé comme répondant au besoin thérapeutique dans l'indication considérée ;

« 4° Lorsque l'indication considérée fait l'objet, lors de la demande d'inscription sur l'une des listes mentionnées au 2° du présent B, d'une évaluation de la Haute Autorité de santé remettant en cause la présomption d'innovation de la spécialité considérée.

« La ou les majorations fixées en application du présent B sont reconductibles, le cas échéant, chaque année. Le décret en Conseil d'État mentionné au premier alinéa du présent B détermine les conditions d'application des majorations afin qu'une part minimale du chiffre d'affaires ne soit pas soumise à un reversement.

« III. – A. – Lorsqu'une spécialité pharmaceutique ayant fait l'objet d'une prise en charge pour une indication donnée au titre de l'article L. 162-16-5-1 est inscrite au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

marché incluant, en tout ou partie, cette indication, la convention ou la décision qui fixe le prix net de référence en application du IV de l'article L. 162-18 détermine également le montant de la restitution ou de la remise supplémentaire définies selon les modalités suivantes.

« Le Comité économique des produits de santé calcule, après que le laboratoire a été mis à même de présenter ses observations :

« 1° Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au titre de l'indication considérée, prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 et, le cas échéant, au titre de l'article L. 162-16-5-2, au prix net de référence sur l'ensemble de la période considérée de prise en charge ;

« 2° Le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé après déduction de la remise prévue au II du présent article et, le cas échéant, de la remise prévue au III de l'article L. 162-16-5-2, au titre de l'indication considérée et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée sur l'ensemble de la période considérée de prise en charge.

« Si le montant mentionné au 1° du présent A est inférieur à celui mentionné au 2°, le laboratoire verse une remise supplémentaire aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, égale à la différence entre ces deux montants. Dans le cas contraire, il est restitué au laboratoire la différence entre ces deux montants, dans la limite de la remise versée au titre du II du présent article pour l'indication considérée sur l'ensemble de la période de prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1.

« B. – Pour chaque indication considérée, l'intégralité des remises dues au titre du A est versée en une seule fois. Ces remises sont versées au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu.

« Toutefois, le laboratoire redevable de remises en application du premier alinéa du présent B peut en être exonéré s'il signe avec le comité une convention prévoyant le versement de remises. Cette convention est signée avant le 1^{er} mai de l'année suivant l'année civile au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée donnant lieu au versement de ces remises a eu lieu. Elle peut prévoir :

« 1° Soit le versement sur deux années successives au maximum de remises dont le montant total ne peut être inférieur au montant qui aurait été dû en application du premier alinéa du présent B ;

« 2° Soit le versement en une seule fois, au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu. Dans ce cas, le montant de la remise est égal au montant qui

Texte adopté par le Sénat en première lecture

marché incluant, en tout ou partie, cette indication, la convention ou la décision qui fixe le prix net de référence en application du IV de l'article L. 162-18 détermine également le montant de la restitution ou de la remise supplémentaire définies selon les modalités suivantes.

« Le Comité économique des produits de santé calcule, après que le laboratoire a été mis à même de présenter ses observations :

« 1° Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au titre de l'indication considérée, prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 et, le cas échéant, au titre de l'article L. 162-16-5-2, au prix net de référence sur l'ensemble de la période considérée de prise en charge ;

« 2° Le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé après déduction de la remise prévue au II du présent article et, le cas échéant, de la remise prévue au III de l'article L. 162-16-5-2, au titre de l'indication considérée et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée sur l'ensemble de la période considérée de prise en charge.

« Si le montant mentionné au 1° du présent A est inférieur à celui mentionné au 2°, le laboratoire verse une remise supplémentaire aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, égale à la différence entre ces deux montants. Dans le cas contraire, il est restitué au laboratoire la différence entre ces deux montants, dans la limite de la remise versée au titre du II du présent article pour l'indication considérée sur l'ensemble de la période de prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1.

« B. – Pour chaque indication considérée, l'intégralité des remises dues au titre du A est versée en une seule fois. Ces remises sont versées au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu.

« Toutefois, le laboratoire redevable de remises en application du premier alinéa du présent B peut en être exonéré s'il signe avec le comité une convention prévoyant le versement de remises. Cette convention est signée avant le 1^{er} mai de l'année suivant l'année civile au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée donnant lieu au versement de ces remises a eu lieu. Elle peut prévoir :

« 1° Soit le versement sur deux années successives au maximum de remises dont le montant total ne peut être inférieur au montant qui aurait été dû en application du même premier alinéa ;

« 2° Soit le versement en une seule fois, au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu. Dans ce cas, le montant de la remise est égal au montant qui

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

aurait été dû en application ~~du premier alinéa du présent B~~, auquel une décote, dans la limite de 3 %, peut être appliquée.

« IV. – Pour l'application du III, lorsque, pour une indication particulière, l'inscription est réalisée sur la seule liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique sans qu'intervienne, dans les deux mois suivants, une inscription sur une autre liste ouvrant droit à une prise en charge au titre de cette indication, le Comité économique des produits de santé peut retenir un prix de référence ou faire évoluer le prix de référence précédemment retenu en fonction des critères de fixation et de modification des prix et tarifs prévus aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 et L. 162-16-6 du présent code.

« Le III du présent article est également applicable lorsque, pour une indication thérapeutique, il est mis fin à la prise en charge au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, sans que soit mis en place un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché.

« Dans ce cas, le premier alinéa du présent IV s'applique pour la fixation du prix de référence ou sa modification éventuelle.

« V. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État.

« Art. L. 162-16-5-2. – I. – Les spécialités pharmaceutiques disposant, pour des indications particulières, d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique font l'objet d'une prise en charge, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, par l'assurance maladie, dans les conditions définies au présent article.

« II. – A. – Lorsque la spécialité pharmaceutique est déjà inscrite, au titre d'une autre indication, sur l'une des listes mentionnées aux articles L. 162-17 et L. 162-22-7, la prise en charge s'effectue sur la base du taux de participation de l'assuré mentionné à l'article L. 160-13, du prix de vente au public mentionné à l'article L. 162-16-4, du prix de cession au public mentionné à l'article L. 162-16-5 ou du tarif de responsabilité et du prix limite de vente aux établissements mentionnés à l'article L. 162-16-6.

« B. – Lorsque la spécialité n'est inscrite sur aucune des listes mentionnées au A du présent II pour aucune de ses indications, la prise en charge s'effectue :

« 1° Soit sur la base du prix facturé aux établissements de santé. Dans ce cas, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité déclare aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame, le cas échéant, aux établissements de santé pour le produit, sauf lorsque la spécialité est inscrite sur la liste mentionnée à

Texte adopté par le Sénat en première lecture

aurait été dû en application dudit premier alinéa, auquel une décote, dans la limite de 3 %, peut être appliquée.

« IV. – Pour l'application du III, lorsque, pour une indication particulière, l'inscription est réalisée sur la seule liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique sans qu'intervienne, dans les deux mois suivants, une inscription sur une autre liste ouvrant droit à une prise en charge au titre de cette indication, le Comité économique des produits de santé peut retenir un prix de référence ou faire évoluer le prix de référence précédemment retenu en fonction des critères de fixation et de modification des prix et tarifs prévus aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 et L. 162-16-6 du présent code.

« Le III du présent article est également applicable lorsque, pour une indication thérapeutique, il est mis fin à la prise en charge au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, sans que soit mis en place un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché.

« Dans ce cas, le premier alinéa du présent IV s'applique pour la fixation du prix de référence ou sa modification éventuelle.

« V. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État.

« Art. L. 162-16-5-2. – I. – Les spécialités pharmaceutiques disposant, pour des indications particulières, d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique font l'objet d'une prise en charge, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, par l'assurance maladie, dans les conditions définies au présent article.

« II. – A. – Lorsque la spécialité pharmaceutique est déjà inscrite, au titre d'une autre indication, sur l'une des listes mentionnées aux articles L. 162-17 et L. 162-22-7 du présent code, la prise en charge s'effectue sur la base du taux de participation de l'assuré mentionné à l'article L. 160-13, du prix de vente au public mentionné à l'article L. 162-16-4, du prix de cession au public mentionné à l'article L. 162-16-5 ou du tarif de responsabilité et du prix limite de vente aux établissements mentionnés à l'article L. 162-16-6.

« B. – Lorsque la spécialité n'est inscrite sur aucune des listes mentionnées au A du présent II pour aucune de ses indications, la prise en charge s'effectue :

« 1° Soit sur la base du prix facturé aux établissements de santé. Dans ce cas, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité déclare aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame, le cas échéant, aux établissements de santé pour le produit, sauf lorsque la spécialité est inscrite sur la liste mentionnée à

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et qu'un prix maximal de vente aux établissements de santé a été fixé en application de l'article L. 162-16-4-3 du présent ~~code~~;

« 2° Soit, le cas échéant, sur une base forfaitaire annuelle par patient définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Cet arrêté peut également fixer un prix de vente aux patients ou aux établissements dans les conditions prévues aux I et II de l'article L. 162-16-4 du présent code, sauf lorsque la spécialité est inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et qu'un prix maximal de vente aux établissements de santé a été fixé en application de l'article L. 162-16-4-3 du présent code.

« III. – A. – Sauf si l'indication est prise en charge sur une base forfaitaire en application du 2° du B du II du présent article, l'entreprise exploitant la spécialité reverse chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des remises calculées sur la base du chiffre d'affaires hors taxes facturé au titre de l'indication et de la période considérées.

« Les taux de ces remises sont définis selon des barèmes progressifs par tranche de chiffre d'affaires, fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Pour l'application des deux premiers alinéas du présent A, le chiffre d'affaires facturé au titre de l'indication est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour cette spécialité par la part d'utilisation de la spécialité dans l'indication considérée.

« B. – Un décret en Conseil d'État détermine les conditions dans lesquelles, lorsque l'autorisation relève du deuxième alinéa du II de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, les taux de remise mentionnés au A du présent III sont majorés :

« 1° Si l'entreprise ne dépose pas de demande d'accès précoce dans le délai mentionné au deuxième alinéa du II de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique ;

« 2° Ou si le nombre d'autorisations pour la spécialité pharmaceutique excède des seuils graduels fixés

Texte adopté par le Sénat en première lecture

l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et qu'un prix maximal de vente aux établissements de santé a été fixé en application de l'article L. 162-16-4-3 du présent code.

« Le montant de ces remises sur chiffre d'affaires est intégré dans le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie relatif aux établissements de santé de l'année suivante ;

Amdt n° 31 rect. quater

« 2° Soit, hormis le cas mentionné au deuxième alinéa du II de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, sur une base forfaitaire annuelle par patient définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Cet arrêté peut également fixer un prix de vente aux patients ou aux établissements dans les conditions prévues aux I et II de l'article L. 162-16-4 du présent code, sauf lorsque la spécialité est inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et qu'un prix maximal de vente aux établissements de santé a été fixé en application de l'article L. 162-16-4-3 du présent code.

Amdt n° 186

« III. – A. – Sauf si l'indication est prise en charge sur une base forfaitaire en application du 2° du B du II du présent article, l'entreprise exploitant la spécialité reverse chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des remises calculées sur la base du chiffre d'affaires hors taxes facturé au titre de l'indication et de la période considérées.

« Les taux de ces remises sont définis selon des barèmes progressifs par tranche de chiffre d'affaires, fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Pour l'application des deux premiers alinéas du présent A, le chiffre d'affaires facturé au titre de l'indication est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour cette spécialité par la part d'utilisation de la spécialité dans l'indication considérée.

« B. – Un décret en Conseil d'État détermine les conditions dans lesquelles, lorsque l'autorisation relève du deuxième alinéa du II de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, les taux de remise mentionnés au A du présent III sont majorés :

« 1° Si l'entreprise ne dépose pas de demande d'accès précoce dans le délai mentionné au deuxième alinéa du II de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique ;

« 2° Ou si le nombre d'autorisations pour la spécialité pharmaceutique excède des seuils graduels fixés

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« La ou les majorations fixées en application du présent B sont reductibles, le cas échéant, chaque année. Le décret en Conseil d'État mentionné au premier alinéa détermine les conditions d'application des majorations afin qu'une part minimale du chiffre d'affaires ne soit pas soumise à un reversement.

« IV. – Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut assortir la prise en charge définie en application du I de l'obligation pour le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité :

« 1° De déposer, dans un délai déterminé, une demande d'autorisation de mise sur le marché ou une demande d'inscription sur les listes mentionnées à l'article L. 162-17 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;

« 2° De respecter des conditions particulières de dispensation, déterminées en cohérence avec les obligations prévues par le protocole d'utilisation thérapeutique et de suivi.

« En cas de manquement aux conditions fixées par l'arrêté, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité annuelle à sa charge. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré. Elle est reductible, le cas échéant, chaque année.

« La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

« V. – Pour chaque indication considérée, la prise en charge définie au I cesse lorsque :

« 1° Une autorisation d'accès précoce au titre de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique est délivrée dans l'indication considérée ;

« 2° Une décision relative à l'inscription au titre de son autorisation de mise sur le marché sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du ~~code de la santé publique~~ ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code est prise et, le cas échéant, l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié ;

Texte adopté par le Sénat en première lecture

par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« La ou les majorations fixées en application du présent B sont reductibles, le cas échéant, chaque année. Le décret en Conseil d'État mentionné au premier alinéa détermine les conditions d'application des majorations afin qu'une part minimale du chiffre d'affaires ne soit pas soumise à un reversement.

« IV. – Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut assortir la prise en charge définie en application du I de l'obligation pour le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité :

« 1° De déposer, dans un délai déterminé, une demande d'autorisation de mise sur le marché ou une demande d'inscription sur les listes mentionnées à l'article L. 162-17 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;

« 2° De respecter des conditions particulières de dispensation, déterminées en cohérence avec les obligations prévues par le protocole d'utilisation thérapeutique et de suivi.

« En cas de manquement aux conditions fixées par l'arrêté, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité annuelle à sa charge. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré. Elle est reductible, le cas échéant, chaque année.

« La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

« V. – Pour chaque indication considérée, la prise en charge définie au I cesse lorsque :

« 1° Une autorisation d'accès précoce au titre de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique est délivrée dans l'indication considérée ;

« 2° Une décision relative à l'inscription au titre de son autorisation de mise sur le marché sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du même code ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code est prise et, le cas échéant, l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« 3° Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale décident de mettre fin à cette prise en charge par arrêté :

« a) En cas de retrait ou de suspension de l'autorisation mentionnée au II de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique ou du cadre de prescription compassionnelle mentionné au III du même article L. 5121-12-1 ;

« b) Ou lorsqu'une alternative thérapeutique, identifiée par la Haute Autorité de santé, est prise en charge au titre de l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du ~~code de la santé publique~~, aux deux premiers alinéas de l'article L. ~~162-17~~ ou au ~~premier alinéa de l'article L. 162-22-7~~ du ~~présent code~~.

« VI. – Une spécialité pharmaceutique prise en charge en application du I du présent article peut, à compter de la date à laquelle l'autorisation d'accès compassionnel ou le cadre de prescription compassionnelle cesse de produire ses effets, continuer à être prise en charge pour l'indication en cause :

« 1° Lorsque cette indication est mentionnée dans une autorisation de mise sur le marché délivrée pour cette spécialité pharmaceutique sans être inscrite sur l'une des listes mentionnées au 2° du V. Toutefois, la prise en charge cesse lorsqu'aucune décision d'inscription n'a été prise dans les sept mois suivant l'octroi de l'autorisation de mise sur le marché dans l'indication considérée ou si aucune demande d'inscription sur une de ces listes n'a été déposée dans le mois suivant l'autorisation de mise sur le marché ;

« 2° Pour le traitement d'un patient donné, débuté dans le cadre d'une autorisation d'accès compassionnel délivrée au titre du II de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique et ayant fait l'objet d'une prise en charge au titre du présent article, sous réserve que l'indication n'ait pas fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché au sens du premier alinéa de l'article L. 5121-9 du même code.

~~« VII. – Lorsqu'une indication thérapeutique est prise en charge en application du présent article, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut modifier les conditions de dispensation de la spécialité pharmaceutique au titre de l'indication ou des indications faisant l'objet de l'autorisation de mise sur le marché.~~

« VIII. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. » ;

7° L'article L. 162-16-5-3 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, les mots : « de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code

Texte adopté par le Sénat en première lecture

« 3° Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale décident de mettre fin à cette prise en charge par arrêté :

« a) En cas de retrait ou de suspension de l'autorisation mentionnée au II de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique ou du cadre de prescription compassionnelle mentionné au III du même article L. 5121-12-1 ;

« b) Ou lorsqu'une alternative thérapeutique, identifiée par la Haute Autorité de santé, est prise en charge au titre de l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du même code, aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou au premier alinéa de l'article L. 162-22-7.

« VI. – Une spécialité pharmaceutique prise en charge en application du I du présent article peut, à compter de la date à laquelle l'autorisation d'accès compassionnel ou le cadre de prescription compassionnelle cesse de produire ses effets, continuer à être prise en charge pour l'indication en cause :

« 1° Lorsque cette indication est mentionnée dans une autorisation de mise sur le marché délivrée pour cette spécialité pharmaceutique sans être inscrite sur l'une des listes mentionnées au 2° du V. Toutefois, la prise en charge cesse lorsqu'aucune décision d'inscription n'a été prise dans les sept mois suivant l'octroi de l'autorisation de mise sur le marché dans l'indication considérée ou si aucune demande d'inscription sur une de ces listes n'a été déposée dans le mois suivant l'autorisation de mise sur le marché ;

« 2° Pour le traitement d'un patient donné, débuté dans le cadre d'une autorisation d'accès compassionnel délivrée au titre du II de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique et ayant fait l'objet d'une prise en charge au titre du présent article, sous réserve que l'indication n'ait pas fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché au sens du premier alinéa de l'article L. 5121-9 du même code.

« VII. – *(Supprimé)*

Amdt n° 184

« VIII. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. » ;

7° L'article L. 162-16-5-3 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, les mots : « de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

de la santé publique ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 ou de l'article L. ~~162-16-5-2~~ » sont remplacés par les mots : « d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge correspondante en application des articles L. 162-16-5-1 ou L. ~~162-16-5-2~~ ou bénéficiant d'une prise en charge au titre des continuités de traitement mentionnée au 2° du I *bis* de l'article L. 162-16-5-4 » ;

– à la deuxième phrase, les mots : « au titre des dispositions de l'article L. 162-16-5-1-1 ou de l'article L. 162-16-5-2 » sont remplacés par les mots : « de ce cadre de prescription compassionnelle ou de cette continuité de traitement » ;

b) Au second alinéa, la référence : « à l'article L. 5121-12 » est remplacée par les références : « aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » ;

8° Le I de l'article L. 162-16-5-4 est ainsi rédigé :

« I. – La prise en charge d'une spécialité pharmaceutique, pour une indication particulière, au titre de l'article L. 162-16-5-1 implique l'engagement par le laboratoire exploitant la spécialité de permettre d'assurer la continuité des traitements initiés :

« 1° Pendant la durée de la prise en charge au titre du même article L. 162-16-5-1 ;

« 2° Et pendant une durée minimale, fixée par décret, ne pouvant excéder un an, à compter, pour l'indication considérée, de l'arrêt de la prise en charge au titre du même article.

« Les dispositions du présent I ne s'appliquent pas si la spécialité, pour l'indication concernée, fait l'objet d'un arrêt de commercialisation pour des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients. » ;

8° *bis* (nouveau) Après le même I, il est inséré un I *bis* ainsi rédigé :

« I *bis*. – Durant la période de continuité de traitement postérieure à la prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 :

« 1° Lorsque la spécialité pharmaceutique qui a bénéficié de cette prise en charge est inscrite sur l'une des listes mentionnées à l'article L. 162-17 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique dans l'indication considérée, les conditions de dispensation et de prise en charge au titre de l'inscription sur ces listes s'appliquent ;

« 2° Lorsque la spécialité qui a bénéficié de cette prise en charge n'est inscrite sur aucune des listes mentionnées au 1° du présent I *bis* dans l'indication

Texte adopté par le Sénat en première lecture

de la santé publique ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 ou de l'article L. 162-16-5-2 du présent code » sont remplacés par les mots : « d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge correspondante en application des articles L. 162-16-5-1 ou L. 162-16-5-2 du présent code ou bénéficiant d'une prise en charge au titre des continuités de traitement mentionnée au 2° du I *bis* de l'article L. 162-16-5-4 » ;

– à la deuxième phrase, les mots : « au titre des dispositions de l'article L. 162-16-5-1-1 ou de l'article L. 162-16-5-2 » sont remplacés par les mots : « de ce cadre de prescription compassionnelle ou de cette continuité de traitement » ;

b) Au second alinéa, la référence : « à l'article L. 5121-12 » est remplacée par les références : « aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » ;

8° Le I de l'article L. 162-16-5-4 est ainsi rédigé :

« I. – La prise en charge d'une spécialité pharmaceutique, pour une indication particulière, au titre de l'article L. 162-16-5-1 implique l'engagement par le laboratoire exploitant la spécialité de permettre d'assurer la continuité des traitements initiés :

« 1° Pendant la durée de la prise en charge au titre du même article L. 162-16-5-1 ;

« 2° Et pendant une durée minimale, fixée par décret, ne pouvant excéder un an, à compter, pour l'indication considérée, de l'arrêt de la prise en charge au titre du même article.

