

**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

---

Ministère des solidarités et de la santé

---

Ministère de l'action et des comptes publics

**AVANT-PROJET DE LOI  
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE  
POUR 2020**

**PREMIÈRE PARTIE :**  
**DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2018**

**Article 1<sup>er</sup>**

**[Approbation des tableaux d'équilibre, de l'ONDAM et des éléments relatifs au FRR, au FSV et à la CADES]**

Au titre de l'exercice 2018, 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	212,3	213,1	-0,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,1	13,4	0,7
Vieillesse	236,4	236,5	-0,1
Famille	50,4	49,9	0,5
Toutes branches (hors transferts entre branches)	499,7	499,3	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	498,4	499,8	-1,4

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	210,8	211,5	-0,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,7	12,0	0,7
Vieillesse	133,8	133,6	0,2
Famille	50,4	49,9	0,5
Toutes branches (hors transferts entre branches)	394,6	394,1	0,5
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	394,6	395,8	-1,2

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	19,0	-1,8

4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 195,2 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 15,4 milliards d'euros.

### **Exposé des motifs**

Le redressement des comptes du régime général s'est poursuivi en 2018 : le déficit du régime général et du fonds de solidarité vieillesse se réduit de -7,8 Md€ en 2016 à -1,2 Md€ en 2018. Cette amélioration des soldes du régime général permet de poursuivre la résorption de la dette sociale, l'amortissement réalisé par la CADES en 2017 étant nettement supérieur au montant du déficit enregistré.

### **Article 2**

#### **[Approbation du rapport annexé sur les excédents ou déficits de l'exercice 2017 et le tableau patrimonial (annexe A)]**

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2018, 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 2018 figurant à l'article 1<sup>er</sup>.

## DEUXIÈME PARTIE

### DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2019

#### Article 3

#### [Correction des affectations de recettes à la sécurité sociale pour l'exercice en cours]

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

1° Le dernier alinéa de l'article L. 131-7 est ainsi modifié :

- La dernière occurrence du mot « et » est supprimée ;

- Après la référence : « L. 241-17 », sont ajoutés les mots : « et au III *bis* de l'article L. 136-8 et aux deux derniers alinéas de l'article L. 137-15 ».

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

a) Le *a* du 3° est complété par les mots : « à l'exception de la contribution mentionnée au III de l'article 136-8 » ;

b) Le *b* du 3° est ainsi modifié :

- Au cinquième alinéa, le taux : « 5,03 % » est remplacé par le taux : « 4,77 % » ;

- Au sixième alinéa, le taux : « 2,25 % » est remplacé par le taux : « 3,2 % » ;

- Au septième alinéa, le taux : « 5,05 % » est remplacé par le taux : « 3,07 % ».

c) Au *e* du 3°, après les mots : « mentionnés au 2° du II », sont insérés les mots : « et du III *bis* » et le taux : « 1,72 % » est remplacé par le taux : « 1,98 % ».

II.- Au dernier alinéa du *b* du III de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « 40 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° » sont remplacés par les mots : « 24 % du produit des contributions visées aux 1° et 3° ».

III.- Le premier alinéa de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable aux pertes de recettes résultant de l'application du III de l'article 2 de la loi n° 2018-1213 du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociales ni aux pertes résultant du II de l'article 14 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

IV.- Les dépenses exposées pour la rémunération des personnes, mentionnées au 1° de l'article 1<sup>er</sup>, à l'article 3 et au premier alinéa de l'article 4 de l'ordonnance n° 2018-359 du 16 mai 2018 fixant les modalités de transfert des personnels administratifs des juridictions mentionnées au 1° du I de l'article 109 de la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI<sup>e</sup> siècle et celles de leur accès aux corps des services judiciaires ou aux corps communs du ministère de la justice, affectées au sein des juridictions compétentes pour connaître du contentieux général et du contentieux technique de la sécurité sociale, demeurent, sous réserve des transferts effectués dans le cadre de la mise en œuvre des lois de finances pour 2019 et 2020, prises en charge jusqu'au 31 décembre 2020 par les

organismes de sécurité sociale dans les conditions fixées par l'article L. 144-5 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction en vigueur antérieurement au 1er janvier 2019.

Il en est de même, jusqu'à la même date, pour les agents contractuels recrutés, au sein des mêmes juridictions, en remplacement des personnels mentionnés à l'alinéa précédent.

### **Exposé des motifs**

Le présent article prend en compte les conséquences de la loi portant mesures d'urgence économiques et sociales (MUES) sur la trajectoire financière de la sécurité sociale fixée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019. Il prévoit que les pertes de recettes résultant de l'avancement au 1<sup>er</sup> janvier 2019 de l'exonération de cotisations sociales des heures supplémentaires et les pertes de recettes liées à la création d'un taux de CSG intermédiaire à 6,6 % ne feront pas l'objet d'une compensation par le budget de l'Etat à la sécurité sociale. Cet article tire également les conséquences de cette non-compensation sur la trajectoire de la sécurité sociale en modifiant les affectations de recettes entre les branches du régime général et avec le fonds de solidarité vieillesse (FSV). Il neutralise ainsi ces effets sur le FSV et procède à des corrections nécessaires à la coordination des textes en vigueur.