« Les dispositions du présent I ne s'appliquent pas si la spécialité, pour l'indication concernée, fait l'objet d'un arrêt de commercialisation pour des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients. » ;

8° *bis* Après le même I, il est inséré un I *bis* ainsi rédigé :

« I *bis*. – Durant la période de continuité de traitement postérieure à la prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 :

« 1° Lorsque la spécialité pharmaceutique qui a bénéficié de cette prise en charge est inscrite sur l'une des listes mentionnées à l'article L. 162-17 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique dans l'indication considérée, les conditions de dispensation et de prise en charge au titre de l'inscription sur ces listes s'appliquent ;

« 2° Lorsque la spécialité qui a bénéficié de cette prise en charge n'est inscrite sur aucune des listes mentionnées au 1° du présent I *bis* dans l'indication

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

considérée, les dernières conditions de dispensation et de prise en charge au titre de l'accès précoce sont maintenues, pour une durée déterminée par décret qui ne peut excéder la durée mentionnée au 2° du I. Dans ce cas, le second alinéa du I de l'article L. 162-16-5-1-1 s'applique.

« Si le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé au titre de la période de continuité de traitement prise en charge en application du présent alinéa, minoré des remises mentionnées au II ~~du même~~ article L. 162-16-5-1-1 au titre de cette même période, est supérieur à celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix de référence mentionné ~~audit~~ article L. 162-16-5-1-1, le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre ces deux montants. » ;

9° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17-1-2, les références : « L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2 » sont remplacées par les références : « L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-1-1 » ;

10° L'article L. 162-17-2-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– au début de la première phrase, les mots : « Toute spécialité pharmaceutique faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation prévue au I de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, » sont supprimés ;

– au début de la deuxième phrase, les mots : « La spécialité, » sont supprimés ;

– à la fin de la même deuxième phrase, les mots : « , à l'exception des spécialités pharmaceutiques faisant déjà l'objet, dans l'indication thérapeutique concernée, d'une recommandation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12-1 du même code » sont supprimés ;

– au début de la quatrième phrase, les mots : « En accord, le cas échéant, avec la recommandation temporaire d'utilisation mentionnée ci-dessus et le protocole de suivi mentionné au même article L. 5121-12-1, » sont supprimés ;

– à la même quatrième phrase, les mots : « le laboratoire ou » et les mots : « une demande d'autorisation de mise sur le marché ou » sont supprimés ;

– à la fin de la même quatrième phrase, les mots : « les listes mentionnées aux articles L. 162-17 ou L. 165-1 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du présent code » ;

– à l'avant-dernière phrase, les mots : « le

Texte adopté par le Sénat en première lecture

considérée, les dernières conditions de dispensation et de prise en charge au titre de l'accès précoce sont maintenues, pour une durée déterminée par décret qui ne peut excéder la durée mentionnée au 2° du I du présent article. Dans ce cas, le second alinéa du I de l'article L. 162-16-5-1-1 s'applique.

« Si le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé au titre de la période de continuité de traitement prise en charge en application du présent alinéa, minoré des remises mentionnées au II de l'article L. 162-16-5-1-1 au titre de cette même période, est supérieur à celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix de référence mentionné au même article L. 162-16-5-1-1, le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre ces deux montants. » ;

9° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17-1-2, les références : « L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2 » sont remplacées par les références : « L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-1-1 » ;

10° L'article L. 162-17-2-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– au début de la première phrase, les mots : « Toute spécialité pharmaceutique faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation prévue au I de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, » sont supprimés ;

– au début de la deuxième phrase, les mots : « La spécialité, » sont supprimés ;

– à la fin de la même deuxième phrase, les mots : « , à l'exception des spécialités pharmaceutiques faisant déjà l'objet, dans l'indication thérapeutique concernée, d'une recommandation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12-1 du même code » sont supprimés ;

– au début de la quatrième phrase, les mots : « En accord, le cas échéant, avec la recommandation temporaire d'utilisation mentionnée ci-dessus et le protocole de suivi mentionné au même article L. 5121-12-1, » sont supprimés ;

– à la même quatrième phrase, les mots : « le laboratoire ou » et les mots : « une demande d'autorisation de mise sur le marché ou » sont supprimés ;

– à la fin de la même quatrième phrase, les mots : « les listes mentionnées aux articles L. 162-17 ou L. 165-1 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du présent code » ;

– à l'avant-dernière phrase, les mots : « le

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

laboratoire ou » sont supprimés ;

– à la dernière phrase, les mots : « spécialités pharmaceutiques » sont supprimés ;

b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, le mot : « spécialités, » est supprimé ;

– à la dernière phrase, les mots : « de la spécialité, » sont supprimés ;

c) Le troisième alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, les mots : « la spécialité pharmaceutique, » sont supprimés ;

– la dernière phrase est supprimée ;

d) Le quatrième alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, les mots : « la spécialité pharmaceutique, » sont supprimés et les mots : « inscrit sur aucune des listes mentionnées aux articles L. 162-17, L. 162-22-7 ou L. 165-1 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « pas inscrit sur la liste mentionnée à l'article L. ~~165-1 du présent code~~ » ;

– à la fin de la seconde phrase, la référence : « L. ~~162-16-4 du présent code~~ » est remplacée par la référence : « L. 165-2 » ;

e) À la première phrase du cinquième alinéa, les mots : « le laboratoire ou » et les mots : « du laboratoire ou » sont supprimés ;

11° À la fin du 2° de l'article L. 162-17-4, la référence : « L. 162-16-5-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-16-5-1-1 » ;

12° Au premier alinéa du IV de l'article L. 162-18, les mots : « mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 » sont remplacés par les mots : « ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 ou L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge correspondante au titre des articles L. 165-16-5-1 ou L. 162-16-5-2 » ;

13° L'article L. 162-22-7-3 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « l'un des dispositifs de » sont remplacés par le mot : « la », le mot : « mentionnés » est remplacé par le mot : « mentionnée » et la référence : « L. 162-16-5-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-16-5-1 » ;

b) À la seconde phrase, la référence : « L. 162-16-5-1-1 » est remplacée par la référence :

Texte adopté par le Sénat en première lecture

laboratoire ou » sont supprimés ;

– à la dernière phrase, les mots : « spécialités pharmaceutiques, » sont supprimés ;

b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, le mot : « spécialités, » est supprimé ;

– à la dernière phrase, les mots : « de la spécialité, » sont supprimés ;

c) Le troisième alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, les mots : « la spécialité pharmaceutique, » sont supprimés ;

– la seconde phrase est supprimée ;

d) Le quatrième alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, les mots : « la spécialité pharmaceutique, » sont supprimés et les mots : « inscrit sur aucune des listes mentionnées aux articles L. 162-17, L. 162-22-7 ou L. 165-1 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « pas inscrit sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 » ;

– à la fin de la seconde phrase, la référence : « L. ~~162-16-4~~ » est remplacée par la référence : « L. 165-2 » ;

e) À la première phrase du cinquième alinéa, les mots : « le laboratoire ou » et les mots : « du laboratoire ou » sont supprimés ;

11° À la fin du 2° de l'article L. 162-17-4, la référence : « L. 162-16-5-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-16-5-1-1 » ;

12° Au premier alinéa du IV de l'article L. 162-18, les mots : « mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 » sont remplacés par les mots : « ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 ou L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge correspondante au titre des articles L. 165-16-5-1 ou L. 162-16-5-2 » ;

13° L'article L. 162-22-7-3 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « l'un des dispositifs de » sont remplacés par le mot : « la », le mot : « mentionnés » est remplacé par le mot : « mentionnée » et la référence : « L. 162-16-5-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-16-5-1 » ;

b) À la seconde phrase, la référence : « L. 162-16-5-1-1 » est remplacée par la référence :

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« L. 162-16-5-1 » ;

14° Le 6° de l'article L. 182-2 est ~~abrogé~~ ;

15° À la première phrase du dernier alinéa du II de l'article L. 315-2, les mots : « d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code ou à la suite d'une prise en charge en application des articles L. 162-16-5-2 ou L. 162-17-2-1 » sont remplacés par les mots : « de l'une des autorisations ou d'un cadre de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du ~~code de la santé publique~~ et de la prise en charge associée au titre des articles L. 162-16-5-1 ou L. 162-16-5-2 ».

III. – Au second alinéa de l'article 281 *octies* du code général des impôts, les mots : « autorisation temporaire d'utilisation visés à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « une autorisation ou un cadre de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 ».

IV. – A. – Les I, II et III entrent en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} juillet 2021.

B. – Les autorisations temporaires d'utilisation délivrées au titre de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, et dont l'échéance est postérieure à la date mentionnée au A du présent IV demeurent régies jusqu'à leur terme, notamment en ce qui concerne leur prise en charge par l'assurance maladie, par les dispositions du code de la santé publique et du code de la sécurité sociale dans leur rédaction antérieure à la présente loi.

Les autorisations mentionnées au premier alinéa du présent B ne peuvent être renouvelées à leur terme. Toutefois, les spécialités en cause peuvent alors faire l'objet, dans l'indication concernée, d'une autorisation soit au titre de l'accès précoce, soit au titre de l'accès compassionnel, dans les conditions prévues respectivement aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique dans leur rédaction résultant du présent article. Dans le cas d'une autorisation au titre de l'accès précoce, pour l'application du A du III de l'article L. 162-16-5-1-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant du présent article, le montant de la restitution ou de la remise supplémentaire est déterminé en tenant compte également du chiffre d'affaires correspondant à la période de prise en charge au titre de l'autorisation temporaire d'utilisation.

Les dispositions de l'article L. 162-16-5-4 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi restent applicables aux autorisations temporaires d'utilisation délivrées antérieurement à la date mentionnée au A du présent IV.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

« L. 162-16-5-1 » ;

14° Le 6° de l'article L. 182-2 est complété par les mots : « et au 2° du B du II de l'article L. 162-16-5-2 » ;

Amdt n° 188

15° À la première phrase du dernier alinéa du II de l'article L. 315-2, les mots : « d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code ou à la suite d'une prise en charge en application des articles L. 162-16-5-2 ou L. 162-17-2-1 » sont remplacés par les mots : « de l'une des autorisations ou d'un cadre de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du même code et de la prise en charge associée au titre des articles L. 162-16-5-1 ou L. 162-16-5-2 ».

III à V. – *(Non modifiés)*

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

C. – Les spécialités qui sont, à la date mentionnée au A du présent IV, prises en charge par l'assurance maladie en application de l'article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, font l'objet d'une prise en charge dans les conditions prévues aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 du même code dans leur rédaction résultant du présent article.

D. – Les spécialités faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation délivrée au titre de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, et dont l'échéance est postérieure à la date mentionnée au A du présent IV sont réputées, à compter de cette date et pour la durée restant à courir, faire l'objet dans l'indication en cause d'un cadre d'accès compassionnel défini au III de l'article L. 5121-12-1 du même code dans sa rédaction résultant du présent article.

Toutefois, ces mêmes spécialités demeurent soumises, pour la durée mentionnée au premier alinéa du présent D ainsi qu'au titre d'éventuels renouvellements, aux règles de prise en charge par l'assurance maladie définies à l'article L. 162-17-2-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi.

E. – Pour l'application des articles L. 162-16-5-2 et L. 162-16-5-3 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction résultant du présent article, jusqu'à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2023, les remises dues par les laboratoires au titre d'une spécialité bénéficiant, dans une indication donnée, de la prise en charge mentionnée à l'article L. 162-16-5-2 du même code au titre d'un cadre de prescription compassionnelle mentionné au III de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique et, à ce titre, dispensée en officine sont calculées sur la base d'une fraction du chiffre d'affaires annuel réalisé pour cette spécialité, déterminée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans la limite de 10 %.

V (*nouveau*). – Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de trois ans à compter de la publication de la présente loi, un rapport évaluant l'impact de la refonte des modalités d'accès et de prise en charge des nouveaux médicaments innovants. Ce rapport analyse notamment l'impact de la réforme en termes d'accès des patients aux traitements et à l'innovation.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 38 bis A (*nouveau*)

La troisième phrase du 1° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « , qui s'efforce de tenir compte des données de santé en vie réelle ».

Amdts n° 222, n° 1060(s/amdt)

Article 38 bis B (*nouveau*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 38 bis (nouveau)

Après l'article L. 162-17-4-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-17-4-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-17-4-3.* – Les entreprises mettent à la disposition du comité économique des produits de santé le montant des investissements publics de recherche et développement dont elles ont bénéficié pour le développement des médicaments inscrits ou ayant vocation à être inscrits sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code. Ce montant est rendu public.

« Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret. »

Article 39

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 161-37 est ainsi modifié :

a) Après le 15°, il est inséré un 16° ainsi rédigé :

« 16° Établir un référentiel des bonnes pratiques professionnelles des prestataires de service et des distributeurs de matériels mentionnés à l'article L. 5232-3 du code de la santé publique et établir et mettre en œuvre des procédures de certification de ces professionnels. » ;

b) Au dernier alinéa, les mots : « et 15° » sont remplacés par les mots : « , 15° et 16° » ;

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Le premier alinéa du I de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elle est actualisée chaque année. »

Amdt n° 1025

Article 38 bis C (nouveau)

Après le premier alinéa du I de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'inscription sur cette liste est conditionnée par l'obtention d'un niveau d'amélioration du service médical rendu majeur, important, modéré ou mineur, apprécié selon les modalités prévues par décret, de la spécialité dans la ou les indications considérées. »

Amdt n° 221 rect.

**Article 38 bis
(Conforme)**

Article 39

I. – *(Non modifié)*

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

2° L'article L. 165-6 est ainsi modifié :

a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

b) Il est ajouté un II ainsi rédigé :

« II. – L'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut conclure, à l'échelon national, avec un ou plusieurs syndicats ou organisations regroupant des prestataires de service et des distributeurs de matériels mentionnés à l'article L. 5232-3 du code de la santé publique un accord relatif aux produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du présent code, portant sur les éléments définis au premier alinéa du I du présent article ainsi que sur les modalités de délivrance et de prise en charge de ces mêmes produits et prestations. Cet accord prévoit notamment des dispositions adaptées à la situation des bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé mentionnés à l'article L. 861-1 en application du deuxième alinéa du I du présent article. En l'absence d'accord ou si les dispositions de l'accord ne répondent pas aux conditions définies au même deuxième alinéa, les troisième et avant-dernier alinéas du même I s'appliquent.

« Peuvent seuls adhérer à l'accord national mentionné au premier alinéa du présent II les prestataires de service et les distributeurs de matériels détenant la certification prévue au 16° de l'article L. 161-37. L'accord peut, selon les modalités prévues au dernier alinéa du I du présent article, être rendu applicable à l'ensemble des prestataires de service et des distributeurs de matériels détenant cette certification.

« Les produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 délivrés par un prestataire de service ou un distributeur de matériels ne sont pris en charge par l'assurance maladie que si celui-ci a adhéré à l'accord prévu au premier alinéa du présent II ou si cet accord lui a été rendu applicable. À défaut d'accord, ces produits et prestations ne peuvent être pris en charge que si le professionnel détient la certification prévue au 16° de l'article L. 161-37.

« Les conditions de mise en œuvre du présent II sont précisées par décret en Conseil d'État. » ;

3° À la fin du 3° de l'article L. 162-1-14-1, après les mots : « troisième alinéas », est insérée la référence : « du I ».

II. – A. – Le référentiel de bonnes pratiques professionnelles mentionné au 16° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est rendu public par la Haute Autorité de santé au plus tard le 31 décembre 2021.

B. – Le troisième alinéa du II de l'article L. 165-6 du même code entre en vigueur le 1^{er} janvier 2023.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

II. – A. – Le référentiel de bonnes pratiques professionnelles mentionné au 16° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est rendu public par la Haute Autorité de santé au plus tard le 31 décembre 2021.

B. – Le troisième alinéa du II de l'article L. 165-6 du code de la sécurité sociale entre en vigueur le 1^{er} juillet 2023.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 40

I. – Le titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 861-7 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, les mots : « directeur du fonds mentionné à l'article L. 862-1 » sont remplacés par les mots : « ministre chargé de la sécurité sociale » ;

b) À la première phrase du dernier alinéa, les mots : « directeur du fonds mentionné au deuxième alinéa du présent article » sont remplacés par les mots : « ministre chargé de la sécurité sociale » ;

2° L'article L. 862-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 862-1.* – Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie, un fonds de financement de la complémentaire santé solidaire. » ;

3° L'article L. 862-2 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 862-2.* – Les dépenses du fonds sont constituées par le remboursement aux organismes gestionnaires mentionnés aux *a* et *b* de l'article L. 861-4 des sommes correspondant à la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3.

« Pour les bénéficiaires redevables de la participation mentionnée au 2° de l'article L. 861-1, ces dépenses sont minorées du montant des participations dues à l'organisme assurant la protection complémentaire.

« Pour les organismes mentionnés au *b* de l'article L. 861-4, ces mêmes dépenses sont majorées, au titre des frais de gestion, d'un montant forfaitaire pour chaque bénéficiaire mentionné au 2° de l'article L. 861-1 dont l'organisme gère la protection complémentaire. Ce montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

« La Caisse nationale de l'assurance maladie transmet au Gouvernement, au plus tard le 1^{er} septembre de chaque année, l'état des sommes correspondant à la prise en charge pour l'ensemble des organismes gestionnaires des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3.

« Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret. » ;

3° *bis (nouveau)* Au III de l'article L. 862-4, les mots : « au *a* de » sont remplacés par le mot : « à » ;

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Amdt n° 227 rect. bis

Article 40

I. – Le titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 861-7 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, les mots : « directeur du fonds mentionné à l'article L. 862-1 » sont remplacés par les mots : « ministre chargé de la sécurité sociale » ;

b) À la première phrase du dernier alinéa, les mots : « directeur du fonds mentionné au deuxième alinéa du présent article » sont remplacés par les mots : « ministre chargé de la sécurité sociale » ;

2° L'article L. 862-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 862-1.* – Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie, un fonds de financement de la complémentaire santé solidaire. » ;

3° L'article L. 862-2 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 862-2.* – Les dépenses du fonds sont constituées par le remboursement aux organismes gestionnaires mentionnés aux *a* et *b* de l'article L. 861-4 des sommes correspondant à la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3.

« Pour les bénéficiaires redevables de la participation mentionnée au 2° de l'article L. 861-1, ces dépenses sont minorées du montant des participations dues à l'organisme assurant la protection complémentaire.

« Pour les organismes mentionnés au *b* de l'article L. 861-4, ces mêmes dépenses sont majorées, au titre des frais de gestion, d'un montant forfaitaire pour chaque bénéficiaire mentionné au 2° de l'article L. 861-1 dont l'organisme gère la protection complémentaire. Ce montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

« La Caisse nationale de l'assurance maladie transmet au Gouvernement, au plus tard le 1^{er} septembre de chaque année, l'état des sommes correspondant à la prise en charge pour l'ensemble des organismes gestionnaires des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3.

« Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret. » ;

3° *bis* Au III de l'article L. 862-4, les mots : « au *a* de » sont remplacés par le mot : « à » ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

4° L'article L. 862-5 est ainsi modifié :

a) La seconde phrase du premier alinéa est supprimée ;

b) Le second alinéa est ainsi rédigé :

« La Caisse nationale de l'assurance maladie transmet trimestriellement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale les données nécessaires au contrôle des montants des dépenses mentionnées à l'article L. 862-2. » ;

5° L'article L. 862-7 est ainsi modifié :

a) Le *a* est abrogé ;

b) Aux *c* et *d*, le mot : « fonds » est remplacé par les mots : « ministre chargé de la sécurité sociale » ;

c) Au *e*, les mots : « et le fonds mentionné à l'article L. 862-1 transmettent » sont remplacés par le mot : « transmet » ;

d) À l'avant-dernier alinéa, les mots : « fonds mentionné à l'article L. 862-1 » sont remplacés par les mots : « ministre chargé de la sécurité sociale » ;

e) ~~Au~~ dernier alinéa, ~~les mots~~ : « 15 novembre » sont ~~remplacés par les mots~~ : « 31 décembre » ;

6° L'article L. 862-8 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 862-8.* – Les organismes mentionnés au *b* de l'article L. 861-4 peuvent créer un fonds d'accompagnement à la protection complémentaire des personnes dont les ressources sont supérieures au plafond prévu au 1° de l'article L. 861-1. Ils en déterminent les modalités d'intervention. »

II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

4° L'article L. 862-5 est ainsi modifié :

a) La seconde phrase du premier alinéa est supprimée ;

b) Le second alinéa est ainsi rédigé :

« La Caisse nationale de l'assurance maladie transmet trimestriellement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale les données nécessaires au contrôle des montants des dépenses mentionnées à l'article L. 862-2. » ;

5° L'article L. 862-7 est ainsi modifié :

a) Le *a* est abrogé ;

b) Aux *c* et *d*, le mot : « fonds » est remplacé par les mots : « ministre chargé de la sécurité sociale » ;

c) Au *e*, les mots : « et le fonds mentionné à l'article L. 862-1 transmettent » sont remplacés par le mot : « transmet » ;

d) À l'avant-dernier alinéa, les mots : « fonds mentionné à l'article L. 862-1 » sont remplacés par les mots : « ministre chargé de la sécurité sociale » et sont ajoutés les mots : « et du montant des impôts, taxes et contributions qu'ils acquittent et de leur rapport de solvabilité » ;

Amdt n° 849 rect.

e) À la première phrase du dernier alinéa, la date : « 15 novembre » est remplacée par la date : « 31 décembre » ;

f) (nouveau) Le même dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le conseil mentionné à l'article L. 143-1 du code de l'action sociale et des familles rend un avis sur ce rapport, qui est également transmis au Parlement avant le 31 décembre de l'année considérée. » ;

Amdt n° 189

6° L'article L. 862-8 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 862-8.* – Les organismes mentionnés au *b* de l'article L. 861-4 peuvent créer un fonds d'accompagnement à la protection complémentaire des personnes dont les ressources sont supérieures au plafond prévu au 1° de l'article L. 861-1. Ils en déterminent les modalités d'intervention. »

II. – (*Non modifié*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

III. – Sont transférés de plein droit à partir du 1^{er} janvier 2021 :

1° À la Caisse nationale de l'assurance maladie, les biens, disponibilités, capitaux propres, créances et dettes représentatifs des droits et obligations du Fonds de la complémentaire santé solidaire directement afférents au financement de la protection complémentaire en matière de santé ainsi que les engagements qui en découlent ;

2° À l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, les biens, disponibilités, capitaux propres, créances et dettes représentatifs des droits et obligations du Fonds de la complémentaire santé solidaire directement afférents à la mise en œuvre du contrôle relatif à l'assiette de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale ou des vérifications relatives au calcul des demandes de remboursements mentionnés au *a* de l'article L. 862-2 du même code dans sa rédaction antérieure à la présente loi ainsi que les engagements qui en découlent ;

3° À l'État, l'ensemble des autres biens, disponibilités, capitaux propres, droits et obligations, notamment ceux nécessaires à l'établissement de la liste mentionnée à l'article L. ~~862-7~~ du même code et ceux, à l'exclusion des contrats de travail, afférents à la gestion administrative du Fonds de la complémentaire santé solidaire.

Ces transferts ne donnent pas lieu à la perception de droits, impôts ou taxes de quelque nature que ce soit.

Les modalités d'application du présent III sont fixées par décret, à l'exception des conditions d'établissement des comptes du Fonds de la complémentaire santé solidaire relatifs à l'exercice 2020 et de leur transfert au 1^{er} janvier 2021, qui sont définies par décret en Conseil d'État.

Article 40 bis (nouveau)

~~I. – Après le chapitre VI du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un chapitre VI bis ainsi rédigé :~~

~~« CHAPITRE VI BIS~~

~~« Lutte contre le non-recours~~

~~« Art. L. 726 4. Les dispositions de l'article L. 216 1 du code de la sécurité sociale s'appliquent aux organismes de sécurité sociale relevant du présent livre. »~~

~~H. – Le titre VI du livre II du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :~~

~~1° L'intitulé est complété par les mots : « et lutte~~

Texte adopté par le Sénat en première lecture

III. – Sont transférés de plein droit à partir du 1^{er} janvier 2021 :

1° À la Caisse nationale de l'assurance maladie, les biens, disponibilités, capitaux propres, créances et dettes représentatifs des droits et obligations du Fonds de la complémentaire santé solidaire directement afférents au financement de la protection complémentaire en matière de santé ainsi que les engagements qui en découlent ;

2° À l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, les biens, disponibilités, capitaux propres, créances et dettes représentatifs des droits et obligations du Fonds de la complémentaire santé solidaire directement afférents à la mise en œuvre du contrôle relatif à l'assiette de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale ou des vérifications relatives au calcul des demandes de remboursements mentionnés au *a* de l'article L. 862-2 du même code dans sa rédaction antérieure à la présente loi ainsi que les engagements qui en découlent ;

3° À l'État, l'ensemble des autres biens, disponibilités, capitaux propres, droits et obligations, notamment ceux nécessaires à l'établissement de la liste mentionnée à l'article L. ~~861-7~~ dudit code et ceux, à l'exclusion des contrats de travail, afférents à la gestion administrative du Fonds de la complémentaire santé solidaire.

Amdt n° 190

Ces transferts ne donnent pas lieu à la perception de droits, impôts ou taxes de quelque nature que ce soit.

Les modalités d'application du présent III sont fixées par décret, à l'exception des conditions d'établissement des comptes du Fonds de la complémentaire santé solidaire relatifs à l'exercice 2020 et de leur transfert au 1^{er} janvier 2021, qui sont définies par décret en Conseil d'État.

Article 40 bis

I et II. – *(Supprimés)*

Amdt n° 191

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

~~contre le non-recours » ;~~

~~2° Au début, il est ajouté un chapitre I^{er} ainsi rédigé :~~

~~« CHAPITRE I^{er}~~

~~« Lutte contre le non-recours aux droits et aux prestations~~

~~« Art. L. 261 I. Les organismes de sécurité sociale relevant du présent livre mènent toutes actions de nature à détecter les situations dans lesquelles des personnes sont susceptibles de bénéficier de droits ou de prestations et à accompagner ces personnes dans l'accès à leurs droits et au service des prestations auxquelles elles peuvent prétendre. Ils mènent ces actions, en tant que de besoin, en lien avec les autres administrations ou organismes disposant d'informations pouvant contribuer à identifier les situations de non-recours. »~~

III. – ~~Dans un délai~~ de trois ans à compter de la publication de la présente loi, ~~aux fins de~~ lutter contre le non-recours aux droits et ~~de~~ détecter les situations dans lesquelles des personnes ~~seraient éligibles à percevoir des prestations sociales dont le bénéfice ne leur a pas encore été ouvert~~ faute de démarche accomplie en ce sens, ~~les organismes de sécurité sociale peuvent traiter et~~ échanger entre eux des données à caractère personnel ou collecter auprès d'autres administrations et de collectivités territoriales ces informations utiles à l'identification ~~de leurs droits~~, y compris pour des personnes qui ne sont pas connues des organismes de sécurité sociale.

Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, ~~précise les droits et prestations pour lesquels les échanges et les traitements prévus au premier alinéa du présent III peuvent être mis en œuvre~~, les catégories de données pouvant être utilisées, les garanties apportées aux personnes dans le traitement de leurs données et pour l'exercice de leurs droits. Les échanges et traitements effectués ont vocation à permettre aux organismes de contacter les personnes susceptibles de bénéficier de ~~prestations~~ afin qu'ils en forment la demande. S'il est confirmé que les personnes ne remplissent pas les

Texte adopté par le Sénat en première lecture

III. – Pour une durée de trois ans à compter de la publication de la présente loi, est mise en place une expérimentation visant à lutter contre le non-recours aux droits et à détecter les situations dans lesquelles des personnes remplissant les conditions pour avoir droit à la complémentaire santé solidaire n'en bénéficieraient pas, faute de démarche accomplie en ce sens. Cette expérimentation permet aux organismes de sécurité sociale de traiter et d'échanger entre eux des données à caractère personnel ou de collecter auprès d'autres administrations et de collectivités territoriales ces informations utiles à l'identification des droits à la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, y compris pour des personnes qui ne sont pas connues des organismes de sécurité sociale.

Amdt n° 191

L'expérimentation fait l'objet d'une évaluation au plus tard six mois avant son terme. Cette évaluation s'attache notamment à mesurer l'impact des actions menées dans ce cadre en matière de recours à la complémentaire santé solidaire et à déterminer les conditions de leur éventuelle généralisation.

Amdt n° 191

Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, précise les catégories de données pouvant être utilisées ainsi que les garanties apportées aux personnes dans le traitement de leurs données et pour l'exercice de leurs droits. Les échanges et traitements effectués ont vocation à permettre aux organismes de contacter les personnes susceptibles de bénéficier de la protection complémentaire en matière de santé afin qu'ils en forment la demande. S'il est confirmé que les personnes ne remplissent pas les conditions d'éligibilité prévues au même article L. 861-1, leurs données traitées en application du présent article sont

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

conditions d'éligibilité, leurs données traitées en application du présent article sont immédiatement supprimées.

Article 41

I. – L'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, au début, est ajoutée la mention : « I. – » et, à la fin, les mots : « des actions conventionnelles » sont remplacés par les mots : « de soutien aux actions conventionnelles, à la représentation des professionnels de santé libéraux et au financement des conseils nationaux professionnels » ;

2° Après le même premier alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Ce fonds est organisé en trois sections définies aux II, III et IV du présent article.

« II. – La première section finance les actions conventionnelles. » ;

3° Au début du deuxième alinéa, la mention : « I. – » est supprimée ;

4° Au même deuxième alinéa, les mots : « ce fonds » sont remplacés par les mots : « cette section » ;

4° *bis* Au début du troisième alinéa, la mention : « II. – » est supprimée ;

5° Aux troisième et quatrième alinéas, les mots : « le fonds » sont remplacés par les mots : « la section » ;

5° *bis* Au début de l'avant-dernier alinéa, la mention : « III. – » est supprimée ;

6° Après le même avant-dernier alinéa, sont insérés sept alinéas ainsi rédigés :

« III. – La seconde section contribue à financer la participation des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé libéraux conventionnés à la vie conventionnelle ainsi qu'aux concertations et consultations organisées par les pouvoirs publics.

« Cette section est alimentée :

« 1° Par la fraction prévue au premier alinéa de l'article L. 4031-4 du code de la santé publique de la contribution définie au même article L. 4031-4 ;

« 2° Par une dotation de la branche Maladie, maternité, invalidité et décès du régime général, dont le montant est fixé chaque année par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale au regard des frais de participation des organisations aux instances

Texte adopté par le Sénat en première lecture

immédiatement supprimées.

Amdt n° 191

Article 41

(Conforme)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

conventionnelles.

« Les crédits du fonds sont répartis entre les organisations syndicales représentatives mentionnées à l'article L. 162-33 du présent code, pour chaque profession concernée, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État en fonction de leur audience ou, pour les professions mentionnées à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 4031-2 du code de la santé publique, de leurs effectifs. Les organisations bénéficiaires établissent chaque année un rapport détaillant l'utilisation des crédits perçus dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

« IV. – La troisième section contribue à financer les conseils nationaux professionnels mentionnés à l'article L. 4021-3 du code de la santé publique.

« Cette section est alimentée par une dotation de la branche Maladie, maternité, invalidité et décès du régime général ayant vocation à financer les conseils nationaux professionnels et leurs organismes fédérateurs mentionnés au même article L. 4021-3 dont le montant, par conseil ou organisme éligible, est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. » ;

7° Au début du dernier alinéa, la mention : « IV. – » est remplacée par la mention : « V. – » et, après le mot : « définies », sont insérés les mots : « , sauf disposition contraire, ».

I bis (nouveau). – L'avant-dernier alinéa de l'article L. 4021-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après la première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Les conseils nationaux professionnels et leurs organismes fédérateurs sont éligibles à un financement par le fonds mentionné à l'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale. » ;

2° À la deuxième phrase, après le mot : « composition », sont insérés les mots : « , à leur financement » ;

3° À la dernière phrase, après le mot : « fédérateurs », sont insérés les mots : « , la Caisse nationale de l'assurance maladie ».

II. – Le premier alinéa de l'article L. 4031-4 du code de la santé publique est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Aux fins de soutenir la participation des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé libéraux conventionnés à la vie institutionnelle, il est institué une contribution versée à titre obligatoire par chaque adhérent à l'une des conventions ou accords mentionnés à l'article L. 4031-3. Cette contribution est affectée au financement des unions régionales des professionnels de santé et, pour une part

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

fixée par décret, au financement de la seconde section du fonds mentionné au III de l'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale.

« La contribution est assise sur le revenu tiré de l'exercice de l'activité libérale de la profession. »

III. – Les dispositions du II sont applicables aux contributions dues à compter du 1^{er} janvier 2021.

Article 42

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 3222-5-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 3222-5-1. – I. – L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision motivée d'un psychiatre et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin et tracée dans le dossier médical.*

« II. – La mesure d'isolement est prise pour une durée maximale de douze heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée par périodes maximales de douze heures dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités, dans la limite d'une durée totale de quarante-huit heures.

« La mesure de contention est prise dans le cadre d'une mesure d'isolement pour une durée maximale de six heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée par périodes maximales de six heures dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités, dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre heures.

« À titre exceptionnel, le médecin peut renouveler, ~~au-delà~~ des durées totales prévues aux deux premiers alinéas du présent II, la mesure d'isolement ou de contention, dans le respect des autres conditions prévues aux mêmes deux premiers alinéas. Le médecin informe sans délai le juge des libertés et de la détention, qui peut se saisir d'office pour mettre fin à la mesure, ainsi que les personnes mentionnées à l'article L. 3211-12 dès lors qu'elles sont identifiées. Le médecin fait part à ces personnes de leur droit de saisir le juge des libertés et de la détention aux fins de mainlevée de la mesure en application du même article L. 3211-12 et des modalités de saisine de ce juge. En cas de saisine, le juge des libertés et de la détention statue dans un délai de vingt-quatre heures.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 42

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 3222-5-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 3222-5-1. – I. – L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision motivée d'un psychiatre et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte, somatique et psychiatrique, confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin et tracée dans le dossier médical.*

Amdt n° 771 rect.

« II. – La mesure d'isolement est prise pour une durée maximale de douze heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée par périodes maximales de douze heures dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités, dans la limite d'une durée totale de quarante-huit heures.

« La mesure de contention est prise dans le cadre d'une mesure d'isolement pour une durée maximale de six heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée par périodes maximales de six heures dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités, dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre heures.

« À titre exceptionnel, le médecin peut renouveler, au-delà des durées totales prévues aux deux premiers alinéas du présent II, la mesure d'isolement ou de contention, dans le respect des autres conditions prévues aux mêmes deux premiers alinéas. Le médecin informe sans délai le juge des libertés et de la détention, qui peut se saisir d'office pour mettre fin à la mesure, ainsi que les personnes mentionnées à l'article L. 3211-12 dès lors qu'elles sont identifiées. Le médecin fait part à ces personnes de leur droit de saisir le juge des libertés et de la détention aux fins de mainlevée de la mesure en application du même article L. 3211-12 et des modalités de saisine de ce juge. En cas de saisine, le juge des libertés et de la détention statue dans un délai de vingt-quatre heures.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« Les mesures d'isolement et de contention peuvent également faire l'objet d'un contrôle par le juge des libertés et de la détention en application du IV de l'article L. 3211-12-1.

« Pour l'application du présent II, une mesure d'isolement ou de contention est regardée comme une nouvelle mesure lorsqu'elle est prise au moins quarante-huit heures après une précédente mesure d'isolement ou de contention. ~~En-deçà~~ de ce délai, sa durée s'ajoute à celle des mesures d'isolement et de contention qui la précèdent et les dispositions des trois premiers alinéas du présent II relatifs au renouvellement des mesures lui sont applicables.

« L'information prévue au troisième alinéa du présent II est également délivrée lorsque le médecin prend ~~une quatrième mesure d'isolement ou de~~ contention sur une période de quinze jours.

« Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent II.

« III. – Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, l'identifiant du patient concerné et sa date de naissance, la date et l'heure de début de la mesure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.

« L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1. » ;

Texte adopté par le Sénat en première lecture

« Les mesures d'isolement et de contention peuvent également faire l'objet, à tout moment, d'un contrôle par le juge des libertés et de la détention en application du IV de l'article L. 3211-12-1.

Amdt n° 775 rect.

« Pour l'application du présent II, une mesure d'isolement ou de contention est regardée comme une nouvelle mesure lorsqu'elle est prise au moins quarante-huit heures après une précédente mesure d'isolement ou de contention. En-deçà de ce délai, sa durée s'ajoute à celle des mesures d'isolement et de contention qui la précèdent et les dispositions des trois premiers alinéas du présent II relatifs au renouvellement des mesures lui sont applicables.

« L'information prévue au troisième alinéa du présent II est également délivrée lorsque le médecin prend plusieurs mesures d'une durée cumulée de quarante-huit heures pour l'isolement et de vingt-quatre heures pour la contention sur une période de quinze jours.

Amdt n° 656 rect.

« Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent II.

« III. – Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, l'identifiant anonymisé du patient concerné et sa date de naissance, son mode d'hospitalisation, la date et l'heure de début de la mesure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.

Amdt n° 417

« L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1. » ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

2° L'article L. 3211-12 est ainsi modifié :

a) Après le premier alinéa du I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Il peut également être saisi aux fins de mainlevée d'une mesure d'isolement ou de contention prise en application du troisième alinéa du II de l'article L. 3222-5-1. » ;

b) *(Supprimé)*

c) À la fin de la seconde phrase du dernier alinéa du même I, les mots : « telle mesure » sont remplacés par les mots : « mesure mentionnée au premier alinéa du présent article ou d'une mesure d'isolement ou de contention » ;

d) Le premier alinéa du III est complété par les mots : « , d'isolement ou de contention » ;

3° L'article L. 3211-12-1 est ainsi modifié :

a) Le IV devient le V ;

b) ~~Il est rétabli un IV ainsi rédigé :~~

« IV. – Lorsque le juge des libertés et de la détention n'ordonne pas la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète, il statue, le cas échéant, y compris d'office, sur le maintien de la mesure d'isolement ou de contention. » ;

4° L'article L. 3211-12-2 est complété par un III ainsi rédigé :

« III. – Par dérogation au I, le juge des libertés et de la détention, saisi d'une demande de mainlevée de la mesure d'isolement ou de contention prise en application du II de l'article L. 3222-5-1 ou qui s'en saisit d'office, statue sans audience selon une procédure écrite.

« Le patient ou, le cas échéant, le demandeur peut demander à être entendu par le juge des libertés et de la détention, auquel cas cette audition est de droit. Néanmoins, si, au vu d'un avis médical motivé, des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à l'audition du patient, celui-ci est représenté par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office.

« L'audition du patient ou, le cas échéant, du demandeur peut être réalisée par tout moyen de télécommunication audiovisuelle ou, en cas d'impossibilité avérée, par communication téléphonique, à condition qu'il y ait expressément consenti et que ce moyen permette de s'assurer de son identité et de garantir la qualité de la transmission et la confidentialité des échanges. L'audition du patient ne peut être réalisée grâce à ce procédé que si un avis médical atteste que son état

Texte adopté par le Sénat en première lecture

2° L'article L. 3211-12 est ainsi modifié :

a) Après le premier alinéa du I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Il peut également être saisi aux fins de mainlevée d'une mesure d'isolement ou de contention prise en application du troisième alinéa du II de l'article L. 3222-5-1. » ;

b) *(Supprimé)*

c) À la fin de la seconde phrase du dernier alinéa du même I, les mots : « telle mesure » sont remplacés par les mots : « mesure mentionnée au premier alinéa du présent article ou d'une mesure d'isolement ou de contention » ;

d) Le premier alinéa du III est complété par les mots : « , d'isolement ou de contention » ;

3° L'article L. 3211-12-1 est ainsi modifié :

a) Le IV devient le V ;

b) Le IV est ainsi rétabli :

« IV. – Lorsque le juge des libertés et de la détention n'ordonne pas la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète, il statue, le cas échéant, y compris d'office, sur le maintien de la mesure d'isolement ou de contention. » ;

4° L'article L. 3211-12-2 est complété par un III ainsi rédigé :

« III. – Par dérogation au I du présent article, le juge des libertés et de la détention, saisi d'une demande de mainlevée de la mesure d'isolement ou de contention prise en application du II de l'article L. 3222-5-1 ou qui s'en saisit d'office, statue sans audience selon une procédure écrite.

« Le patient ou, le cas échéant, le demandeur peut demander à être entendu par le juge des libertés et de la détention, auquel cas cette audition est de droit. Néanmoins, si, au vu d'un avis médical motivé, des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à l'audition du patient, celui-ci est représenté par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office.

« L'audition du patient ou, le cas échéant, du demandeur peut être réalisée par tout moyen de télécommunication audiovisuelle ou, en cas d'impossibilité avérée, par communication téléphonique, à condition qu'il y ait expressément consenti et que ce moyen permette de s'assurer de son identité et de garantir la qualité de la transmission et la confidentialité des échanges. L'audition du patient ne peut être réalisée grâce à ce procédé que si un avis médical atteste que son état

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

mental n'y fait pas obstacle.