En cohérence avec le calendrier de mise en œuvre de la loi de modernisation de la justice du XXI<sup>e</sup> siècle, cet article prévoit également le maintien du financement par les organismes de sécurité sociale de la rémunération des personnels du contentieux général et du contentieux technique de la sécurité sociale jusqu'en 2020.

### **Article 4**

#### **[Clause de sauvegarde médicaments]**

Au premier alinéa du II de l'article 21 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, le nombre : « 1,005 » est remplacé par le nombre : « 1,01 ».

### **Exposé des motifs**

Après plusieurs années de croissance, les ventes de médicaments remboursables en France ont connu une baisse en 2018. Cette plus faible dynamique observée est notamment liée à la baisse du chiffre d'affaires des traitements contre le VHC qui contribue, net de remises, pour 1,1 point à la baisse globale, aux évolutions plus faibles que prévues de certains produits et au faible nombre de produits évalués comme innovants par la commission de la transparence en 2017 comparé aux années précédentes.

Pour ne pas pénaliser l'innovation en France, le Gouvernement a annoncé un ajustement pour 2019 du taux d'évolution du chiffre d'affaires à partir duquel la contribution due par les entreprises du secteur se déclenche et a décidé de relever ce taux de 0,5% à 1%.

### **Article 5**

#### **[Rectification des tableaux d'équilibre 2019]**

I.- Au titre de l'année 2019, 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	215,8	218,8	-3,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,6	13,5	1,2
Vieillesse	239,2	241,5	-2,3
Famille	51,1	50,2	0,8
Toutes branches (hors transferts entre branches)	507,0	510,3	-3,3
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	505,2	510,7	-5,5

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	214,3	217,2	-3,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,2	12,1	1,1
Vieillesse	135,5	137,5	-2,1
Famille	51,1	50,2	0,8
Toutes branches (hors transferts entre branches)	400,9	403,9	-3,1
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	400,2	405,6	-5,4

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	16,6	18,9	-2,3

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 16 milliards d'euros.

## Exposé des motifs

En 2019, les branches maladie, famille, vieillesse, accidents du travail et maladie professionnelles du régime général cumulent un déficit d'un montant de 3,1 Md€. Le déficit du Fonds de solidarité vieillesse augmente de 500 millions d'euros par rapport à 2018 pour atteindre 2,3 Md€.

### Article 6

#### [Rectification de l'ONDAM et des sous ONDAM 2019]

Au titre de l'année 2019, 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	91,4
Dépenses relatives aux établissements de santé	82,6
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,6
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,4
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,5
Autres prises en charge	2,0
Total	200,4

## Exposé des motifs

La progression de l'ONDAM 2019 a été fixée à 2,5% en loi de financement de la sécurité sociale pour 2019. Pour la dixième année consécutive, cet objectif sera respecté, alors même que ce niveau d'ONDAM exige des efforts de tous les acteurs pour ralentir la progression spontanée des dépenses. L'évolution maîtrisée des dépenses de soins de ville permet de majorer de 130 millions d'euros la contribution de l'assurance maladie au secteur des établissements et services pour les personnes âgées, dans le cadre d'un objectif de dépenses d'assurance maladie maintenu à 200,4 Md€ en 2019.

## TROISIÈME PARTIE

### DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET A L'EQUILIBRE DE LA SECURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2020

#### TITRE I : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE

##### CHAPITRE I : FAVORISER LE SOUTIEN À L'ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE ET AUX ACTIFS

#### Article 7

#### **[Reconduction du versement d'une prime exceptionnelle exonérée de contributions et de cotisations sociales]**

I.- 1° Bénéficie de l'exonération prévue au V du présent article la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat attribuée conformément aux conditions prévues aux II et III à leurs salariés ou à leurs agents par les entreprises ou établissements mettant en œuvre un accord d'intéressement, en application du chapitre 2 du titre I du livre III de la troisième partie du code du travail, à la date de versement de ladite prime. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 3312-5 du code de travail, les accords d'intéressement conclus entre le 1er janvier 2020 et le 30 juin 2020, peuvent porter sur une durée inférieure à trois ans, sans pouvoir être inférieure à un an

Cette prime peut être attribuée par l'employeur à l'ensemble des salariés et des agents qu'il emploie ou à ceux dont la rémunération est inférieure à un plafond. L'entreprise utilisatrice mentionnée à l'article L. 1251-1 du code du travail qui attribue à ses salariés la prime mentionnée au premier alinéa en informe l'entreprise de travail temporaire dont relève le salarié mis à disposition. L'entreprise de travail temporaire verse la prime au salarié mis à disposition selon les conditions et les modalités fixées par l'accord ou la décision de l'entreprise utilisatrice mentionnée au III. La prime ainsi versée bénéficie de l'exonération mentionnée au V lorsque les conditions mentionnées au premier alinéa du présent article sont remplies par l'entreprise utilisatrice.

2° Les dispositions du 1° sont applicables dans les conditions prévues au IV aux travailleurs handicapés relevant des établissements ou services d'aide par le travail, mentionnés à l'article L. 344-2 du code de l'action sociale et des familles lorsque ces établissements ou services ont versé, au cours des douze mois précédant, une prime d'intéressement en application des dispositions du code de l'action sociale et des familles.

II.- L'exonération prévue au V est applicable à la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat bénéficiant aux personnes mentionnées au 1° du I lorsqu'elle satisfait les conditions suivantes :

1° Elle bénéficie aux salariés liés à l'entreprise par un contrat de travail ou aux agents relevant de l'établissement public à la date de versement de ladite prime ;

2° Son montant peut être modulé selon les bénéficiaires en fonction de la rémunération, du niveau de classifications, de la durée de présence effective pendant l'année écoulée ou la durée de travail prévue au contrat de travail mentionnée à la dernière phrase du deuxième alinéa du III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale. Les congés prévus au chapitre

V du titre II du livre II de la première partie du code du travail sont assimilés à des périodes de présence effective ;

3° Son versement est réalisé entre la date d'entrée en vigueur du présent article et le 30 juin 2020 ;

4° Elle ne peut se substituer à des augmentations de rémunération ni à des primes prévues par un accord salarial, le contrat de travail ou les usages en vigueur dans l'entreprise. Elle ne peut non plus se substituer à aucun des éléments de rémunération, au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, versés par l'employeur ou qui deviennent obligatoires en vertu de règles légales, contractuelles ou d'usage.

III.- Le montant de la prime ainsi que, le cas échéant, le plafond mentionné au deuxième alinéa du 1° du I et la modulation de son niveau entre les bénéficiaires dans les conditions prévues au 2° du II font l'objet d'un accord d'entreprise ou de groupe conclu selon les modalités énumérées à l'article L. 3312-5 du code du travail ou d'une décision unilatérale du chef d'entreprise . En cas de décision unilatérale, l'employeur en informe, avant le versement de la prime, le comité social et économique.

IV.- Lorsqu'elle satisfait les conditions mentionnées aux 3° et 4° du II et qu'elle bénéficie à l'ensemble des travailleurs handicapés bénéficiant d'un contrat de soutien et d'aide par le travail mentionné à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles à la date de versement, la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat bénéficie de l'exonération prévue au V.

V.- La prime attribuée dans les conditions prévues aux I à III aux salariés ou agents publics ayant perçu au cours des douze mois précédant son versement une rémunération inférieure à trois fois la valeur annuelle du salaire minimum de croissance correspondant à la durée de travail prévue au contrat mentionnée à la dernière phrase du deuxième alinéa du III de l'article L. 241-13 est exonérée, dans la limite de 1 000 euros par bénéficiaire, d'impôt sur le revenu, de toutes les cotisations et contributions sociales d'origine légale ou conventionnelle ainsi que des participations, taxes et contributions prévues aux articles 235 bis, 1599 ter A et 1609 *quinquies* du code général des impôts ainsi qu'aux articles L. 6131-1, L. 6331-2, L. 6331-9 et L. 6322-37 du code du travail dans leur rédaction en vigueur à la date de son versement.

Elle est exclue des ressources prises en compte pour le calcul de la prime d'activité mentionnée à l'article L. 841-1 du code de la sécurité sociale et pour l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés mentionnée à l'article L. 821-1 du même code.

VI.- Pour l'application du présent article à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon, les références au code de la sécurité sociale sont substituées par les références aux dispositions applicables localement ayant le même objet.

### **Exposé des motifs**

Le Président de la République a annoncé la reconduction en 2020 de la prime exceptionnelle prévue par la loi du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociales afin de favoriser le partage de la valeur ajoutée entre salariés au sein des entreprises et de soutenir, en 2020, le développement des accords d'intéressement.

Le présent article permet aux employeurs ayant mis en place un accord d'intéressement de bénéficier dans la limite de 1 000 € d'une exonération de cotisations et contributions d'origine légale ou conventionnelle et de toutes autres cotisations et contributions dues sur les primes qu'ils versent à leurs salariés dont la rémunération est inférieure à 3 SMIC, à une date comprise entre la date d'entrée en vigueur de la présente loi et le 30 juin 2020.