« Dans ce cas, le juge des libertés et de la détention statue dans les conditions prévues par décret en Conseil d'État.

« S'il l'estime nécessaire, le juge des libertés et de la détention peut décider de tenir une audience. Dans cette hypothèse, il est fait application des I et II du présent article. Le dernier alinéa du I n'est pas applicable à la procédure d'appel. » ;

5° Après le premier alinéa de l'article L. 3211-12-4, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque le premier président ou son délégué est saisi d'un appel formé à l'encontre d'une ordonnance du juge des libertés et de la détention statuant sur le maintien d'une mesure d'isolement ou de contention prise sur le fondement de l'article L. 3222-5-1, il est fait application des dispositions prévues au III de l'article L. 3211-12-2. Le premier président ou son délégué statue dans les conditions prévues par décret en Conseil d'État. » ;

6° (*nouveau*) Au premier alinéa de l'article L. 3211-12-5, la référence : « IV » est remplacée par la référence : « V ».

CHAPITRE V

Dotations et objectifs de dépenses des branches et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 43 A (*nouveau*)

~~Après le premier alinéa de l'article L. 114-10-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :~~

« Les informations collectées à ce titre par les organismes de sécurité sociale auprès des fichiers des services de l'État sont transmissibles entre eux.→

Texte adopté par le Sénat en première lecture

mental n'y fait pas obstacle.

« Dans ce cas, le juge des libertés et de la détention statue dans les conditions prévues par décret en Conseil d'État.

« S'il l'estime nécessaire, le juge des libertés et de la détention peut décider de tenir une audience. Dans cette hypothèse, il est fait application des I et II du présent article. Le dernier alinéa du I n'est pas applicable à la procédure d'appel. » ;

5° Après le premier alinéa de l'article L. 3211-12-4, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque le premier président ou son délégué est saisi d'un appel formé à l'encontre d'une ordonnance du juge des libertés et de la détention statuant sur le maintien d'une mesure d'isolement ou de contention prise sur le fondement de l'article L. 3222-5-1, il est fait application des dispositions prévues au III de l'article L. 3211-12-2. Le premier président ou son délégué statue dans les conditions prévues par décret en Conseil d'État. » ;

6° Au premier alinéa de l'article L. 3211-12-5, la référence : « IV » est remplacée par la référence : « V ».

CHAPITRE V

Dotations et objectifs de dépenses des branches et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 43 A

L'article L. 114-10-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Amdt n° 85

1° (*nouveau*) Au premier alinéa, les mots : « lors de l'affiliation » sont remplacés par les mots : « dès l'ouverture du dossier de demande d'affiliation » ;

Amdt n° 85

2° Après le même premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les informations collectées à ce titre par les organismes de sécurité sociale auprès des fichiers des services de l'État sont transmissibles entre eux. » ;

3° (*nouveau*) Au dernier alinéa, les mots : « peuvent faire » sont remplacés par le mot : « font ».

Amdt n° 85

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 43 B (nouveau)

Après l'article L. 114-12-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 114-12-3-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 114-12-3-1.* – Lorsqu'une personne n'a pas encore été inscrite au répertoire national d'identification des personnes physiques et sollicite l'ouverture de droits ou l'attribution de prestations servies par les organismes de sécurité sociale, un numéro d'identification d'attente lui est attribué dans les conditions prévues au dernier alinéa de

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 43 BA (nouveau)

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La seconde phrase du onzième alinéa de l'article L. 114-12-1 est ainsi rédigée : « Il recense pour chaque bénéficiaire l'ensemble des prestations, y compris leur montant, et avantages en nature qui lui sont servis par les organismes mentionnés au premier alinéa du présent article. » ;

2° Le premier alinéa de l'article L. 114-12-2 est ainsi modifié :

a) Les mots : « un système d'information commun » sont remplacés par les mots : « les échanges d'informations et données du répertoire mentionnés à l'article L. 114-12-1 communes » ;

b) Les mots : « à l'article » sont remplacés par les mots : « au même article ».

II. – Le I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

Amdt n° 76 rect.

Article 43 BB (nouveau)

Au début de la seconde phrase de l'article L. 114-12-3 du code de la sécurité sociale, les mots : « Le cas échéant, » sont supprimés.

Amdt n° 79 rect.

Article 43 BC (nouveau)

L'article L. 114-16-3 du code de la sécurité sociale est complété par un 8° ainsi rédigé :

« 8° Le ou les présidents des tribunaux de commerce du ressort. »

Amdt n° 94 rect. bis

Articles 43 B et 43 C

(Conformes)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

l'article L. 114-12-1.

« Lorsque la personne concernée n'a pas fourni à l'organisme qui lui ouvre les droits ou lui sert des prestations les éléments d'état civil permettant de certifier son identité en application de l'article L. 161-1-4 ou lorsque l'examen de ces pièces révèle une fraude à l'identité, il est mis fin aux droits et prestations qui ont été ouverts dans un délai fixé par décret et les prestations qui ont été versées pendant la période font l'objet d'une procédure en récupération d'indus.

« Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article, notamment les cas dans lesquels il peut être dérogé au deuxième alinéa. »

Article 43 C (nouveau)

L'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase du septième alinéa du I, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « quatre » ;

2° Le II est ainsi modifié :

a) À la deuxième phrase, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « huit » ;

b) À la dernière phrase, le mot : « huit » est remplacé par le mot : « seize ».

Article 43 D (nouveau)

L'article L. 161-1-4 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Il en est de même en cas de non-respect de l'obligation pour toute personne de déclarer, auprès de l'organisme auquel elle est rattachée, tout changement dans sa situation familiale ou dans son lieu de résidence affectant son rattachement au régime dont elle dépend. »

Article 43 E (nouveau)

À la première phrase du deuxième alinéa du I de l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale, les mots : « tout au long de la vie » sont remplacés par les mots : « durant la durée des droits ».

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 43 DA (nouveau)

Le deuxième alinéa de l'article L. 553-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , l'action de l'organisme se prescrivant alors par cinq ans ».

Amdt n° 192

Articles 43 D et 43 E

(Conformes)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 43 F (nouveau)

~~Après le 3° de l'article L. 314-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 4° ainsi rédigé :~~

~~« 4° Que le professionnel de santé sollicitant un remboursement est inscrit au tableau de l'ordre dont il dépend. »~~

Texte adopté par le Sénat en première lecture

**Article 43 F
(Supprimé)**

Amdt n° 807 rect.

Article 43 G (nouveau)

Après la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 161-36-3 du code de la sécurité sociale, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Ce décret fixe les conditions et les limites dans lesquelles l'assurance maladie peut déroger à ce délai à la seule fin de procéder aux contrôles adéquats si le professionnel de santé a été sanctionné ou condamné pour fraude au cours des deux dernières années. »

Amdt n° 194

Article 43 H (nouveau)

L'article L. 162-15-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« En cas de sanction ou de condamnation pour fraude à au moins deux reprises d'un professionnel de santé au cours d'une période de cinq ans, la caisse primaire d'assurance maladie suspend d'office les effets de la convention après avoir mis à même le professionnel de présenter ses observations. »

Amdt n° 195

Article 43 I (nouveau)

I. – L'article L. 162-1-14-2 du code de la sécurité sociale s'applique à compter du lendemain de la publication du dernier des décrets mentionnés aux premier et dernier alinéas du même article L. 162-1-14-2 et au plus tard le 1^{er} octobre 2021.

II. – L'article L. 162-15-1 du code de la sécurité sociale s'applique à compter du lendemain de la publication du décret mentionné au dernier alinéa du même article L. 162-15-1 et au plus tard le 1^{er} octobre 2021.

Amdt n° 193

Article 43 J (nouveau)

Après le premier alinéa de l'article L. 224-14 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi

rédigé :

« Elles élaborent des évaluations sur les prestations indûment versées, frauduleuses et non frauduleuses, tous les trois ans. »

Amdt n° 687 rect.

Article 43 K (nouveau)

I. – Les organismes gestionnaires de l'assurance maladie peuvent, sur demande d'un conseil régional, délivrer aux personnes qui leur sont rattachées la carte électronique individuelle inter-régimes mentionnée à l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale, à laquelle est intégrée l'image numérisée des empreintes digitales du titulaire. Sous cette forme, la carte électronique individuelle inter-régimes est appelée « carte Vitale biométrique ».

Ces dispositions s'appliquent également à la Collectivité européenne d'Alsace.

Cette « carte Vitale biométrique » est délivrée gratuitement.

II. – Les organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire mentionnés au premier alinéa du I du présent article et le groupement mentionné à l'article L. 115-5 du code de la sécurité sociale expérimentent l'utilisation de la « carte Vitale biométrique » par les assurés et les professionnels de santé et la mise à disposition de services équivalents à ceux de la carte électronique individuelle inter-régimes mentionnée à l'article L. 161-31 du même code. Ils assurent le pilotage, le suivi et l'évaluation de cette expérimentation.

III. – Les organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire participant à l'expérimentation délivrent une « carte Vitale biométrique » aux personnes qui leur sont rattachées. Ils s'assurent préalablement de leur identité et de ce qu'elles sont titulaires d'une carte d'assurance maladie valide.

L'assuré participant à l'expérimentation donne son accord pour la consultation des données issues des procédures de remboursement ou de prise en charge qui sont détenues par l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie obligatoire dont il relève, prévue à l'article L. 162-4-3 du code de la sécurité sociale, en permettant au médecin d'utiliser, à cet effet, sa « carte Vitale biométrique ».

Les assurés et les professionnels de santé participant à l'expérimentation prévue au présent article sont informés des modalités de l'expérimentation ainsi que de l'existence et de la mise en œuvre d'un traitement de données à caractère personnel les concernant, de ses finalités, de l'identité du responsable, des destinataires des données et des modalités d'exercice des droits d'accès et

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 43

~~I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé, mentionnée à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, est fixé à 1 032 millions d'euros pour l'année 2021.~~

~~H. – Le montant de la contribution de la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale au financement du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé, mentionnée à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 précitée, est fixé à 100 millions d'euros pour l'année 2021.~~

III. – Le montant de la contribution de la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale au financement des agences régionales de

Texte adopté par le Sénat en première lecture

de rectification prévus aux articles 39 et 40 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés par la diffusion d'une notice mise à leur disposition au démarrage de celle-ci.

IV. – Le titulaire de la « carte Vitale biométrique » signale la perte ou le vol selon la procédure indiquée par l'organisme auquel il est rattaché. Les organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire participant à l'expérimentation signalent au groupement mentionné à l'article L. 115-5 du code de la sécurité sociale les « cartes Vitale biométriques » perdues ou volées pour leur inscription sur une liste d'opposition dédiée.

Les professionnels de santé procédant à la facturation d'actes ou de prestations remboursables par l'assurance maladie sont informés de l'inscription d'une « carte Vitale biométrique » sur une liste d'opposition préalablement à la facturation.

V. – La fin du bénéfice des droits aux prestations d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 161-15-4 du code de la sécurité sociale entraîne l'impossibilité d'utiliser la « carte Vitale biométrique » pour la facturation d'actes ou de prestations remboursables par l'assurance maladie.

VI. – Au plus tard deux mois avant le terme de l'expérimentation, les organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire mentionnés au présent article et le groupement mentionné à l'article L. 115-5 du code de la sécurité sociale adressent au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport d'évaluation de la « carte Vitale biométrique », qui fait notamment état de l'évolution des chiffres de la fraude en obtention des droits.

Amdt n° 71 rect. bis

Article 43

I et II. – *(Supprimés)*

Amdt n° 196

III et IV. – *(Non modifiés)*

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 141,44 millions d'euros pour l'année 2021.

IV. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 130 millions d'euros pour l'année 2021.

Article 44

Pour l'année 2021, les objectifs de dépenses de la branche Maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 219,1 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 217,6 milliards d'euros.

Article 45

Pour l'année 2021, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

(En milliards d'euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville.....	98,9
Dépenses relatives aux établissements de santé.....	92,9
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées.....	13,6
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées.....	12,4
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional.....	3,8
Autres prises en charge.....	3,8
Total	225,4

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Articles 44 et 45
(Conformes)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 45 bis (nouveau)

Il n'est pas fait application en 2021 des trois dernières phrases du cinquième alinéa de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale.

Article 46

I. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 220 millions d'euros au titre de l'année 2021.

II. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 468 millions d'euros au titre de l'année 2021.

III. – Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à ~~un milliard~~ d'euros au titre de l'année 2021.

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 176-2 du même code, la transmission du rapport mentionné au second alinéa du même article L. 176-2, qui devait intervenir avant le 1^{er} juillet 2020, est reportée au 1^{er} juillet 2021 au plus tard. ~~Le rapport suivant sera transmis avant le 1^{er} juillet 2024.~~

IV. – Les montants mentionnés aux articles L. 242-5 du code de la sécurité sociale et L. 751-13-1 du code rural et de la pêche maritime couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale et les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif mentionné à l'article L. 4163-1 du code du travail sont respectivement fixés à 176 millions d'euros et 10,6 millions d'euros pour l'année 2021.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 45 bis

Il n'est pas fait application en 2021 des trois dernières phrases du cinquième alinéa de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale en cas de risque de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie induit par des dépenses exceptionnelles liées à l'épidémie de la covid-19.

Amdt n° 197

Article 46

I et II. – (*Non modifiés*)

III. – Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 760 millions d'euros au titre de l'année 2021.

Amdt n° 198

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 176-2 du même code, la transmission du rapport mentionné au second alinéa du même article L. 176-2, qui devait intervenir avant le 1^{er} juillet 2020, est reportée au 1^{er} juillet 2021 au plus tard.

Amdt n° 314 rect. bis

IV. – (*Non modifié*)

V. (nouveau). – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du III du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Amdt n° 198

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 46 bis (nouveau)

I. – L'article L. 751-26 du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° À la première phrase du deuxième alinéa, au début, les mots : « La caisse peut autoriser un employeur à » sont remplacés par les mots : « L'employeur, dès lors qu'il remplit des conditions fixées par décret, peut » et sont ajoutés les mots : « , selon des modalités prévues par décret » ;

2° Au troisième alinéa, après le mot : « caisses », sont insérés les mots : « , des agents chargés du contrôle de la prévention ».

II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 321-2, les mots : « une lettre d'avis d'interruption de travail dont le modèle est fixé par arrêté ministériel et » sont remplacés par les mots : « un avis d'arrêt de travail au moyen d'un formulaire homologué, » ;

2° L'article L. 441-4 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, au début, les mots : « La caisse régionale peut autoriser un employeur à » sont remplacés par les mots : « L'employeur, dès lors qu'il remplit des conditions fixées par décret, peut » et sont ajoutés les mots : « , selon des modalités prévues par décret » ;

b) La seconde phrase du même premier alinéa est supprimée ;

c) À la fin du deuxième alinéa, les mots : « d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail » sont remplacés par les mots : « social et économique ~~ou, à défaut de l'existence de ce dernier, les délégués du personnel~~ » ;

d) Au troisième alinéa, le mot : « caisses » est remplacé par les mots : « organismes chargés de la gestion des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionnés à l'article L. 114-10 ainsi que des ingénieurs conseils et contrôleurs de sécurité dûment habilités auprès des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail » et, à la fin, les mots : « d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail » sont remplacés par les mots : « social et économique ~~ou, à défaut de l'existence de ce dernier, des délégués du personnel~~ » ;

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 46 bis

I. – L'article L. 751-26 du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° À la première phrase du deuxième alinéa, au début, les mots : « La caisse peut autoriser un employeur à » sont remplacés par les mots : « L'employeur, dès lors qu'il remplit des conditions fixées par décret, peut » et sont ajoutés les mots : « , selon des modalités prévues par décret » ;

1° bis (nouveau) La seconde phrase du même deuxième alinéa est supprimée ;

Amdt n° 835 rect.

2° Au troisième alinéa, après le mot : « caisses », sont insérés les mots : « , des agents chargés du contrôle de la prévention ».

II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 321-2, les mots : « une lettre d'avis d'interruption de travail dont le modèle est fixé par arrêté ministériel et » sont remplacés par les mots : « un avis d'arrêt de travail au moyen d'un formulaire homologué, » ;

2° L'article L. 441-4 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, au début, les mots : « La caisse régionale peut autoriser un employeur à » sont remplacés par les mots : « L'employeur, dès lors qu'il remplit des conditions fixées par décret, peut » et sont ajoutés les mots : « , selon des modalités prévues par décret » ;

b) La seconde phrase du même premier alinéa est supprimée ;

c) À la fin du deuxième alinéa, les mots : « d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail » sont remplacés par les mots : « social et économique » ;

Amdt n° 835 rect.

d) Au troisième alinéa, le mot : « caisses » est remplacé par les mots : « organismes chargés de la gestion des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionnés à l'article L. 114-10 ainsi que des ingénieurs conseils et contrôleurs de sécurité dûment habilités auprès des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail » et, à la fin, les mots : « d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail » sont remplacés par les mots : « social et économique » ;

Amdt n° 835 rect.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

3° L'article L. 441-6 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, les mots : « , en particulier la durée probable de l'incapacité de travail, » sont supprimés et sont ajoutés les mots : « , ainsi que, en cas d'interruption de travail, l'avis mentionné à l'article L. 321-2 » ;

– à la seconde phrase, les mots : « de ces certificats » sont remplacés par les mots : « exemplaire du certificat et, le cas échéant, de l'avis d'interruption de travail, » ;

b) À la seconde phrase du deuxième alinéa, le mot : « servies » est remplacé par le mot : « servi ».

III. – Les dispositions du 3° du II sont applicables à compter du 1^{er} novembre 2021.

Article 47

Pour l'année 2021, les objectifs de dépenses de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 14,1 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 12,7 milliards d'euros.

Article 47 bis (nouveau)

Texte adopté par le Sénat en première lecture

3° L'article L. 441-6 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, les mots : « , en particulier la durée probable de l'incapacité de travail, » sont supprimés et sont ajoutés les mots : « , ainsi que, en cas d'interruption de travail, l'avis mentionné à l'article L. 321-2 » ;

– à la seconde phrase, les mots : « de ces certificats » sont remplacés par les mots : « exemplaire du certificat et, le cas échéant, de l'avis d'interruption de travail, » ;

b) À la seconde phrase du deuxième alinéa, le mot : « servies » est remplacé par le mot : « servi ».

III. – *(Non modifié)*

Article 46 ter (nouveau)

Aux premier et dernier alinéas du IV de l'article 70 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, les mots : « jusqu'au 31 décembre 2021 » sont remplacés par les mots : « pendant deux années pleines à compter de la date de parution des décrets d'application ».

Amdt n° 743 rect. bis

Article 46 quater (nouveau)

Au V de l'article 70 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, les mots : « le 30 septembre 2020 » sont remplacés par les mots : « neuf mois après la parution des décrets d'application ».

Amdt n° 745 rect. bis

Article 47

(Conforme)

Article 47 bis

I A (nouveau). – Le code pénal est ainsi modifié :

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

I. – L'article L. 38-1 du code des pensions civiles et militaires de retraite est abrogé.

II. – La section 3 du chapitre II du titre III du livre VII du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifiée :

1° L'article L. 732-41-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 732-41-1. – L'article L. 732-41 n'est pas

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Amdt n° 834 rect.

1° Après l'article 221-9-1, il est inséré un article 221-9-2 ainsi rédigé :

Amdt n° 834 rect.

« Art. 221-9-2. – Les personnes physiques coupables des crimes prévus à la section I du présent chapitre, lorsque ces crimes ont été commis à l'encontre de leur époux assuré, encourent également la peine complémentaire d'interdiction de percevoir la pension due au conjoint survivant ou divorcé en application des dispositions du code de la sécurité sociale ou du code rural et de la pêche maritime.

Amdt n° 834 rect.

« Le prononcé de cette peine est obligatoire. Toutefois, la juridiction peut, par une décision spécialement motivée, décider de ne pas prononcer cette peine, en considération des circonstances de l'infraction et de la personnalité de son auteur. » ;

Amdt n° 834 rect.

2° La section 5 du chapitre II du titre II du livre II est complétée par un article 222-48-3 ainsi rédigé :

Amdt n° 834 rect.

« Art. 222-48-3. – Les personnes physiques coupables des infractions prévues aux paragraphes 1 et 2 des sections 1 et 3 du présent chapitre, lorsque celles-ci ont été commises à l'encontre de leur époux assuré, encourent également la peine complémentaire d'interdiction de percevoir la pension due au conjoint survivant ou divorcé en application des dispositions du code de la sécurité sociale ou du code rural et de la pêche maritime.

Amdt n° 834 rect.

« Le prononcé de cette peine est obligatoire. Toutefois, la juridiction peut, par une décision spécialement motivée, décider de ne pas prononcer cette peine, en considération des circonstances de l'infraction et de la personnalité de son auteur. »

Amdt n° 834 rect.