## **Article 8**

### **[Ajustement du calcul des allègements généraux]**

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

A. - Au cinquième alinéa du III de l'article L. 241-10, après les mots : « prévues à l'article L. 5422-9 du code du travail », les mots : « , à hauteur d'un taux ne tenant pas compte de l'application des dispositions prévues au second alinéa de l'article L. 5422-12 du même code. » sont ajoutés ;

B. - L'article L. 241-13 est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

a) Après les mots : « et des maladies professionnelles » sont insérés les mots : « , à hauteur du taux fixé par l'arrêté mentionné à la seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 241-5 » ;

b) Après les mots : « prévues à l'article L. 5422-9 du code du travail » sont insérés les mots : « , à hauteur d'un taux ne tenant pas compte de l'application des dispositions prévues au second alinéa de l'article L. 5422-12 du même code » ;

2° Au troisième alinéa du III, après les mots : « est fixé par décret », les mots : « dans la limite de la somme des taux des cotisations et des contributions mentionnées au I du présent article, sous réserve de la dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 241-5. » sont remplacés par les mots : « , à hauteur des taux des cotisations et contributions incluses dans le périmètre de la réduction, tels qu'ils sont définis au I. » ;

3° Après le troisième alinéa du VII, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Dans le cas où la minoration, prévue à l'article L. 5422-12 du code du travail, des contributions dues au titre de l'assurance chômage à la charge de l'employeur aboutit, à un montant de réduction calculé en application du III du présent article supérieur au montant des cotisations et contributions mentionnées au I applicables à la rémunération d'un salarié, la part excédentaire peut être imputée sur les contributions d'assurance chômage à la charge de l'employeur dues au titre de ses autres salariés. Le cas échéant, la part restante après cette imputation peut être imputée, selon des modalités définies par décret, sur les autres cotisations et contributions à la charge de l'employeur. L'imputation sur les cotisations et contributions autres que celles dues au titre de l'assurance chômage donne lieu à une compensation de façon qu'elle n'ait pas d'incidence pour les régimes de sécurité sociale ou les organismes auxquels ces cotisations et contributions sont affectées. »

II.- Après le premier alinéa de l'article L. 5553-11 du code des transports, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'exonération de la contribution d'assurance contre le risque de privation d'emploi prévue à l'alinéa précédent s'applique sur la base du taux de cette contribution ne tenant pas compte des dispositions prévues au second alinéa de l'article L. 5422-12 du même code. »

III.- Le présent article est applicable sur le territoire de Saint-Pierre-et-Miquelon.

IV.- Le présent article entre en vigueur le 1er janvier 2021.

### **Exposé des motifs**

La réforme de l'assurance chômage prévoit, dans les secteurs où le taux de séparation entre employeurs et salarié est le plus élevé, une modulation des contributions patronales finançant ce régime en fonction du taux de séparation observé dans les entreprises, afin d'inciter les employeurs à réduire le recours à des contrats de courte durée. Dans ce cadre, il est nécessaire de prévoir une adaptation des modalités de calcul de la réduction générale des cotisations patronales, ainsi que de plusieurs autres dispositifs d'exonérations prévoyant une diminution des contributions d'assurance chômage.

Les dispositifs qui conduisent à faire évoluer les taux de cotisations en fonction d'une logique propre prenant en compte la situation des redevables doivent être indépendants des autres dispositifs d'allègement de cotisations sociales, pour que leurs effets ne soient pas neutralisés par celui-ci. Ainsi, de même que les cotisations d'accidents du travail et de maladies professionnelles ne font pas l'objet d'exonérations pour leur part qui varie en fonction de la sinistralité imputable aux employeurs, il est proposé de ne pas prendre en compte la modulation du taux de la contribution d'assurance chômage dans le calcul des exonérations, afin que l'effet incitatif du bonus ou du malus soit pleinement préservé et que celui-ci n'ait pas d'incidence financière sur les dispositifs d'exonérations concernés.

### **Article 9**

#### **[Non-assujettissement aux cotisations et contributions sociales des indemnités spécifiques de rupture conventionnelle dans la fonction publique]**

I.- Après le 5° du III de l'article L.136-1-1 du code de la sécurité sociale est inséré un 5° *bis* ainsi rédigé :

« 5° *bis* Dans la limite de deux fois le montant annuel du plafond défini à l'article L. 241-3 du présent code, les indemnités spécifiques de rupture conventionnelle versées aux fonctionnaires, aux personnels affiliés au régime de retraite institué en application du décret n° 2004-1056 du 5 octobre 2004 relatif au régime des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État et aux agents contractuels de droit public en application du I et du III de l'article 72 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique.