I. – *(Non modifié)*

II. – La section 3 du chapitre II du titre III du livre VII du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifiée :

1° L'article L. 732-41-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 732-41-1. – L'article L. 732-41 n'est pas

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

applicable dans le cas où le conjoint survivant ~~est ou a été condamné pour avoir commis à l'encontre de l'époux assuré un crime ou un délit prévu soit à la section 1 du chapitre I^{er} du titre II du livre II du code pénal, soit aux paragraphes 1 et 2 des sections 1 et 3 du chapitre II du même titre II.~~

~~« Le prononcé de la peine complémentaire mentionnée au premier alinéa du présent article est obligatoire. Toutefois, la juridiction peut, par une décision spécialement motivée, décider de ne pas prononcer cette peine, en considération des circonstances de l'infraction et de la personnalité de son auteur. » ;~~

2° Le III de l'article L. 732-62 est ~~complété par un~~ alinéa ainsi rédigé :

~~« Le prononcé de la peine complémentaire mentionnée au premier alinéa du présent III est obligatoire. Toutefois, la juridiction peut, par une décision spécialement motivée, décider de ne pas prononcer cette peine, en considération des circonstances de l'infraction et de la personnalité de son auteur. »~~

III. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Texte adopté par le Sénat en première lecture

applicable dans le cas où le conjoint survivant a été définitivement condamné à la peine complémentaire d'interdiction de percevoir la pension due au conjoint survivant ou divorcé prévue aux articles 221-9-2 ou 222-48-3 du code pénal. » ;

Amdt n° 834 rect.

(Alinéa supprimé)

2° Le III de l'article L. 732-62 est ainsi rédigé :

Amdt n° 834 rect.

« III. – En cas de condamnation définitive d'une personne à l'une des peines complémentaires mentionnées aux articles 221-9-2 et 222-48-3 du code pénal, les I et II du présent article ne sont pas applicables. »

Amdt n° 834 rect.

III. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° A (nouveau) Le chapitre IV ter du titre I^{er} du livre I^{er} est complété par un article L. 114-22-2 ainsi rédigé :

Amdt n° 834 rect.

« Art. L. 114-22-2. – Lorsqu'une personne est définitivement condamnée par une juridiction pénale à une peine complémentaire, la privant de droits ou de prestations prévus au présent code et au code de l'action sociale et des familles, la caisse nationale mentionnée au second alinéa du présent article en est informée sans délai par le ministère public près la juridiction pénale ayant prononcé cette condamnation. La même caisse nationale est tenue informée par ce dernier de l'actualisation des informations liées aux modalités d'exécution de la peine.

Amdt n° 834 rect.

« Selon des modalités précisées par voie réglementaire, l'une des caisses nationales mentionnées au livre II met en œuvre un traitement automatisé aux fins d'assurer la réception et la conservation des informations transmises par le ministère public portant sur les peines mentionnées au premier alinéa du présent article et d'assurer leur utilisation par les seuls organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire dont relèvent les personnes concernées. » ;

Amdt n° 834 rect.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

1° Au début du paragraphe 4 de la sous-section 4 de la section 1 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er}, il est ajouté un article L. 161-22-3 ainsi rédigé :

~~« Art. L. 161-22-3. – La pension de réversion au titre de tout régime de retraite de base et complémentaire légal ou rendu légalement obligatoire n'est pas due dans le cas où le conjoint survivant est ou a été condamné pour avoir commis à l'encontre de l'époux assuré un crime ou un délit prévu soit à la section 1 du chapitre I^{er} du titre II du livre II du code pénal, soit aux paragraphes 1 et 2 des sections 1 et 3 du chapitre II du même titre II.~~

~~« Le prononcé de la peine complémentaire mentionnée au premier alinéa du présent article est obligatoire. Toutefois, la juridiction peut, par une décision spécialement motivée, décider de ne pas prononcer cette peine, en considération des circonstances de l'infraction et de la personnalité de son auteur. » ;~~

2° L'article L. 342-1-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

~~« Le prononcé de la peine complémentaire mentionnée au premier alinéa du présent article est obligatoire. Toutefois, la juridiction peut, par une décision spécialement motivée, décider de ne pas prononcer cette peine, en considération des circonstances de l'infraction et de la personnalité de son auteur. » ;~~

3° L'article L. 353-1-1 est abrogé.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

1° Au début du paragraphe 4 de la sous-section 4 de la section 1 du chapitre I^{er} du titre VI du même livre I^{er}, il est ajouté un article L. 161-22-3 ainsi rédigé :

Amdt n° 834 rect.

« Art. L. 161-22-3. – En cas de condamnation définitive d'une personne à l'une des peines complémentaires mentionnées aux articles 221-9-2 et 222-48-3 du code pénal, la pension de réversion au conjoint survivant ou divorcé au titre de tout régime de retraite de base et complémentaire légal ou rendu légalement obligatoire n'est pas due. » ;

Amdt n° 834 rect.

(Alinéa supprimé)

2° L'article L. 342-1-1 est ainsi rédigé :

Amdt n° 834 rect.

« Art. L. 342-1-1. – En cas de condamnation définitive d'une personne à l'une des peines complémentaires mentionnées aux articles 221-9-2 et 222-48-3 du code pénal, la pension du conjoint survivant ou divorcé mentionnée à l'article L. 342-1 du présent code n'est pas due. » ;

Amdt n° 834 rect.

3° L'article L. 353-1-1 est abrogé.

IV (nouveau). – Le titre II de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte est complété par un chapitre VI ainsi rédigé :

Amdt n° 834 rect.

« CHAPITRE VI

Amdt n° 834 rect.

« Dispositions communes

Amdt n° 834 rect.

« Art. 23-9. – L'article L. 161-22-3 du code de la sécurité sociale est applicable aux conjoints survivants d'un assuré décédé relevant du présent titre. »

Amdt n° 834 rect.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 47 ter (nouveau)

I. – La sous-section 4 de la section 1 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un paragraphe 6 ainsi rédigé :

« *Paragraphe 6*

« *Contrôle de l'existence*

« *Art. L. 161-24.* – Le bénéficiaire d'une pension de vieillesse d'un régime de retraite obligatoire résidant en dehors des territoires mentionnés à l'article L. 111-2 ~~ou de Mayotte~~ adresse chaque année une preuve de son existence à l'organisme ou au service de l'État assurant le service de cette pension.

« *Art. L. 161-24-1.* – La preuve d'existence peut être apportée, dans les conditions prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux libertés et aux fichiers, par l'utilisation de dispositifs techniques permettant l'usage de données biométriques adapté à cette preuve. Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés précise les moyens pouvant être utilisés à cette fin et les garanties apportées aux personnes dans l'utilisation de ces dispositifs et l'exercice de leurs droits. Il prévoit les conditions d'utilisation par les personnes concernées des outils numériques leur permettant d'effectuer cette démarche.

« *Art. L. 161-24-2.* – ~~Le versement de la pension de vieillesse est suspendu si l'existence de l'assuré n'est pas prouvée dans un délai, fixé par décret courant à compter de la date de la notification du contrôle de l'existence.~~

« *Art. L. 161-24-3.* – ~~L'organisme mentionné à l'article L. 161-17-1 mutualise~~ la gestion de la preuve d'existence ainsi que les modalités de son contrôle dans des conditions fixées par décret. »

II. – L'article 83 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 est abrogé.

Article 47 quater (nouveau)

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 168-8 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le bénéfice de l'allocation est soumis au respect

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 47 ter

I. – La sous-section 4 de la section 1 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un paragraphe 6 ainsi rédigé :

« *Paragraphe 6*

« *Contrôle de l'existence*

« *Art. L. 161-24.* – Le bénéficiaire d'une pension de vieillesse d'un régime de retraite obligatoire résidant en dehors des territoires mentionnés à l'article L. 111-2, de Mayotte, de la Polynésie française ou de Saint-Pierre-et-Miquelon justifie chaque année de son existence à l'organisme ou au service de l'État assurant le service de cette pension.

Amdt n° 199 rect.

« *Art. L. 161-24-1.* – La preuve d'existence peut être apportée, dans les conditions prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux libertés et aux fichiers, par l'utilisation de dispositifs techniques permettant l'usage de données biométriques adapté à cette preuve. Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, précise les moyens pouvant être utilisés à cette fin et les garanties apportées aux personnes dans l'utilisation de ces dispositifs et l'exercice de leurs droits. Il prévoit les conditions d'utilisation par les personnes concernées des outils numériques leur permettant d'effectuer cette démarche.

« *Art. L. 161-24-2.* – La suspension du versement de la pension de retraite dans le cas où le bénéficiaire ne justifie pas de son existence ne peut avoir lieu qu'à l'expiration d'un délai fixé par décret.

Amdt n° 199 rect.

« *Art. L. 161-24-3.* – Les régimes obligatoires de retraite mutualisent la gestion de la preuve d'existence ainsi que les modalités de son contrôle au moyen du groupement mentionné à l'article L. 161-17-1, dans des conditions fixées par décret. »

Amdt n° 199 rect.

II. – *(Non modifié)*

Article 47 quater

I. – *(Non modifié)*

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

~~des conditions de régularité de séjour et de stabilité de résidence en France mentionnées à l'article L. 512-1 et aux deux premiers alinéas de l'article L. 512-2.»;~~

2° L'article L. 381-1 est ainsi modifié :

~~a) La dernière phrase du quatrième alinéa est complétée par les mots : « , sauf si la personne a bénéficié dans les deux dernières années d'une allocation journalière mentionnée au même article L. 168-8 »;~~

~~b) Le cinquième alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :~~

~~« Le travailleur non salarié mentionné à l'article L. 611-1 du présent code, à l'article L. 722-4 du code rural et de la pêche maritime ou au 2° de l'article L. 722-10 du même code ainsi que le conjoint collaborateur mentionné à l'article L. 661-1 du présent code ou aux articles L. 321-5 et L. 732-34 du code rural et de la pêche maritime qui interrompt son activité professionnelle pour s'occuper d'une personne mentionnée à l'article L. 3142-16 du code du travail présentant un handicap ou une perte d'autonomie d'une particulière gravité est affilié obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général. Cette affiliation n'est pas subordonnée à la radiation du travailleur non salarié du centre de formalités des entreprises dont il relève. Elle est subordonnée à la production de justificatifs, définis par décret.~~

~~« L'affiliation à l'assurance vieillesse du régime général au titre des quatrième et cinquième alinéas ne peut excéder une durée totale d'un an sur l'ensemble de la carrière. »~~

Texte adopté par le Sénat en première lecture

II (nouveau). – Au 1° du V de l'article 1^{er} de la loi n° 2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance et la transformation des entreprises, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « deuxième ».

Amdt n° 200

Article 47 quinquies (nouveau)

I. – Afin d'atteindre l'équilibre financier de l'ensemble des régimes de retraite de base en 2030, une conférence sur l'équilibre et le financement des retraites réunissant des représentants des organisations syndicales de salariés et des employeurs ainsi que des représentants de l'État est chargée de formuler des propositions en recourant aux paramètres suivants, dans la limite du besoin de financement nécessaire pour rétablir cet équilibre : âge d'ouverture des droits à retraite, conditions d'âge et de durée d'assurance requises pour le bénéfice d'une pension de retraite à taux plein, modalités de décote et de surcote par rapport à ce taux plein, affectation de recettes à l'assurance vieillesse, mobilisation du Fonds de réserve des retraites.

II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 48

Pour l'année 2021, les objectifs de dépenses de la branche Vieillesse sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 251,9 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 144,7 milliards d'euros.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

modifié :

1° L'article L. 161-17-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « soixante-deux » est remplacé par le mot : « soixante-trois » et, à la fin, l'année : « 1955 » est remplacée par l'année : « 1965 » ;

b) Après les mots : « 1^{er} janvier », la fin du deuxième alinéa est ainsi rédigée : « 1965 et de manière croissante à raison de trois mois par génération pour les assurés nés entre le 1^{er} juillet 1962 et le 31 décembre 1964. » ;

c) Les troisième et dernier alinéas sont supprimés ;

2° L'article L. 161-17-3 est ainsi modifié :

a) Au troisième alinéa, l'année : « 1963 » est remplacée par l'année : « 1961 » ;

b) Au quatrième alinéa, l'année : « 1964 » et l'année : « 1966 » sont remplacées par l'année : « 1962 » ;

c) Au cinquième alinéa, l'année : « 1967 » et l'année : « 1969 » sont remplacées par l'année : « 1963 » ;

d) Au sixième alinéa, l'année : « 1970 » et l'année : « 1972 » sont remplacées par l'année : « 1964 » ;

e) Au septième alinéa, l'année : « 1973 » est remplacée par l'année : « 1965 » ;

3° Au 1° de l'article L. 351-8, les mots : « prévu à l'article L. 161-17-2 augmenté de cinq années » sont remplacés par les mots : « de soixante-sept ans ».

III. – Un décret en Conseil d'État fixe les modalités et le calendrier selon lequel les régimes mentionnés à l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale convergent vers les paramètres définis au II du présent article avant le 1^{er} janvier 2030.

Amdt n° 201

Articles 48, 49 et 49 bis
(Conformes)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 49

Pour l'année 2021, les objectifs de dépenses de la branche Famille de la sécurité sociale sont fixés à 49,3 milliards d'euros.

Article 49 bis (nouveau)

I. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution et dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances les mesures relevant du domaine de la loi visant à :

1° Étendre à Mayotte les prestations prévues aux articles L. 168-1, L. 168-8, L. 331-8, L. 531-5, L. 531-6 et L. 544-1 du code de la sécurité sociale ;

2° Valider rétroactivement des périodes d'assurance pour les personnes affiliées au régime de retraite mentionné à l'article 5 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte ayant exercé une activité salariée entre 1987 et 2002 ;

3° Adapter la composition de la Caisse de sécurité sociale de Mayotte et certaines dispositions relatives à la gouvernance de cet organisme ;

4° Adapter la législation d'assurance maladie maternité applicable au Département de Mayotte en vue de la rapprocher de la législation applicable en métropole ou dans les autres collectivités relevant de l'article 73 de la Constitution ;

5° Mettre en œuvre la branche Autonomie du régime général de la sécurité sociale à Mayotte ;

6° Adapter les conditions d'ouverture de droit aux prestations familiales servies par la Caisse de sécurité sociale de Mayotte.

II. – Chaque ordonnance procède à une ou plusieurs des opérations suivantes :

1° Étendre la législation intéressée dans une mesure et selon une progressivité adaptées aux caractéristiques et contraintes particulières de Mayotte ;

2° Adapter le contenu de cette législation à ces caractéristiques et contraintes particulières ;

3° Modifier la législation intéressée applicable à Mayotte en vue d'améliorer les prestations servies ;

4° Adapter certaines dispositions du code de la sécurité sociale pour les rendre directement applicables à Mayotte.

III. – Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de six mois à compter

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

de la publication de chaque ordonnance.

Article 50

Pour l'année 2021, les objectifs de dépenses de la branche Autonomie de la sécurité sociale sont fixés à 31,6 milliards d'euros.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 49 ter (nouveau)

À titre expérimental, pour une durée de cinq ans à compter de la publication de la présente loi et par dérogation à l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles, les autorités compétentes en matière de tarification des établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du même code peuvent, par convention, organiser au profit de l'une d'entre elles la délégation de la compétence de fixation et de révision des tarifs attribués auxdits établissements et services.

La convention détermine les conditions et modalités de la tarification des établissements et services concernés.

Les articles L. 314-7 et L. 314-7-1 dudit code ne s'appliquent qu'à l'égard de l'autorité délégataire.

Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

Amdt n° 203 rect.

Article 50
(Conforme)

Article 50 bis (nouveau)

Après le premier alinéa de l'article L. 541-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« En cas de résidence alternée de l'enfant au domicile de chacun des parents telle que prévue à l'article 373-2-9 du code civil, mise en œuvre de manière effective, les parents désignent l'allocataire. Cependant, la charge de l'enfant pour le calcul de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est partagée par moitié entre les deux parents soit sur demande conjointe des parents, soit si les parents sont en désaccord sur la désignation de l'allocataire. Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent alinéa. »

Amdt n° 517 rect. ter

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 51

Pour l'année 2021, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi qu'il suit :

(En milliards d'euros)

	Prévision de charges
Fonds de solidarité vieillesse.....	19,2

Article 52 (nouveau)

~~Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la capacité d'accueil dans le secteur médico social, afin d'accueillir des enfants et des adultes souffrant de handicap. Ce rapport présente non seulement la capacité d'accueil de ces structures pour tous les âges de la vie mais dresse également une cartographie des établissements existant sur le territoire. Il s'attache à identifier le nombre de jeunes adultes maintenus en structures pour enfants et adolescents en situation de handicap au titre du dispositif prévu à l'article L. 242 4 du code de l'action sociale et des familles. Il présente également les établissements pour adultes construits sur un modèle inclusif ou d'habitat diffus. Au vu de l'état des lieux et de la cartographie réalisés, le rapport présente l'impact en création ou en transformations de places dans les programmations prévues dans les schémas mentionnés à l'article L. 1434 2 du code de la santé publique et à l'article L. 312 4 du code de l'action sociale et des familles ainsi que dans les programmes mentionnés à l'article L. 312 5 1 du même code.~~

ANNEXE A

RAPPORT RETRAÇANT LA SITUATION PATRIMONIALE, AU 31 DÉCEMBRE 2019, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT À LEUR FINANCEMENT, À L'AMORTISSEMENT DE LEUR DETTE OU À LA MISE EN RÉSERVE DE RECETTES À LEUR PROFIT ET DÉCRIVANT LES MESURES PRÉVUES POUR L'AFFECTION DES EXCÉDENTS ET LA COUVERTURE DES DÉFICITS CONSTATÉS POUR L'EXERCICE 2019

I. – Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2019

(En milliards d'euros)

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 51
(Conforme)

Article 52
(Supprimé)

Amdt n° 202

ANNEXE A
(Conforme)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par le Sénat en première lecture

	2 0 1 9	2 0 1 8			
	((2	2
	n	n		0	0
	e	e		1	1
	t	t		9	8
))			
Actif			Passif		
Immobilisations	7 , 4	7 , 3	Capitaux propres	- 6 1 , 4	- 7 7 , 0
Immobilisations non financières	5 , 2	5 , 0	Dotations	2 0 7 0 , 2	2 2 3 0 , 0
			Régime général	2 7 , 0	2 6 , 4
Prêts, dépôts de garantie	1 , 4	1 , 4	Autres régimes	0 0 , 2	4 0 , 2
			Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)	1 3 , 2	1 5 , 2
Avances/ prêts accordés à des organismes de la sphère sociale	0 , 9	0 , 9	Fonds de réserve pour les retraites (FRR)	2 2 2 , 2	2 1 1 , 6
			Réserves	3 8 7 , 3	3 8 7 , 3
			Régime général	8 7 , 3	8 7 , 7
			Autres régimes	1 1 , 1	1 0 , 1
			FRR	1 - 1 2 2	1 - 1 3 6
			Report à nouveau	6 - 4 , 6	9 - 5 , 0
			Régime général	6 - 4 , 1	0 - 4 , 3
			Autres régimes	1	3

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par le Sénat en première lecture

			-	-
		Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	8	6
			,	,
			4	6
			-	-
			1	1
			0	2
			5	1
			,	,
		CADES	5	0
			1	1
			5	4
		Résultat de l'exercice	4	9
			-	0
			0	0
			,	,
		Régime général	3	5
			+	-
			0	0
			,	,
		Autres régimes	1	2
			-	-
			1	1
			,	,
		FSV	6	8
			1	1
			6	5
			,	,
		CADES	3	4
			0	0
			,	,
		FRR	8	9
		Écart d'estimation (réévaluation des actifs du FRR en valeur de marché)	2	1
			9	1
			1	1
		Provisions pour risques et charges	7	7
			,	,
			2	5
			1	1
	5	5	3	4
	7	5	2	2
	,	,	,	,
Actif financier	9	8	5	6
		Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, europapiers commerciaux).....	1	1
Valeurs mobilières et titres de placement	4	4	1	3
	5	3	8	1
	,	,	,	,
	1	4	6	1
		Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)	2	2
	0		6	3
	,		,	,
Régime général	0	0	5	1

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par le Sénat en première lecture

	1	1		9	0
	2	1		2	8
	,	,		,	,
Autres régimes	9	5	CADES	0	0
	0	0			
	,	,			
CADES.....	0	0			
	3	3			
	2	1			
	,	,			
FRR	3	8			
	1	1			
	2	2	Dettes à l'égard d'établissements de crédits	6	6
Encours bancaire..	1	0		4	1
			Régime général (ordres de paiement en attente).....	5	4
	1	2		1	8
Régime général.....	5	2		0	0
	6	6			
	,	,			
Autres régimes	4	8	Autres régimes.....	3	3
	0	0		1	1
	,	,			
FSV	0	0	CADES	0	0
	3	2		0	0
	,	,			
CADES.....	1	3	Dépôts reçus	4	4
	1	0		0	0
	,	,			
FRR	1	7	ACOSS	4	4
Créances nettes au titre des instruments financiers.....	0	0	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0	0
	,	,			
	6	5		2	0
	0	0		0	0
	,	,			
CADES.....	3	4	ACOSS	2	0
	0	0		6	5
	,	,			
FRR	3	1	Autres	8	0
				5	4
			Autres régimes.....	7	8
				1	0
			CADES	1	3
	8	7		6	5
	3	7		0	7
	,	,			
Actif circulant	4	3	Passif circulant	4	4
				3	2
Créances de prestations	9	9	Dettes et charges à payer à l'égard des bénéficiaires	0	9
	,	,			
	2	1		5	8
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	8	8	Dettes et charges à payer à l'égard des cotisants.....	2	2
	,	,			
	5	5		1	4

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en
première lecture**

Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et autres impositions	4 7 , 8	4 3 , 2		
			Dettes et charges à payer à l'égard d'entités publiques et organismes de sécurité sociale.....	
Créances sur entités publiques et organismes de sécurité sociale	1 0 , 9 0 0	1 0 , 7 0 0		1 1 , 4 0
Produits à recevoir de l'État	, 6	, 7		
	6	5		1 6 , , 5
Autres actifs	3	2	Autres passifs	5 2
	1	1		1
	4	4		4
	8	0		8
	, 7	, 5		, 5
Total de l'actif	7	5	Total du passif	7
				5

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Sur le champ des régimes de base, du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), de la Caisse d'amortissement de la dette publique (CADES) et du Fonds de réserve pour les retraites (FRR), le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, mesuré par ses capitaux propres négatifs, et qui recouvre pour l'essentiel le cumul des déficits passés restant à financer, s'élevait à 61,4 milliards d'euros au 31 décembre 2019. L'encours de dette sur les produits techniques à fin 2019 était de l'ordre de 12 %, soit environ 1,5 mois de recettes.