« Les indemnités d'un montant supérieur à dix fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 sont intégralement assujetties. »

II.- Les indemnités spécifiques de rupture conventionnelle versées aux fonctionnaires, aux personnels affiliés au régime de retraite institué en application du décret n° 2004-1056 du 5 octobre 2004 relatif au régime des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat et aux agents contractuels de droit public en application du I et du III de l'article 72 de

la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique sont exclues de l'assiette des cotisations sociales d'origine légale et réglementaire à la charge de ces agents publics percevant ces indemnités et de leurs employeurs dans la limite de deux fois le montant annuel du plafond défini à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale.

Les indemnités d'un montant supérieur à dix fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 sont intégralement assujetties.

III.- Le premier alinéa de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable aux pertes de recettes résultant de l'application du I et II du présent article.

### **Exposé des motifs**

L'article 72 de la loi du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique a créé un dispositif de rupture conventionnelle pour les agents publics appartenant aux trois versants de la fonction publique. Ce dispositif est, pour ce qui concerne les fonctionnaires, institué à titre expérimental de 2020 à 2025. Il s'appliquera à compter du 1er janvier 2020. La rupture conventionnelle constitue un cas supplémentaire de cessation définitive de fonction entraînant, selon la situation de l'agent, la fin de la relation contractuelle ou la radiation des cadres et la perte de la qualité de fonctionnaire.

Afin d'aligner les règles d'assujettissement social de ce nouveau dispositif applicable aux agents publics sur le dispositif de rupture conventionnelle applicable aux salariés du secteur privé, le présent article prévoit d'exempter l'indemnité spécifique de rupture conventionnelle de l'assiette des cotisations et contributions sociales selon les mêmes règles de plafonnement. Cette exemption d'assiette ne fait pas l'objet de compensation par l'Etat à la sécurité sociale.

## *CHAPITRE 2 : SIMPLIFIER ET MODERNISER LES RELATIONS AVEC L'ADMINISTRATION*

### **Article 10**

#### **[Unification du recouvrement dans la sphère sociale]**

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

1° Le second alinéa de l'article L. 133-3 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Ce décret précise également les modalités selon lesquelles ces créances peuvent être admises en non-valeur. » ;

2° Le I de l'article L. 133-5-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les organismes et administrations auxquels sont destinées les données déclarées mettent à disposition des employeurs, au moyen d'un dispositif unifié, les informations, déterminées par décret, leur permettant de renseigner leurs déclarations sociales et de s'assurer de la conformité de leur situation à la législation sociale. » ;

3° À l'article L. 133-5-4 :

a) Avant le premier alinéa sont insérées les dispositions suivantes :

« I. - 1° Les déclarants sont informés par les organismes auxquels est adressée la déclaration prévue à l'article L. 13353 des résultats des vérifications d'exhaustivité, de conformité et de cohérence réalisées par les organismes destinataires des données de cette déclaration.

« 2° En cas de constat d'anomalie résultant de ces vérifications, les déclarants sont tenus de corriger leurs déclarations. En cas de carence, les organismes auxquels la déclaration a été adressée peuvent procéder d'eux-mêmes à cette correction.

« 3° Le défaut de correction des déclarations des anomalies mentionnées au présent I entraîne l'application des pénalités prévues au II.

« 4° Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions et les modalités d'application du présent I, et notamment les modalités selon lesquelles les organismes garantissent la simplicité et l'unité pour les déclarants des procédures mises en œuvre dans le cadre de ce I. » ;

b) Le premier alinéa est précédé d'un : « II. - » ;

4° L'article L. 213-1, dans sa rédaction en vigueur au 1er janvier 2020, est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est précédé d'un : « I. - » ;

b) Le 1° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 1° Le recouvrement de l'ensemble des cotisations et contributions de sécurité sociale obligatoires à la charge des salariés ou assimilés, autres que ceux mentionnés à l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime et à l'article L. 5551-1 du code des transports, et par leurs employeurs ; »

c) Le 2° et le 2° bis sont supprimés ;

d) Le 3° devient le 2° et est ainsi modifié :

- Les mots : « autres que celles mentionnées également » sont remplacés par les mots : « à l'exception des cotisations mentionnées » ;

- Les mots : « et L. 652-6 » sont remplacés par les mots : « , L. 644-1 et L. 644-2 et des cotisations et contributions mentionnées aux articles L. 652-6, L. 652-7 et L. 6529 » ;

e) Le 4° est supprimé ;

f) Le 5° devient le 3° et en son sein les mots : « ainsi qu'à l'article L. 5422-11 » sont remplacés par les mots : « , aux articles L. 5422-11, L. 5212-9, L. 6131-1 et L. 6331-48 » ;

g) Il est rétabli un 4° et un 5° ainsi rédigés :

« 4° Le recouvrement de la contribution prévue à l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique ;

5° Toute autre activité de recouvrement de cotisations ou contributions qui leur est confiée par la loi ; »

h) Le 5° bis est supprimé ;

i) Le 6° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 6° Sauf disposition contraire, le contrôle des cotisations, versements et contributions qu'elles recouvrent ; »

k) Le onzième alinéa est précédé d'un : « II.- »

l) Le treizième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Une union de recouvrement peut déléguer à une autre union ses compétences en matière de recouvrement, de contrôle et de contentieux dans des conditions fixées par décret. » ;

5° À l'article L. 213-4, les mots : « aux 2°, 4° et 5° de » sont remplacés par le mot : « à » ;

6° Le chapitre 3 du titre 1 du livre 2 est complété par un article L. 213-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 213-5. – Les dispositions du 1° de l'article L. 213-1 ne sont pas applicables :

« - pour les cotisations mentionnées au 2° de l'article 3 de la loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires ;

« - pour les cotisations d'assurance vieillesse dues au titre des régimes dont l'ensemble des assurés relève d'un seul employeur ;

« - pour les cotisations d'assurance vieillesse dues au titre des régimes, autres que ceux mentionnés à l'alinéa précédent, comptant moins de 500 employeurs redevables et acquittant globalement moins de 500 millions d'euros de cotisations par an. » ;

7° À l'article L. 225-1-1 :

a) Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° De centraliser l'ensemble des sommes recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 7524.

« L'Agence centrale assure la notification et le versement des sommes dues à chaque contribuable. » ;

b) Après le 3° sont insérées les dispositions suivantes :

« Ce versement est effectué, après application d'un taux forfaitaire pour frais de non recouvrement, à hauteur des produits correspondant au montant des sommes dues, pour les cotisations et contributions sociales mentionnées :

« - au 1° du I de l'article L. 213-1, à l'exception de celles affectées aux régimes obligatoires de base de sécurité sociale et de celles dues par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 ;

« - au 3° du I du même article, à l'exception des contributions, versements et cotisations mentionnés à l'article L. 3253-18, aux 1° à 3° de l'article L. 5422-9 ainsi qu'à l'article L. 5422-11 du code du travail.

« Le taux mentionné au troisième alinéa du présent 3° est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget dans la limite du taux mentionné au premier alinéa du B de l'article 1641 du code général des impôts et, pour les cotisations ou contributions dont le recouvrement a relevé antérieurement de la compétence d'autres organismes que ceux mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, du taux moyen de non recouvrement de ces cotisations ou contributions observé antérieurement au transfert de compétence correspondant.

« Sans préjudice de l'application des dispositions prévues aux quatre alinéas précédents, l'Agence centrale applique sur les sommes recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 des frais de gestion déterminés dans des conditions prévues par décret.

c) Avant le 3° *bis* sont insérées les dispositions suivantes :

« Les modalités selon lesquelles l'Agence centrale met à disposition des attributaires les informations nécessaires à l'exercice de leurs missions sont prévues par décret en Conseil d'État. » ;

d) Le 5° est supprimé ;

e) Le 5° *bis* est ainsi rédigé :

« 5° *bis* De recevoir le produit global des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8 pour le compte des régimes et des fonds concernés et de le répartir entre ces régimes et ces fonds conformément aux dispositions du même article ; »

f) Il est inséré un 7° *bis* ainsi rédigé :

« 7° *bis* De prendre en charge le coût résultant, pour l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail, du dispositif de réduction dégressive prévu à l'article L. 241-13 pour les montants correspondant au niveau de la réduction sur les cotisations recouvrées ; »

8° La section 1 du chapitre V du titre II du livre II est complétée par un article L. 225-1-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 225-1-5.- 1° Pour l'exercice de sa mission prévue au 7° de l'article L. 225-1-1, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale verse aux régimes mentionnés à l'article L. 921-4 les montants correspondant à la prise en charge après réception des justificatifs nécessaires à leur établissement.

« 2° Pour l'exercice de sa mission prévue au 7° *bis* de l'article L. 225-1-1, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la notification et le versement des contributions encaissées à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail sans tenir compte de la part de la réduction imputée sur celles-ci.

« La prise en charge de la part exonérée des cotisations recouvrées en application des a, b, d, e et f du même article L. 5427-1 et par l'organisme mentionné à l'article L. 133-9 du

présent code est centralisée, sur la base des informations transmises par les organismes chargés du recouvrement de ces contributions, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, qui reverse les montants et notifie les produits correspondants à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail. » ;

9° L'article L. 225-6 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est précédé d'un « I.- »

b) Les mots : « Les ressources nécessaires au financement du Fonds national » sont remplacés par les mots : « Les charges » et les mots : « prélevées chaque année sur les encaissements du régime général de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « couvertes par les branches mentionnées à l'article L. 200-2 » ;

c) Il est complété par les dispositions suivantes :

« II.- Les branches mentionnées à l'article L. 200-2 assurent l'équilibre financier de l'Agence centrale résultant de l'application des dispositions mentionnées aux troisième à cinquième alinéas du 3° et du 7° bis de l'article L. 2251-1, selon une répartition fixée par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en fonction des soldes prévisionnels de ces branches. La branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 assure l'équilibre financier de l'agence au titre de la mission prévue au 7° du même article.