Après une dégradation très marquée à la fin de la précédente décennie, en partie imputable à la crise économique, le passif net a connu une diminution continue entre 2014 et 2019. Cette inversion de tendance s'est amplifiée entre 2016 et 2019 (baisse de 7,9 milliards d'euros entre 2015 et 2016, de 12,8 milliards d'euros entre 2016 et 2017, de 11,6 milliards d'euros entre 2017 et 2018, puis de 15,6 milliards d'euros en 2019 par rapport à 2018). Cette amélioration se traduit en particulier par un résultat consolidé positif sur le périmètre d'ensemble de la sécurité sociale retracé ci-dessus (15,4 milliards d'euros en 2019, contre 14,9 milliards d'euros en 2018). Elle reflète la poursuite de l'amortissement de la dette portée par la CADES (16,3 milliards d'euros en 2019) dans un contexte où la dégradation des déficits des régimes de base et du FSV est restée contenue en 2019 (déficit de 1,7 milliard d'euros contre 1,4 milliard d'euros en 2018), après le recul constant de ce déficit observé jusqu'en 2018.

Le financement du passif net de la sécurité sociale est assuré à titre principal par un recours à l'emprunt, essentiellement porté par la CADES et l'ACOSS. L'endettement financier net de la sécurité sociale, qui correspond à la différence entre les dettes financières et les

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en
première lecture**

actifs financiers placés ou détenus en trésorerie, suit donc en premier lieu les mêmes tendances que le passif net auquel il est fait référence ci-dessus, en subissant secondairement les effets de la variation du besoin en fonds de roulement lié au financement des actifs et passifs circulants (créances et dettes) et des acquisitions d'actifs immobilisés, qui ont également un impact sur la trésorerie. Après l'infléchissement observé depuis 2015, l'endettement financier a continué de reculer fortement en 2019 (74,6 milliards d'euro contre 86,8 milliards d'euro fin 2018), en cohérence avec l'évolution du passif net qui n'a été que partiellement compensée par une augmentation du besoin en fonds de roulement.

*Évolution du passif net, de l'endettement financier net
et des résultats comptables consolidés de la sécurité
sociale depuis 2009*

(En milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Passif net au 31/12 (capitaux propres négatifs).....	- 6 6 , 3	- 8 7 , 1	- 0 0 , 6	- 0 7 , 2	- 1 0 , 9	- 1 0 , 7	- 0 9 , 5	- 0 1 , 4	- 8 1 , 5	- 7 8 , 0	- 6 1 , 4
Endettement financier net au 31/12.....	- 7 6 , 3	- 9 6 , 0	- 1 1 , 2	- 1 6 , 2	- 1 8 , 0	- 2 1 , 3	- 2 0 , 8	- 1 8 , 0	- 0 8 , 2	- 8 6 , 9	- 7 4 , 6
Résultat comptable consolidé de l'exercice (régimes de base, FSV, CADES et FRR).....	- 1 9 , 6	- 2 3 , 9	- 1 0 , 7	- - 5 9 , 9	- - 1 6 , 6	+ 1 1 , 4	+ 4 8 , 7	+ 8 1 , 1	+ 2 4 , 6	+ 4 5 , 9	+ 1 5 , 4

II. – Couverture des déficits et affectation des excédents constatés sur l'exercice 2019

Dans le cadre fixé par la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le transfert à la CADES, dès l'année 2011, des déficits 2011 des branches Maladie et Famille du régime général. Elle a également prévu la reprise progressive, à compter de 2012, des déficits des années 2011 à 2018 de la branche Vieillesse du régime général et du FSV, dans la double limite de 10 milliards d'euros chaque année et de 62 milliards d'euros au total.

L'article 26 de la loi de financement de la sécurité

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

sociale pour 2016 a modifié ce schéma et supprimé le plafond annuel de 10 milliards d'euros afin de tenir compte de conditions de financement à moyen et long termes particulièrement favorables. Il a ainsi ouvert la possibilité d'une saturation du plafond de 62 milliards d'euros dès 2016 et d'une reprise anticipée dont les modalités de mise en œuvre ont été précisées par le décret n° 2016-110 du 4 février 2016 et un arrêté du 14 septembre 2016.

Un montant total de 23,6 milliards d'euros a été repris en 2016, correspondant au transfert de la totalité des déficits de la branche Famille et de la branche Maladie au titre de 2013 et 2014 et de ceux de de la branche Vieillesse et du FSV au titre de 2015, ainsi que d'une partie du déficit de la branche Maladie au titre de 2015.

Ce plafond de reprise par la CADES ayant été saturé après les transferts intervenus en 2016, c'est l'ACOSS qui porte en dette à court terme les déficits des derniers exercices. Après un accroissement de 6,4 milliards d'euros entre 2016 et 2017, puis inversement un recul de 4,4 milliards d'euros entre 2017 et 2018 suite à l'évolution favorable des comptes sociaux, l'endettement financier brut de l'ACOSS a augmenté à nouveau de 3,5 milliards d'euros pour s'établir à 26,9 milliards d'euros au 31 décembre 2019, sous l'effet du financement des déficits du régime général et du FSV (déficit global de 1,9 milliard d'euros en 2019).

Le déficit du régime général s'est élevé à 0,4 milliard d'euros en 2019. Il est constitué des résultats comptables des branches Maladie et Vieillesse, qui ont respectivement enregistré des déficits de 1,5 milliard d'euros et de 1,4 milliard d'euros. Les branches Famille et Accidents du travail et maladies professionnelles ont quant à elles dégagé des excédents respectivement de 1,5 et 1,0 milliard d'euros. Par ailleurs, le FSV a enregistré un déficit de 1,6 milliard d'euros.

Concernant les régimes de base autres que le régime général et qui présentent une situation déficitaire en 2019, le résultat de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), ressort en déficit depuis deux exercices, à -0,7 milliard d'euros en 2019 après -0,6 milliard d'euros en 2018.

La branche Retraite du régime des exploitants agricoles, qui était déficitaire en 2017, a présenté un bénéfice de 0,01 milliard d'euros en 2018 puis de 0,1 milliard d'euros en 2019. Ses déficits cumulés depuis 2011 (les déficits 2009 et 2010 ayant été repris par la CADES en 2011) atteignent cependant 3,6 milliards d'euros. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a prévu que ce déficit puisse être financé par des avances rémunérées de trésorerie octroyées par l'ACOSS, en complément des financements bancaires auxquels avait recours jusque-là la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pour couvrir ces déficits cumulés. Au 31 décembre 2019, ces déficits ont été financés en totalité par une avance de

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

l'ACOSS.

Dans ce contexte, l'article 1^{er} de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie prévoit un transfert à la CADES d'un montant global de 136 milliards d'euros, organisé en plusieurs étapes. Cette reprise de dette a vocation à financer, dans la limite de 31 milliards d'euros, les déficits cumulés non repris constatés au 31 décembre 2019 de la branche Maladie du régime général (16,3 milliards d'euros) et du FSV (9,9 milliards d'euros), de la branche Vieillesse du régime des non-salariés agricoles (3,6 milliards d'euros) et de la CNRACL (déficits 2018 et 2019 de 1,3 milliards d'euros). Elle permettra par ailleurs de financer, dans la limite de 92 milliards d'euros, les déficits cumulés des exercices 2020 à 2023 des branches Maladie, Vieillesse et Famille du régime général, du FSV et de la branche Vieillesse du régime des non-salariés agricoles.

Concernant les autres régimes de base, les excédents du régime de retraite des professions libérales (0,4 milliard d'euros en 2019) et de la branche Vieillesse du régime de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (0,2 milliard d'euros en 2019) augmentent respectivement de 0,3 milliard d'euros et 0,1 milliard d'euros en 2019. Celui du régime de base de la caisse nationale des barreaux français (0,06 milliard d'euros en 2019) reste stable. Ces excédents sont affectés aux réserves des régimes concernés.

Les autres régimes présentent par construction des résultats annuels équilibrés ou très proches de l'équilibre. Il en est ainsi des branches et régimes intégrés financièrement au régime général (ensemble des branches Maladie des différents régimes de base depuis la mise en œuvre, en 2016, de la protection universelle maladie, branches Vieillesse de base du régime des salariés agricoles depuis 1963 et du régime social des indépendants jusqu'en 2017), des régimes de retraite équilibrés par des subventions de l'État (SNCF, RATP, régimes des mines et des marins) et des régimes d'employeurs (fonction publique de l'État, industries électriques et gazières), équilibrés par ces derniers. Concernant le régime des mines, les déficits passés cumulés de la branche Maladie ont par ailleurs été transférés à la CNAM à hauteur de 0,7 milliard d'euros en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

ANNEXE B

RAPPORT DÉCRIVANT LES PRÉVISIONS DE RECETTES ET LES OBJECTIFS DE DÉPENSES PAR BRANCHE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU RÉGIME GÉNÉRAL, LES PRÉVISIONS DE RECETTES ET DE DÉPENSES DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES RÉGIMES AINSI QUE L'OBJECTIF NATIONAL DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE POUR LES QUATRE ANNÉES À VENIR

La présente annexe décrit l'évolution des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse pour la période 2021-2024.

Par rapport aux prévisions du PLFSS pour 2020, le solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est dégradé de manière soudaine et dans des proportions jamais atteintes à la suite du choc d'une ampleur inédite qu'a subi l'économie française du fait de la crise sanitaire liée à l'épidémie de covid-19.

En conséquence de cette situation ~~macro-économique~~ exceptionnelle, la dégradation durable de la trajectoire pluriannuelle ne permet plus d'envisager un retour à l'équilibre à l'horizon 2024 (I). Cette trajectoire tient compte d'un surcroît important de dépenses de la branche Maladie, que celles-ci soient ponctuelles pour faire face à la crise sanitaire, ou structurelles pour rénover le système de soins (II). Dans ce contexte particulier, les branches Vieillesse et surtout maladie seraient dans une situation de déficits élevés et globalement stables durant les années à venir, alors que la branche Famille et la branche Accidents du travail et maladies professionnelles dégageront des excédents dès 2021 à la faveur de la reprise économique anticipée. La nouvelle branche Autonomie, créée par la loi relative à la dette sociale et à l'autonomie présenterait une situation financière pluriannuelle globalement équilibrée avant prise en compte de l'effet démographique et mesures nouvelles (III).

I. – Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 tire les conséquences de la dégradation exceptionnelle de la situation économique en 2020 et de son rebond marqué en 2021

Pour 2021, le Gouvernement retient des hypothèses de croissance du PIB de 8,0 % en volume (après -10,0 % en 2020) et de 6,5 % de la masse salariale du secteur privé (et 6,8 % de la masse salariale privée soumise à cotisations après -7,9 % en 2020) ainsi qu'une hypothèse d'inflation hors tabac (0,6 %) en très légère progression par rapport à l'année précédente. Ce fort rebond d'activité interviendrait après un choc exceptionnel en 2020 mais serait insuffisant pour retrouver le niveau d'activité observé en 2019 (qui serait

Texte adopté par le Sénat en première lecture

ANNEXE B

RAPPORT DÉCRIVANT LES PRÉVISIONS DE RECETTES ET LES OBJECTIFS DE DÉPENSES PAR BRANCHE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU RÉGIME GÉNÉRAL, LES PRÉVISIONS DE RECETTES ET DE DÉPENSES DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES RÉGIMES AINSI QUE L'OBJECTIF NATIONAL DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE POUR LES QUATRE ANNÉES À VENIR

La présente annexe décrit l'évolution des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse pour la période 2021-2024.

Par rapport aux prévisions du PLFSS pour 2020, le solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est dégradé de manière soudaine et dans des proportions jamais atteintes à la suite du choc d'une ampleur inédite qu'a subi l'économie française du fait de la crise sanitaire liée à l'épidémie de covid-19.

En conséquence de cette situation macroéconomique exceptionnelle, la dégradation durable de la trajectoire pluriannuelle ne permet plus d'envisager un retour à l'équilibre à l'horizon 2024 (I). Cette trajectoire tient compte d'un surcroît important de dépenses de la branche Maladie, que celles-ci soient ponctuelles pour faire face à la crise sanitaire, ou structurelles pour rénover le système de soins (II). Dans ce contexte particulier, les branches Vieillesse et surtout maladie seraient dans une situation de déficits élevés et globalement stables durant les années à venir, alors que la branche Famille et la branche Accidents du travail et maladies professionnelles dégageront des excédents dès 2021 à la faveur de la reprise économique anticipée. La nouvelle branche Autonomie, créée par la loi relative à la dette sociale et à l'autonomie présenterait une situation financière pluriannuelle globalement équilibrée avant prise en compte de l'effet démographique et mesures nouvelles (III).

I. – Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 tire les conséquences de la dégradation exceptionnelle de la situation économique en 2020 et de son rebond marqué en 2021

Pour 2021, le Gouvernement retient des hypothèses de croissance du PIB de 8,0 % en volume (après -10,0 % en 2020) et de 6,5 % de la masse salariale du secteur privé (et 6,8 % de la masse salariale privée soumise à cotisations après -7,9 % en 2020) ainsi qu'une hypothèse d'inflation hors tabac (0,6 %) en très légère progression par rapport à l'année précédente. Ce fort rebond d'activité interviendrait après un choc exceptionnel en 2020 mais serait insuffisant pour retrouver le niveau d'activité observé en 2019 (qui serait

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

2,7 % supérieur).

Pour les années 2022 à 2024, le Gouvernement retient un scénario de poursuite de la reprise économique, avec une croissance soutenue et en légère décélération sur l'ensemble de la trajectoire. L'inflation augmenterait progressivement avec un effet à la hausse sur les salaires nominaux malgré le ralentissement de la croissance de la masse salariale.

Dans le contexte de forte incertitude macroéconomique, lié aux aléas entourant l'évolution de la situation sanitaire aux échelles nationales et internationales, le Haut Conseil des finances publiques a rendu le 21 septembre 2020 un avis sur ces prévisions macroéconomiques dans lequel il estime le niveau d'activité anticipé pour 2021 atteignable. Il estime que le niveau ainsi que les prévisions d'inflation, d'emploi et de masse salariale retenues par le Gouvernement sont cohérentes avec les informations disponibles et plausibles.

Le tableau ci-dessous détaille les principaux éléments retenus pour l'élaboration des prévisions de recettes et objectifs de dépenses décrits dans la présente annexe :

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
	0	0	20	2	2	2	2
	1	1	20	2	2	2	2
	8	9	20	1	2	3	4
PIB en volume.....	1,7	1,5	10,0	8,0	3,5	2,0	1,4
	%	%	%	%	%	%	%
Masse salariale privée.....	3,5	3,2	-7,9	6,8	4,7	3,7	3,4
	%	%	%	%	%	%	%
Inflation hors tabac....	1,6	0,9	0,2	0,6	1,0	1,4	1,8
	%	%	%	%	%	%	%
ONDAM.....	2,2	2,6	7,6	3,5	1,1	2,4	2,3
	%	%	%	%	%	%	%
ONDAM hors covid..	2,2	2,6	3,2	6,0	3,1	2,4	2,3
	%	%	%	%	%	%	%

Affectés par les mesures d'urgence prises fin 2018 et une conjoncture économique moins favorable qu'anticipé initialement, les déficits du régime général et des régimes obligatoires de base en 2019 ont été légèrement plus dégradés que l'année précédente, mais meilleurs que prévus en LFSS 2020 avec une bonne tenue des recettes. Cette situation financière à fin 2019, proche de l'équilibre, est brutalement remise en cause par les effets de la crise sanitaire.

En 2020, la chute d'activité conduirait à une dégradation inédite de près de 45 milliards d'euros des soldes sociaux par rapport à 2019, le régime général

Texte adopté par le Sénat en première lecture

2,7 % supérieur).

Pour les années 2022 à 2024, le Gouvernement retient un scénario de poursuite de la reprise économique, avec une croissance soutenue et en légère décélération sur l'ensemble de la trajectoire. L'inflation augmenterait progressivement avec un effet à la hausse sur les salaires nominaux malgré le ralentissement de la croissance de la masse salariale.

Dans le contexte de forte incertitude macroéconomique, lié aux aléas entourant l'évolution de la situation sanitaire aux échelles nationales et internationales, le Haut Conseil des finances publiques a rendu le 21 septembre 2020 un avis sur ces prévisions macroéconomiques dans lequel il estime le niveau d'activité anticipé pour 2021 atteignable. Il estime que le niveau ainsi que les prévisions d'inflation, d'emploi et de masse salariale retenues par le Gouvernement sont cohérentes avec les informations disponibles et plausibles.

Le tableau ci-dessous détaille les principaux éléments retenus pour l'élaboration des prévisions de recettes et objectifs de dépenses décrits dans la présente annexe :

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
	0	0	20	2	2	2	2
	1	1	20	2	2	2	2
	8	9	20	1	2	3	4
PIB en volume.....	1,7	1,5	10,0	8,0	3,5	2,0	1,4
	%	%	%	%	%	%	%
Masse salariale privée.....	3,5	3,2	-7,9	6,8	4,7	3,7	3,4
	%	%	%	%	%	%	%
Inflation hors tabac....	1,6	0,9	0,2	0,6	1,0	1,4	1,8
	%	%	%	%	%	%	%
ONDAM.....	2,2	2,6	7,6	3,5	1,1	2,4	2,3
	%	%	%	%	%	%	%
ONDAM hors covid..	2,2	2,6	3,2	6,0	3,1	2,4	2,3
	%	%	%	%	%	%	%

Affectés par les mesures d'urgence prises fin 2018 et une conjoncture économique moins favorable qu'anticipé initialement, les déficits du régime général et des régimes obligatoires de base en 2019 ont été légèrement plus dégradés que l'année précédente, mais meilleurs que prévus en LFSS 2020 avec une bonne tenue des recettes. Cette situation financière à fin 2019, proche de l'équilibre, est brutalement remise en cause par les effets de la crise sanitaire.

En 2020, la chute d'activité conduirait à une dégradation inédite de près de 45 milliards d'euros des soldes sociaux par rapport à 2019, le régime général

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

portant l'essentiel de cette dégradation, avec un déficit prévisionnel de 41,2 milliards d'euros. Le déficit prévisionnel du régime général et du FSV s'élèverait à 44,4 milliards d'euros en 2020, un niveau très supérieur à celui de 2010 (-28 milliards d'euros) jusqu'ici le plus élevé depuis l'instauration des lois de financement de la sécurité sociale. La branche Maladie aurait à supporter la dégradation la plus forte, puisque son déficit s'établirait à 29,8 milliards d'euros qui, en euros courants, dépasserait à lui seul le déficit de l'ensemble de la sécurité sociale constaté 2010, à la suite de la crise financière. Toutes les branches, à l'exception de la nouvelle branche Autonomie, seraient en déficit, y compris la branche Accidents du travail et maladies professionnelles.