10° L'article L. 243-3 est abrogé ;

11° L'article L. 243-6-7 est abrogé ;

12° À l'article L. 243-7, les deuxième et troisième alinéas sont supprimés ;

13° Au premier alinéa de l'article L. 382-17, les mots : « le recouvrement des cotisations et » sont supprimés ;

14° La première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 921-2-1 est supprimée.

II.- Le code des transports est ainsi modifié :

1° Le III de l'article L. 5542-5 est abrogé ;

2° À l'article L. 5549-2, les mots : « du III de l'article L. 5542-5 et » sont supprimés ;

3° L'article L. 5553-16 est abrogé.

III.- L'article L. 141-10 du code des juridictions financières est ainsi modifié :

1° Au quatrième alinéa, les mots : « branches et de l'activité de recouvrement du régime général de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « organismes, branches ou activités visés par l'article L.O. 132-2-1 » ;

2° Le cinquième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ils disposent d'une faculté identique à l'égard des commissaires aux comptes d'autres entités qui gèrent des opérations ayant un impact financier significatif sur les comptes des organismes, branches ou activités visés par l'article L.O. 132-2-1 du présent code. »

IV.- L'article 3 de la loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires est ainsi modifié :

1° Le troisième alinéa est complété par les mots : « Elle est recouvrées dans les conditions déterminées par le décret prévu à l'article 5. » ;

2° Au cinquième alinéa, le mot : « sera » est remplacé par le mot : « est », les mots : « la caisse » sont remplacés par les mots : « l'organisme de recouvrement compétent » et les mots : « , à laquelle sera joint, en ce qui concerne les notaires, le produit de la cotisation visée au 2°, le tout dans les délais et conditions déterminés par le décret en Conseil d'État prévu à l'article 5 de la présente loi » sont supprimés ;

3° Au dernier alinéa, les mots : « par le décret en Conseil d'État » sont remplacés par les mots : « par la réglementation ».

V.- Le X de l'article 26 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 est abrogé.

VI.- 1° Sous réserve des dispositions du présent VI, les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1er janvier 2020.

2° Les dispositions du 4°, du 6°, du b du 7°, du 6°, du 9° en tant qu'elles sont prises pour l'application des dispositions mentionnées aux troisième à sixième alinéas du 3° de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, du 11°, du 12° et du 14° du I sont applicables aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'activité courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022.

Par dérogation au premier alinéa du présent 2° :

a) Sont recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale, pour les périodes d'activité courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, les cotisations dues pour la couverture des prestations en nature d'assurance maladie et maternité mentionnées au B du paragraphe 8 de l'article 23 du statut national du personnel des industries électriques et gazières ainsi que les cotisations mentionnées aux articles L. 5553-1 et L. 5555-1 du code des transports au titre des rémunérations déclarées dans les conditions prévues à l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale ;

b) Sont recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale, pour les périodes d'activité courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021, les cotisations mentionnées aux articles L. 5553-1 et L. 5555-1 du code des transports autres que celles mentionnées au a ;

c) Demeurent recouvrées par les organismes en charge de cette mission à la date de publication de la présente loi, pour les périodes courant jusqu'au 31 décembre 2022, les cotisations d'assurance vieillesse des agents de la fonction publique territoriale et hospitalière, les cotisations d'assurance vieillesse des agents non titulaires de la fonction publique, les cotisations de retraite additionnelle des agents de la fonction publique, les cotisations dues au titre du régime des clercs et employés de notaires et celles mentionnées à l'article L. 382-17 du code de la sécurité sociale.

Le Gouvernement peut reporter ou anticiper par décret chacune des dates d'entrée en vigueur prévues au 2° du présent V ainsi qu'au B du III de l'article 37 et, en ce qui concerne

le 8° du I de cet article, au A du III de l'article 67 de la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel, pour une ou plusieurs catégories de cotisations ou contributions ou de redevables. Ce report ou cette anticipation ne peuvent excéder un an. Le cas échéant, le Gouvernement remet préalablement au Parlement un rapport justifiant les raisons de ces décalages.

3° Les dispositions du 13° sont applicables à compter du 1er janvier 2023.

### **Exposé des motifs**

L'unification des réseaux de recouvrement constitue un enjeu fort de transformation des relations des administrations avec les personnes redevables de prélèvements obligatoires. Le recouvrement des prélèvements obligatoires est en effet aujourd'hui assuré par une multitude d'acteurs, dans le champ fiscal comme dans le champ social, qui conduisent à répliquer la mise en œuvre de démarches similaires pour les contribuables et les cotisants – avec de plus ou moins légères variantes en termes de processus ou de doctrine auxquels les redevables doivent s'adapter, ce qui est source de complexité. Indépendamment même des performances individuelles de chaque entité, cet éclatement du recouvrement est, comme ont pu le documenter la Cour des comptes et plusieurs inspections, source d'inefficience pour le fonctionnement de l'action publique.