Dans ce contexte, le retour à l'équilibre global du régime général ne serait pas atteint à l'horizon 2024 (-21,3 milliards d'euros), le rebond anticipé ne permettant pas de combler la dégradation observée en 2020. À cet horizon, le déficit du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) serait de 0,8 milliard d'euros et le déficit consolidé régime général et du FSV atteindrait ainsi 22,1 milliards d'euros. De même, les comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement seraient durablement déficitaires, la trajectoire plus dégradée de la CNRACL affectant la situation sur le périmètre de l'ensemble des régimes obligatoires de base. En 2024, le déficit global pour l'ensemble des régimes obligatoires atteindrait 21,2 milliards d'euros.

La trajectoire présentée dans cette annexe repose, à titre conservatoire, sur une convention « hors mesures nouvelles » en économies ou en dépenses, ainsi que le prévoit la loi organique.

De la même manière, la trajectoire d'ONDAM prolonge, dans l'attente des travaux à venir notamment confiés au Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), celle de la dernière loi de programmation des finances publiques à partir de 2022, soit 2,4 % « hors covid ».

Texte adopté par le Sénat en première lecture

portant l'essentiel de cette dégradation, avec un déficit prévisionnel de 41,2 milliards d'euros. Le déficit prévisionnel du régime général et du FSV s'élèverait à 44,4 milliards d'euros en 2020, un niveau très supérieur à celui de 2010 (-28 milliards d'euros) jusqu'ici le plus élevé depuis l'instauration des lois de financement de la sécurité sociale. La branche Maladie aurait à supporter la dégradation la plus forte, puisque son déficit s'établirait à 29,8 milliards d'euros qui, en euros courants, dépasserait à lui seul le déficit de l'ensemble de la sécurité sociale constaté 2010, à la suite de la crise financière. Toutes les branches, à l'exception de la nouvelle branche Autonomie, seraient en déficit, y compris la branche Accidents du travail et maladies professionnelles.

Dans ce contexte, le retour à l'équilibre global du régime général ne serait pas atteint à l'horizon 2024 (-21,3 milliards d'euros), le rebond anticipé ne permettant pas de combler la dégradation observée en 2020. À cet horizon, le déficit du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) serait de 0,8 milliard d'euros et le déficit consolidé régime général et du FSV atteindrait ainsi 22,1 milliards d'euros. De même, les comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement seraient durablement déficitaires, la trajectoire plus dégradée de la CNRACL affectant la situation sur le périmètre de l'ensemble des régimes obligatoires de base. En 2024, le déficit global pour l'ensemble des régimes obligatoires atteindrait 21,2 milliards d'euros.

La trajectoire présentée dans cette annexe repose, à titre conservatoire, sur une convention « hors mesures nouvelles » en économies ou en dépenses, ainsi que le prévoit la loi organique.

De la même manière, la trajectoire d'ONDAM prolonge, dans l'attente des travaux à venir notamment confiés au Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), celle de la dernière loi de programmation des finances publiques à partir de 2022, soit 2,4 % « hors covid ».

Pour autant, il est indispensable d'amorcer un retour à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale dès que la situation économique le permettra. À cette fin, il convient d'assurer la stabilité des ressources de la sécurité sociale en garantissant le respect du principe de compensation de toute mesure diminuant les recettes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), du Fonds de réserve pour les retraites (FRR) ou des organismes finançant et gérant des dépenses relevant de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Il faudra également maîtriser la croissance des dépenses de ces organismes, ce qui passera par des réformes structurelles, notamment en matière de retraites.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

~~Dans le cadre du rapport économique, social et financier annexé au PLF 2021, le Gouvernement a affiché sa détermination à s'inscrire dans une trajectoire qui permettra de stabiliser le ratio d'endettement public à horizon 2025 autour de 117 % puis d'amorcer sa décade, afin notamment d'assurer la pérennité du financement de la protection sociale.~~

II. – La trajectoire financière tient compte des conséquences de la dégradation marquée des recettes de la sécurité sociale en 2020, ainsi que de dépenses nouvelles d'assurance maladie pour répondre de manière exceptionnelle à la crise et adapter structurellement le système de santé

Comme lors de la crise économique et financière de 2008, la sécurité sociale a joué un rôle majeur d'amortisseur économique et social, tant en matière de prélèvements, que de dépenses. Majoritairement proportionnelles au niveau d'activité, les premières se sont fortement contractées alors que les secondes se sont maintenues s'agissant des prestations retraites et famille et ont fortement progressé sur la branche Maladie pour permettre des prises en charge à 100 % d'actes médicaux et le versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail, même pour des personnes non malades (arrêts de travail pour garde d'enfants ou personnes vulnérables).

La diminution de l'activité économique s'est traduite par une baisse massive des prélèvements sociaux et des recettes fiscales perçus par la sécurité sociale en 2020. En effet, les ressources de la sécurité sociale proviennent pour une large part des revenus d'activité, qui ont beaucoup souffert de la crise. En outre, la crise sanitaire, les mesures prises pour l'endiguer et le ralentissement marqué de l'activité économique ont conduit de nombreuses entreprises à placer leurs salariés en activité partielle, dont l'indemnité est exonérée de cotisations sociales et soumise, comme les allocations chômage et en tant que revenu de remplacement, à un taux de CSG réduit. Ainsi, le recours à l'activité partielle, massif au cours du deuxième trimestre et encore élevé au cours des mois suivants, associé aux pertes d'emploi consécutives à la crise, a entraîné une forte baisse de la masse salariale privée (estimé à -7,9 % sur l'année) et, par conséquent, des recettes de cotisations et de la CSG.

Pour préserver l'activité économique et l'emploi, le Gouvernement a mis en place un ensemble de mesures pour soutenir les entreprises et les travailleurs indépendants, qui incluent des dispositifs d'exonérations et d'aide au paiement en faveur des secteurs les plus touchés par la crise. Ces dispositifs, estimés à 5,2 milliards d'euros, seront compensés par l'État et n'impactent donc pas les recettes de la sécurité sociale.

Ainsi, au total, les recettes du régime général et du FSV diminueraient de 5 % en 2020, soit 20 milliards d'euros, les fortes baisses sur les revenus d'activité étant quelque peu compensées par l'augmentation des recettes sur les revenus de

Texte adopté par le Sénat en première lecture

(Alinéa supprimé)

II. – La trajectoire financière tient compte des conséquences de la dégradation marquée des recettes de la sécurité sociale en 2020, ainsi que de dépenses nouvelles d'assurance maladie pour répondre de manière exceptionnelle à la crise et adapter structurellement le système de santé

Comme lors de la crise économique et financière de 2008, la sécurité sociale a joué un rôle majeur d'amortisseur économique et social, tant en matière de prélèvements, que de dépenses. Majoritairement proportionnelles au niveau d'activité, les premières se sont fortement contractées alors que les secondes se sont maintenues s'agissant des prestations retraites et famille et ont fortement progressé sur la branche Maladie pour permettre des prises en charge à 100 % d'actes médicaux et le versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail, même pour des personnes non malades (arrêts de travail pour garde d'enfants ou personnes vulnérables).

La diminution de l'activité économique s'est traduite par une baisse massive des prélèvements sociaux et des recettes fiscales perçus par la sécurité sociale en 2020. En effet, les ressources de la sécurité sociale proviennent pour une large part des revenus d'activité, qui ont beaucoup souffert de la crise. En outre, la crise sanitaire, les mesures prises pour l'endiguer et le ralentissement marqué de l'activité économique ont conduit de nombreuses entreprises à placer leurs salariés en activité partielle, dont l'indemnité est exonérée de cotisations sociales et soumise, comme les allocations chômage et en tant que revenu de remplacement, à un taux de CSG réduit. Ainsi, le recours à l'activité partielle, massif au cours du deuxième trimestre et encore élevé au cours des mois suivants, associé aux pertes d'emploi consécutives à la crise, a entraîné une forte baisse de la masse salariale privée (estimé à -7,9 % sur l'année) et, par conséquent, des recettes de cotisations et de la CSG.

Pour préserver l'activité économique et l'emploi, le Gouvernement a mis en place un ensemble de mesures pour soutenir les entreprises et les travailleurs indépendants, qui incluent des dispositifs d'exonérations et d'aide au paiement en faveur des secteurs les plus touchés par la crise. Ces dispositifs, estimés à 5,2 milliards d'euros, seront compensés par l'État et n'impactent donc pas les recettes de la sécurité sociale.

Ainsi, au total, les recettes du régime général et du FSV diminueraient de 5 % en 2020, soit 20 milliards d'euros, les fortes baisses sur les revenus d'activité étant quelque peu compensées par l'augmentation des recettes sur les revenus de

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

remplacement (augmentation des indemnités journalières) et par le versement à la CNAV de la soulte des industries électriques et gazières gérée par le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) décidée par la loi dette sociale et autonomie du 7 août pour un montant de 5 milliards d'euros.

En 2021, les recettes connaîtraient un fort rebond sous l'effet de la reprise économique, soutenue par le plan de relance. Les cotisations sociales du secteur privé et la CSG augmenteraient fortement, tirées par le dynamisme de la masse salariale privée (+6,5 %, soit +6,8 % pour la masse salariale privée soumise à cotisations). Au total, les recettes du régime général et du FSV rebondiraient de 7 %. Elles retrouveraient un niveau supérieur de 2 % à celui de 2019 mais resteraient durablement et substantiellement plus faibles que le niveau prévu avant la crise.

S'agissant des dépenses, leur évolution entre 2019 et 2020 est conforme à ce qui était prévu en LFSS 2020 pour les branches Famille, Accidents du travail et maladies professionnelles et Vieillesse. En revanche, les dépenses de la branche Maladie ont été très fortement impactées par la crise sanitaire et leur dynamisme va se poursuivre au-delà de la période de crise compte tenu des décisions plus structurelles décidées dans le cadre du Ségur de la santé pour répondre aux enjeux de bon fonctionnement et de modernisation du système de santé. Le PLFSS 2021 prévoit de majorer l'ONDAM 2020 de 10,1 milliards d'euros, soit une progression de +7,6 % par rapport à 2019. Le niveau de l'ONDAM en 2020 s'élève ainsi à 215,7 milliards d'euros (au lieu de 205,6 milliards d'euros prévus en LFSS 2020).

En 2021, en prenant en compte les seuls effets structurels de déploiement des mesures du Ségur de la santé, l'ONDAM progressera de 6 %. En intégrant une nouvelle provision au titre de la gestion de crise covid, les dépenses de l'ONDAM 2021 sont estimées à 224,6 milliards d'euros. Cet objectif de dépenses englobe 4 milliards d'euros de mesures de régulation par rapport à la progression tendancielle. Une contribution exceptionnelle des organismes d'assurance maladie complémentaire permettra de prendre en charge une partie des dépenses auxquelles l'assurance maladie obligatoire fait face dans le cadre de la gestion de l'épidémie. Cette contribution, temporaire, est assise sur le chiffre d'affaires en santé des organismes complémentaires. Fixée à un milliard d'euros en 2020 et 500 millions d'euros en 2021, elle pourra être revue en 2021 en fonction de l'évolution de la situation sanitaire et de l'actualisation du niveau des économies constatées par les organismes complémentaires.

La progression de ces dépenses sera maîtrisée dans les projections pluriannuelles, avec des progressions proches ou moindres que celles de l'activité à compter de 2022, hormis pour les prestations vieillesse, tirées par la reprise modérée de l'inflation.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

remplacement (augmentation des indemnités journalières) et par le versement à la CNAV de la soulte des industries électriques et gazières gérée par le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) décidée par la loi dette sociale et autonomie du 7 août pour un montant de 5 milliards d'euros.

En 2021, les recettes connaîtraient un fort rebond sous l'effet de la reprise économique, soutenue par le plan de relance. Les cotisations sociales du secteur privé et la CSG augmenteraient fortement, tirées par le dynamisme de la masse salariale privée (+6,5 %, soit +6,8 % pour la masse salariale privée soumise à cotisations). Au total, les recettes du régime général et du FSV rebondiraient de 7 %. Elles retrouveraient un niveau supérieur de 2 % à celui de 2019 mais resteraient durablement et substantiellement plus faibles que le niveau prévu avant la crise.

S'agissant des dépenses, leur évolution entre 2019 et 2020 est conforme à ce qui était prévu en LFSS 2020 pour les branches Famille, Accidents du travail et maladies professionnelles et Vieillesse. En revanche, les dépenses de la branche Maladie ont été très fortement impactées par la crise sanitaire et leur dynamisme va se poursuivre au-delà de la période de crise compte tenu des décisions plus structurelles décidées dans le cadre du Ségur de la santé pour répondre aux enjeux de bon fonctionnement et de modernisation du système de santé. Le PLFSS 2021 prévoit de majorer l'ONDAM 2020 de 10,1 milliards d'euros, soit une progression de +7,6 % par rapport à 2019. Le niveau de l'ONDAM en 2020 s'élève ainsi à 215,7 milliards d'euros (au lieu de 205,6 milliards d'euros prévus en LFSS 2020).

En 2021, en prenant en compte les seuls effets structurels de déploiement des mesures du Ségur de la santé, l'ONDAM progressera de 6 %. En intégrant une nouvelle provision au titre de la gestion de crise covid, les dépenses de l'ONDAM 2021 sont estimées à 224,6 milliards d'euros. Cet objectif de dépenses englobe 4 milliards d'euros de mesures de régulation par rapport à la progression tendancielle. Une contribution exceptionnelle des organismes d'assurance maladie complémentaire permettra de prendre en charge une partie des dépenses auxquelles l'assurance maladie obligatoire fait face dans le cadre de la gestion de l'épidémie. Cette contribution, temporaire, est assise sur le chiffre d'affaires en santé des organismes complémentaires. Fixée à un milliard d'euros en 2020 et 500 millions d'euros en 2021, elle pourra être revue en 2021 en fonction de l'évolution de la situation sanitaire et de l'actualisation du niveau des économies constatées par les organismes complémentaires.

La progression de ces dépenses sera maîtrisée dans les projections pluriannuelles, avec des progressions proches ou moindres que celles de l'activité à compter de 2022, hormis pour les prestations vieillesse, tirées par la reprise modérée de l'inflation.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

III. – D'ici 2024, les branches du régime général connaîtraient des évolutions très différenciées, marquées par les effets de la crise

La branche Maladie connaîtra une évolution structurante en 2021 du fait de la création de la branche Autonomie qui sera notamment en charge de dépenses de prestations dont elle assurait jusqu'à présent le financement. De ce fait, le périmètre des dépenses de la branche se réduira de 25,9 milliards d'euros à ce titre, soit d'environ 10 %. Dans une moindre mesure, les dépenses s'accroîtront de 0,3 milliard d'euros sous l'effet du transfert du financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), compensée par l'affectation d'une fraction de TVA.

Après la forte évolution de la structure du financement de l'assurance maladie en 2019 du fait de la suppression de 6 points de cotisations d'assurance maladie sur les rémunérations salariées inférieures à 2,5 SMIC, qui avait conduit à porter la part de la TVA à 28 % des ressources de la branche Maladie, la création de la branche Autonomie en modifie à nouveau la structure. En effet, la branche Autonomie sera affectataire de ressources de CSG pesant sur l'ensemble des assiettes soumises à cette contribution, principalement en provenance de la CNAM. La CSG affectée à la branche Maladie se réduira donc de 25,5 milliards d'euros. De ce fait, la CSG, qui représentait 45 % des ressources de la branche Maladie en 2018, avant qu'une fraction soit affectée à l'assurance chômage, ne pèsera plus que 25 % des recettes totales, soit une part inférieure à celle des cotisations des employeurs et à celle de la TVA.

La trajectoire pluriannuelle de l'ONDAM ~~au-delà~~ de 2022 conserve les hypothèses de progression prévues en LFSS 2020 hors Ségur. Le HCAAM se voit confier une mission pour réfléchir à la refonte de l'ONDAM et aux moyens d'ajustement de la dépense aux besoins de la population et aux enjeux régulation financière.

En termes de recettes, aucune hausse d'impôts ou de cotisations n'étant prévue, la branche Maladie resterait déficitaire de plus de 17 milliards d'euros en 2024, ce qui pose la question de soutenabilité des dépenses et la stratégie de restauration d'une trajectoire de retour à l'équilibre.

La nouvelle branche Autonomie sera affectataire à compter de 2021, outre ses recettes traditionnelles issues de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) et de la contribution additionnelle (CASA) pour 2,8 milliards d'euros, de CSG à hauteur de 1,9 point portant sur l'ensemble des assiettes de la CSG (28 milliards d'euros). À compter de 2024, cette fraction de CSG sera augmentée de 0,15 point supplémentaire (actuellement affecté à la CADES), conformément aux dispositions de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

Au total, ces recettes s'élèveront à 31,2

Texte adopté par le Sénat en première lecture

III. – D'ici 2024, les branches du régime général connaîtraient des évolutions très différenciées, marquées par les effets de la crise

La branche Maladie connaîtra une évolution structurante en 2021 du fait de la création de la branche Autonomie qui sera notamment en charge de dépenses de prestations dont elle assurait jusqu'à présent le financement. De ce fait, le périmètre des dépenses de la branche se réduira de 25,9 milliards d'euros à ce titre, soit d'environ 10 %. Dans une moindre mesure, les dépenses s'accroîtront de 0,3 milliard d'euros sous l'effet du transfert du financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), compensée par l'affectation d'une fraction de TVA.

Après la forte évolution de la structure du financement de l'assurance maladie en 2019 du fait de la suppression de 6 points de cotisations d'assurance maladie sur les rémunérations salariées inférieures à 2,5 SMIC, qui avait conduit à porter la part de la TVA à 28 % des ressources de la branche Maladie, la création de la branche Autonomie en modifie à nouveau la structure. En effet, la branche Autonomie sera affectataire de ressources de CSG pesant sur l'ensemble des assiettes soumises à cette contribution, principalement en provenance de la CNAM. La CSG affectée à la branche Maladie se réduira donc de 25,5 milliards d'euros. De ce fait, la CSG, qui représentait 45 % des ressources de la branche Maladie en 2018, avant qu'une fraction soit affectée à l'assurance chômage, ne pèsera plus que 25 % des recettes totales, soit une part inférieure à celle des cotisations des employeurs et à celle de la TVA.

La trajectoire pluriannuelle de l'ONDAM au-delà de 2022 conserve les hypothèses de progression prévues en LFSS 2020 hors Ségur. Le HCAAM se voit confier une mission pour réfléchir à la refonte de l'ONDAM et aux moyens d'ajustement de la dépense aux besoins de la population et aux enjeux régulation financière.

En termes de recettes, aucune hausse d'impôts ou de cotisations n'étant prévue, la branche Maladie resterait déficitaire de plus de 17 milliards d'euros en 2024, ce qui pose la question de soutenabilité des dépenses et la stratégie de restauration d'une trajectoire de retour à l'équilibre.

La nouvelle branche Autonomie sera affectataire à compter de 2021, outre ses recettes traditionnelles issues de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) et de la contribution additionnelle (CASA) pour 2,8 milliards d'euros, de CSG à hauteur de 1,9 point portant sur l'ensemble des assiettes de la CSG (28 milliards d'euros). À compter de 2024, cette fraction de CSG sera augmentée de 0,15 point supplémentaire (actuellement affecté à la CADES), conformément aux dispositions de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

Au total, ces recettes s'élèveront à 31,2

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

milliards d'euros, soit un niveau identique à celui des dépenses, permettant à la branche de couvrir l'intégralité des besoins de financement des mesures nouvelles, notamment celles liées à la mise en place du Ségur de la santé dans le secteur médico-social (impact de 2,1 milliards d'euros en 2020-2021 au titre des revalorisations salariales et de l'investissement).

La trajectoire en dépenses de la branche Autonomie pour 2022-2024 est conventionnelle et conforme, s'agissant des dépenses pour les établissements et services médico-sociaux, au taux d'ONDAM hors Ségur (2,4 % par an). Elle ne prend pas en compte l'effet démographique ni l'effet des mesures nouvelles qui pourraient être décidées dans la prochaine loi grand âge et autonomie. Elle prévoit toutefois, à compter de 2022, le financement, par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) (0,2 milliard d'euros), aux départements de la PCH parentalité qui entrera en vigueur en 2021. Compte tenu du lien avec la politique familiale et de la situation financière de la branche Famille, la CNSA bénéficie d'un transfert supplémentaire de recettes de la branche Famille à compter de 2022.

Compte tenu du dynamisme des recettes affectées, celles-ci devraient progresser jusqu'à 2023 à un rythme proche de celui des dépenses, permettant un équilibre de la branche Autonomie avant mesures nouvelles. En 2024, elle afficherait un excédent de 2,3 milliards d'euros correspondant à la recette de CSG supplémentaire en provenance de la CADES hors prise en compte de l'effet démographique et de la mise en œuvre d'éventuelles mesures nouvelles.

S'agissant de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles, aucune mesure n'est prévue pour modifier les ressources de la branche en 2021, qui devraient progresser d'un milliard d'euros. Outre la progression de la masse salariale, la branche bénéficiera, de l'effet favorable du Ségur de la santé sur ses recettes de cotisations et contributions sociales, ce qui contribuera à améliorer son solde.

De ce fait, la branche devrait dégager un excédent de 0,5 milliard d'euros en 2021, effaçant son déficit de 0,3 milliard d'euros prévu pour 2020. Cet excédent serait croissant jusqu'en 2024.

La branche Vieillesse du régime général sera à nouveau déficitaire de 7,3 milliards d'euros en 2021, soit un niveau proche de celui de 2020 (-7,8 milliards d'euros). Les recettes, qui reposent presque exclusivement sur les revenus d'activité, progresseraient de 10 % pour s'établir à 108 milliards d'euros sous l'effet du rebond de l'économie. Malgré la progression modérée des dépenses permise par une inflation moindre que prévue sur ces deux exercices, la forte baisse des recettes en 2020 place toutefois leur niveau nettement en dessous de celui des dépenses. En 2021, la branche bénéficiera seulement de l'effet favorable des mesures du Ségur de la santé en termes de revalorisation salariale qui tendront à accroître

Texte adopté par le Sénat en première lecture

milliards d'euros, soit un niveau identique à celui des dépenses, permettant à la branche de couvrir l'intégralité des besoins de financement des mesures nouvelles, notamment celles liées à la mise en place du Ségur de la santé dans le secteur médico-social (impact de 2,1 milliards d'euros en 2020-2021 au titre des revalorisations salariales et de l'investissement).

La trajectoire en dépenses de la branche Autonomie pour 2022-2024 est conventionnelle et conforme, s'agissant des dépenses pour les établissements et services médico-sociaux, au taux d'ONDAM hors Ségur (2,4 % par an). Elle ne prend pas en compte l'effet démographique ni l'effet des mesures nouvelles qui pourraient être décidées dans la prochaine loi grand âge et autonomie. Elle prévoit toutefois, à compter de 2022, le financement, par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) (0,2 milliard d'euros), aux départements de la PCH parentalité qui entrera en vigueur en 2021. Compte tenu du lien avec la politique familiale et de la situation financière de la branche Famille, la CNSA bénéficie d'un transfert supplémentaire de recettes de la branche Famille à compter de 2022.

Compte tenu du dynamisme des recettes affectées, celles-ci devraient progresser jusqu'à 2023 à un rythme proche de celui des dépenses, permettant un équilibre de la branche Autonomie avant mesures nouvelles. En 2024, elle afficherait un excédent de 2,3 milliards d'euros correspondant à la recette de CSG supplémentaire en provenance de la CADES hors prise en compte de l'effet démographique et de la mise en œuvre d'éventuelles mesures nouvelles.

S'agissant de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles, aucune mesure n'est prévue pour modifier les ressources de la branche en 2021, qui devraient progresser d'un milliard d'euros. Outre la progression de la masse salariale, la branche bénéficiera, de l'effet favorable du Ségur de la santé sur ses recettes de cotisations et contributions sociales, ce qui contribuera à améliorer son solde.

De ce fait, la branche devrait dégager un excédent de 0,5 milliard d'euros en 2021, effaçant son déficit de 0,3 milliard d'euros prévu pour 2020. Cet excédent serait croissant jusqu'en 2024.

La branche Vieillesse du régime général sera à nouveau déficitaire de 7,3 milliards d'euros en 2021, soit un niveau proche de celui de 2020 (-7,8 milliards d'euros). Les recettes, qui reposent presque exclusivement sur les revenus d'activité, progresseraient de 10 % pour s'établir à 108 milliards d'euros sous l'effet du rebond de l'économie. Malgré la progression modérée des dépenses permise par une inflation moindre que prévue sur ces deux exercices, la forte baisse des recettes en 2020 place toutefois leur niveau nettement en dessous de celui des dépenses. En 2021, la branche bénéficiera seulement de l'effet favorable des mesures du Ségur de la santé en termes de revalorisation salariale qui tendront à accroître

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

le niveau des cotisations.

Jusqu'en 2024, les dépenses continueraient de croître à un rythme supérieur à celui des recettes, notamment du fait de la plus forte inflation à compter de 2022, conduisant à un déficit de 9,3 milliards d'euros à cet horizon pour le régime général et 10,6 milliards d'euros sur le périmètre tous régimes et FSV. Si des mesures étaient décidées dans le cadre des concertations sur la réforme des retraites, elles devront permettre de réduire ces déficits.

La branche Famille transférera en 2021 le financement de l'allocation d'éducation d'un enfant handicapé (AEEH) à la nouvelle branche Autonomie, ce qui réduira de 1,2 milliard d'euros le périmètre de ses dépenses et de ses recettes (réduction de la taxe sur les salaires qui lui est affectée au profit de la CNAM, laquelle affecte une part équivalente de CSG à la CNSA). À compter de 2022, un nouveau transfert de recettes au profit de la branche Autonomie interviendra pour financer le coût de la PCH parentalité.

Les recettes de la branche Famille progresseraient de 7 % en 2021 du fait de la reprise économique. La branche bénéficierait aussi pour 0,2 milliard d'euros de l'effet favorable des mesures du Ségur de la santé sur l'assiette des cotisations et contributions qui lui sont affectées.

Les dépenses modérées par la faible inflation seraient néanmoins tirées à la hausse par la réforme du congé paternité (0,2 milliard d'euros en 2021 et 0,4 milliard d'euros à compter de 2022 en ce qui concerne la branche Famille). Sous l'effet de cette faible progression globale la branche renouerait avec un excédent dès 2021 (1,1 milliard d'euros), qui tendrait à s'accroître jusqu'en 2024.

Prévisions des recettes, dépenses et soldes du régime général, de l'ensemble des régimes de base et du FSV

Recettes, dépenses et soldes du régime général

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020(p)	2021(p)	2022(p)	2023(p)	2024(p)
Maladie							
Recettes	210,8	215,2	204,8	197,9	201,3	206,8	211,8
Dépenses	211,5	216,6	237,0	217,6	219,5	224,4	229,2
Solde	-0,7	-1,5	32,2	19,7	18,2	17,6	17,4
Accidents du travail et maladies professionnelles							
Recettes	12,7	13,2	12,1	13,2	13,8	14,3	14,8
Dépenses	12,0	12,2	12,4	12,7	12,7	12,9	13,1
Solde	0,7	1,0	-0,3	0,5	1,1	1,4	1,7

Texte adopté par le Sénat en première lecture

le niveau des cotisations.

Jusqu'en 2024, les dépenses continueraient de croître à un rythme supérieur à celui des recettes, notamment du fait de la plus forte inflation à compter de 2022, conduisant à un déficit de 9,3 milliards d'euros à cet horizon pour le régime général et 10,6 milliards d'euros sur le périmètre tous régimes et FSV. Si des mesures étaient décidées dans le cadre des concertations sur la réforme des retraites, elles devront permettre de réduire ces déficits.

La branche Famille transférera en 2021 le financement de l'allocation d'éducation d'un enfant handicapé (AEEH) à la nouvelle branche Autonomie, ce qui réduira de 1,2 milliard d'euros le périmètre de ses dépenses et de ses recettes (réduction de la taxe sur les salaires qui lui est affectée au profit de la CNAM, laquelle affecte une part équivalente de CSG à la CNSA). À compter de 2022, un nouveau transfert de recettes au profit de la branche Autonomie interviendra pour financer le coût de la PCH parentalité.

Les recettes de la branche Famille progresseraient de 7 % en 2021 du fait de la reprise économique. La branche bénéficierait aussi pour 0,2 milliard d'euros de l'effet favorable des mesures du Ségur de la santé sur l'assiette des cotisations et contributions qui lui sont affectées.

Les dépenses modérées par la faible inflation seraient néanmoins tirées à la hausse par la réforme du congé paternité (0,2 milliard d'euros en 2021 et 0,4 milliard d'euros à compter de 2022 en ce qui concerne la branche Famille). Sous l'effet de cette faible progression globale, la branche renouerait avec un excédent dès 2021 (1,1 milliard d'euros), qui tendrait à s'accroître jusqu'en 2024.

Prévisions des recettes, dépenses et soldes du régime général, de l'ensemble des régimes de base et du FSV

Recettes, dépenses et soldes du régime général

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020(p)	2021(p)	2022(p)	2023(p)	2024(p)
Maladie							
Recettes	210,8	215,2	204,1	197,9	201,3	206,8	211,8
Dépenses	211,5	216,6	237,8	217,6	219,5	224,4	229,2
Solde	-0,7	-1,5	33,7	19,7	18,2	17,6	17,4
Accidents du travail et maladies professionnelles							
Recettes	12,7	13,2	12,0	13,2	13,8	14,3	14,8
Dépenses	12,0	12,2	12,4	12,7	12,7	12,9	13,1
Solde	0,7	1,0	-0,4	0,5	1,1	1,4	1,7

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Famille							
Recettes	50,4	51,4	47,2	50,5	51,3	52,8	54,2
Dépenses	49,9	49,9	50,4	49,3	49,7	50,2	50,8
Solde	0,5	1,5	-3,2	1,1	1,6	2,6	3,4
Vieillesse							
Recettes	133,8	135,7	132,8	137,6	141,4	145,7	149,8
Dépenses	133,6	137,1	140,6	144,7	148,7	153,5	159,0
Solde	0,2	-1,4	-7,8	-7,2	-7,3	-7,8	-9,2
Autonomie							
Recettes				31,3	32,2	33,2	36,6
Dépenses				31,6	32,7	33,6	34,5
Solde				-0,3	-0,5	-0,3	2,1
Régime général consolidé							
Recettes	394,6	402,4	383,9	416,5	425,7	438,2	452,4
Dépenses	394,1	402,8	427,3	442,0	449,0	460,0	471,8
Solde	0,5	-0,4	43,5	25,4	23,3	21,7	19,4

Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020(p)	2021(p)	2022(p)	2023(p)	2024(p)
Maladie							
Recettes	212,3	216,6	206,3	199,4	202,8	208,3	213,4
Dépenses	213,1	218,1	238,5	219,1	221,0	225,9	230,8
Solde	-0,8	-1,5	32,2	19,7	18,2	17,6	17,4
Accidents du travail et maladies professionnelles							
Recettes	14,1	14,7	13,6	14,8	15,4	15,8	16,3
Dépenses	13,4	13,6	13,9	14,1	14,2	14,3	14,5
Solde	0,7	1,1	-0,2	0,6	1,2	1,5	1,8
Famille							
Recettes	50,4	51,4	47,2	50,5	51,3	52,8	54,2
Dépenses	49,9	49,9	50,4	49,3	49,7	50,2	50,8
Solde	0,5	1,5	-3,2	1,1	1,6	2,6	3,4
Vieillesse							
Recettes	236,6	240,0	237,4	245,5	249,4	254,8	260,7
Dépenses	236,7	241,3	247,0	251,9	257,0	263,6	271,4

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Famille							
Recettes	50,4	51,4	46,9	50,5	51,3	52,8	54,2
Dépenses	49,9	49,9	50,4	49,3	49,7	50,2	50,8
Solde	0,5	1,5	-3,5	1,1	1,6	2,6	3,4
Vieillesse							
Recettes	133,8	135,7	132,0	137,6	141,4	145,7	149,8
Dépenses	133,6	137,1	140,6	144,7	148,7	153,5	159,0
Solde	0,2	-1,4	-8,6	-7,2	-7,3	-7,8	-9,2
Autonomie							
Recettes				31,3	32,2	33,2	36,6
Dépenses				31,6	32,7	33,6	34,5
Solde				-0,3	-0,5	-0,3	2,1
Régime général consolidé							
Recettes	394,6	402,4	382,0	416,5	425,7	438,2	452,4
Dépenses	394,1	402,8	428,1	442,0	449,0	460,0	471,8
Solde	0,5	-0,4	46,1	25,4	23,3	21,7	19,4

Amdt n° 1072

Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020(p)	2021(p)	2022(p)	2023(p)	2024(p)
Maladie							
Recettes	212,3	216,6	205,6	199,4	202,8	208,3	213,4
Dépenses	213,1	218,1	239,3	219,1	221,0	225,9	230,8
Solde	-0,8	-1,5	33,7	19,7	18,2	17,6	17,4
Accidents du travail et maladies professionnelles							
Recettes	14,1	14,7	13,5	14,8	15,4	15,8	16,3
Dépenses	13,4	13,6	13,9	14,1	14,2	14,3	14,5
Solde	0,7	1,1	-0,4	0,6	1,2	1,5	1,8
Famille							
Recettes	50,4	51,4	46,9	50,5	51,3	52,8	54,2
Dépenses	49,9	49,9	50,4	49,3	49,7	50,2	50,8
Solde	0,5	1,5	-3,5	1,1	1,6	2,6	3,4
Vieillesse							
Recettes	236,6	240,0	236,6	245,5	249,4	254,8	260,7
Dépenses	236,7	241,3	247,0	251,9	257,0	263,6	271,4

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Solde	-0,1	-1,3	-9,5	-6,4	-7,6	-8,8	- 10,7
Autonomie							
Recettes				31,3	32,2	33,2	36,6
Dépenses				31,6	32,7	33,6	34,5
Solde				-0,3	-0,5	-0,3	2,1
Régimes obligatoires de base consolidés							
Recettes	499,9	509,1	491,0	527,4	536,7	550,4	566,4
Dépenses	499,5	509,3	536,4	552,0	560,2	573,0	587,1
Solde	0,3	-0,2	45,2	24,6	23,4	22,6	20,8

Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

Recettes	17,2	17,2	16,5	16,7	17,3	17,9	18,5
Dépenses	19,0	18,8	19,7	19,2	19,0	19,4	19,3
Solde	-1,8	-1,6	-3,2	-2,4	-1,7	-1,2	-0,8

Recettes, dépenses et soldes du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

Recettes	394,6	402,6	382,4	415,8	425,8	438,8	453,4
Dépenses	395,8	404,5	429,0	443,7	450,7	461,7	473,5
Solde	-1,2	-1,9	46,6	27,9	25,0	22,9	20,2

Recettes, dépenses et soldes des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

Recettes	498,6	508,0	488,2	525,4	535,6	549,7	566,4
Dépenses	500,0	509,7	536,6	552,4	560,7	573,5	587,6

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Solde	-0,1	-1,3	- 10,3	-6,4	-7,6	-8,8	- 10,7
Autonomie							
Recettes				31,3	32,2	33,2	36,6
Dépenses				31,6	32,7	33,6	34,5
Solde				-0,3	-0,5	-0,3	2,1
Régimes obligatoires de base consolidés							
Recettes	499,9	509,1	489,1	527,4	536,7	550,4	566,4
Dépenses	499,5	509,3	536,9	552,0	560,2	573,0	587,1
Solde	0,3	-0,2	47,8	24,6	23,4	22,6	20,8

Amdt n° 1072

Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	<u>201</u> <u>8</u>	<u>201</u> <u>9</u>	<u>202</u> <u>0(p)</u>	<u>202</u> <u>1(p)</u>	<u>202</u> <u>2(p)</u>	<u>202</u> <u>3(p)</u>	<u>202</u> <u>4(p)</u>
Recettes	17,2	17,2	16,7	16,7	17,3	17,9	18,5
Dépenses	19,0	18,8	19,7	19,2	19,0	19,4	19,3
Solde	-1,8	-1,6	-2,9	-2,4	-1,7	-1,2	-0,8

Amdt n° 1072

Recettes, dépenses et soldes du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	<u>201</u> <u>8</u>	<u>201</u> <u>9</u>	<u>202</u> <u>0(p)</u>	<u>202</u> <u>1(p)</u>	<u>202</u> <u>2(p)</u>	<u>202</u> <u>3(p)</u>	<u>202</u> <u>4(p)</u>
Recettes	394,6	402,6	380,8	415,8	425,8	438,8	453,4
Dépenses	395,8	404,5	429,8	443,7	450,7	461,7	473,5
Solde	-1,2	-1,9	49,0	27,9	25,0	22,9	20,2

Amdt n° 1072

Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	<u>201</u> <u>8</u>	<u>201</u> <u>9</u>	<u>202</u> <u>0(p)</u>	<u>202</u> <u>1(p)</u>	<u>202</u> <u>2(p)</u>	<u>202</u> <u>3(p)</u>	<u>202</u> <u>4(p)</u>
--	------------------------	------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Solde	-1,4	-1,7	48,4	27,0	25,1	23,8	21,6
--------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Texte adopté par le Sénat en première lecture

<u>Recettes</u>	<u>498,6</u>	<u>508,0</u>	<u>486,7</u>	<u>525,4</u>	<u>535,6</u>	<u>549,7</u>	<u>566,1</u>
<u>Dépenses</u>	<u>500,0</u>	<u>509,7</u>	<u>537,4</u>	<u>552,4</u>	<u>560,7</u>	<u>573,5</u>	<u>587,6</u>
Solde	-1,4	-1,7	50,7	27,0	25,1	23,8	21,6

Amdt n° 1072

ANNEXE C

ÉTAT DES RECETTES, PAR CATÉGORIE ET PAR BRANCHE, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU RÉGIME GÉNÉRAL AINSI QUE DES RECETTES, PAR CATÉGORIE, DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES RÉGIMES

I. – Régimes obligatoires de base

(En milliards d'euros)

	M	V	F	Accident	R	Fon	Régimes
	a	i	a	s du	é	ds	de base
	l	e	l	travail/	g	de	et Fonds
	l		m	maladies	i	solidari	de
	a			profession-	a	té	solidarit
	e			n-elles	m	vieil	é
	d				s	less	vieilles
	i				e	e	e
	s						
	e						
Cotisations effectives	751	421	310	13,7	260	0,0	260,1
Cotisations prises en charge par l'État.....	24	25	07	0,1	57	0,0	5,7
Cotisations fictives d'employeur	04	11	06	0,3	42	0,0	42,4
Contribution sociale généralisée	485	102		0,0	885	16,9	105,5

ANNEXE C

(Conforme)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en
première lecture**

Impôts, taxes et autres contrib utions sociales..	6 5 , 2	2 1 , 1		9 2 , 8	0,0	0,0	94,6
Charges liées au non recouvr ement.....	- 0 , 9	- 1 , 0	- 0 , 1	- 0 , 2	-0,2	-0,2	-2,4
Transfe rts.....	1 , 8	3 , 1	0 , 2	0 , 4	0,1	0,0	10,1
Produit s financie rs.....	0 , 0	0 , 3	0 , 0	0 , 3	0,0	0,0	0,3
Autres produits	7 , 0	0 , 5	0 , 8	0 , 8	0,6	0,0	8,8
Recette s.....	1 9 9 , 5	2 4 5 , 0	5 3 1 , 6	2 3 1 , 9	14,7	16,7	525,0

Texte adopté par le Sénat en première lecture

II. – Régime général

*(En milliards
d'euros)*

	V i e	M i a l l a e i s l e	F a m i l i a l m a l a d i e s	A c c i d e n t s d u t r a v a i l / m a l a d i e s p r o f e s s i o n - n e l l e s	R é g i m e g é n é r a l	F o n d s d e s o l i d a r i t é v i e i l l e s e	R é g i m e s d e b a s e e t F o n d s d e s o l i d a r i t é v i e i l l e s e
Cotisati ons effectiv es	7 4 , 4	8 9 , 7	3 1 , 0	12,7	2 0 , 0	0,0	206,1
Cotisati ons prises en charge par l'État.....	2 , 4	2 , 3	0 , 7	0,1	0 , 0	0,0	5,5

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en
première lecture**

Cotisations fictives d'employeur	0 , 0	0 , 0	0 , 0	0,0	0 , 0	0 , 0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée	4 8 , 4	1 0 , 0	1 2 , 4	0,0	2 8 , 0	8 8 , 5	16,9	105,4
Impôts, taxes et autres contributions sociales..	6 5 , 2	1 6 , 6	5 5 , 5	0,0	2 , 8	9 0 , 1	0,0	90,1
Charges liées au non recouvrement	- 0 , 9	- 0 , 7	- 0 , 1	-0,1	- 0 , 1	- 2 , 0	-0,2	-2,2
Transferts.....	1 , 8	2 , 1	0 , 2	0,0	0 , 4	1 , 7	0,0	2,2
Produits financiers.....	0 , 0	0 , 0	0 , 0	0,0	0 , 0	0 , 0	0,0	0,0
Autres produits..	6 , 7	0 , 3	0 , 8	0,5	0 , 0	8 , 2	0,0	8,2
Recettes s.....	1 9 7 , 9	1 3 7 , 0	5 0 , 4	13,2	3 1 1 , 2	4 1 6 , 2	16,7	415,4

Texte adopté par le Sénat en première lecture

III. – Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives	0,0
Cotisations prises en charge par l'État	0,0
Cotisations fictives d'employeur	0,0
Contribution sociale généralisée.....	16,9
Impôts, taxes et autres contributions sociales.....	0,0
Charges liées au non recouvrement.....	-0,2
Transferts	0,0
Produits financiers.....	0,0
Autres produits	0,0
Recettes	16,7