L'objectif du Gouvernement est ainsi d'unifier à l'horizon de l'année 2025, le recouvrement des prélèvements obligatoires respectivement au sein des sphères fiscale et sociale en même temps que seront développées à cet horizon des synergies et services communs entre la DGFIP et les URSSAF. Compte tenu de l'intégration déjà mise en œuvre par les caisses de MSA, qui agissent dans un secteur économique autonome, l'action de ces organismes en matière de recouvrement demeurera inchangée. Dans tous les cas où cela est utile, des collaborations ou mutualisation avec les URSSAF seront néanmoins recherchées.

Au sein de la sphère sociale, le mouvement d'unification est déjà à l'œuvre autour des URSSAF, qui historiquement ont précisément été conçues pour mettre en place une organisation autonome dédiée et spécialisée sur le recouvrement des cotisations. Il s'est traduit en 2011 par le transfert du recouvrement des cotisations d'assurance chômage. Il se déploie avec une autre opération d'ampleur qui s'achève, le transfert intégral des missions de recouvrement de l'ex régime social des indépendants (RSI).

L'article complète ainsi les missions des URSSAF pour ne plus les limiter au recouvrement des cotisations du régime général. Il fixe le calendrier des transferts qui en résulteront progressivement pour les régimes salariés, jusqu'en 2023. Cette simplification concernera la quasi-totalité des employeurs du secteur privé, qui acquitteront auprès des URSSAF les cotisations jusqu'ici payées à l'AGIRC-ARRCO, mais aussi les employeurs des régimes spéciaux et les employeurs publics. Le calendrier du transfert du recouvrement des cotisations des autres régimes, notamment de professions libérales, doit encore faire l'objet de travaux complémentaires compte tenu de la spécificité du calcul des cotisations de ces professions et sera précisé d'ici le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Dans la logique de conseil promue par la loi pour un Etat au service d'une société de confiance, les URSSAF développeront les démarches d'accompagnement des employeurs dans l'accomplissement de leurs obligations déclaratives : le présent article permet de développer les informations mises à disposition des entreprises pour faciliter le respect de leurs obligations (emploi de travailleurs handicapés, accidents du travail, bonus-malus en

matière d'assurance chômage...) et de leur signaler les anomalies identifiées dans les déclarations en proposant des corrections.

## Article 11

### **[Simplifier les démarches déclaratives et les modalités de recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants]**

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

1° Au 35° de l'article L. 311-3, les références : « 8° et 9° » et : « 8° de l'article L. 613-1 » sont respectivement remplacés par les références : « 6° et 7° » et : « 6° de l'article L. 611-1 » ;

2° L'article L. 613-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« I.- Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 611-1 et ne relevant pas de l'article L. 613-7 du présent code ont l'obligation déclarer 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 par ce dernier. Dans le cas où il ne peut y être recouru, les travailleurs indépendants souscrivent une déclaration directement auprès des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.

« Les organismes de sécurité sociale mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code reçoivent de l'administration fiscale à leur demande ou à celle du travailleur indépendant lui-même les informations nominatives nécessaires au calcul des cotisations et contributions sociales.

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

« II.- Les travailleurs indépendants mentionnés au premier alinéa du I sont tenus de procéder par voie dématérialisée au versement des cotisations et contributions sociales.

« III.- Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 613-7 souscrivent une déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales selon les modalités mentionnées à l'article L. 613-8. »

3° L'article L. 613-5 est abrogé ;

4° L'article L. 613-8, est ainsi rédigé :

« *Art. L. 613-8.*- Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 613-7 déclarent chaque mois ou chaque trimestre leur chiffre d'affaires ou leurs recettes, y compris lorsque leur montant est nul. » ;

5° A l'article L. 662-1, le dernier alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Les cotisations et les contributions de sécurité sociale dues par les conjoints collaborateurs des travailleurs indépendants sont recouvrées selon les mêmes modalités que celles dues personnellement par les travailleurs indépendants. »

II.- Après l'article L. 98 B du livre des procédures fiscales, il est introduit un article L. 98 C ainsi rédigé :

« *Art. L 98 C.* - Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale communiquent à l'administration fiscale, avant le 30 juin de chaque année, les éléments nécessaires à l'établissement de l'impôt sur le revenu des travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 613-7 du code de la sécurité sociale placés sous le régime d'imposition prévu à l'article 151-0 du code général des impôts. Cette communication comporte le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques aux seules fins de la vérification par l'administration fiscale de la fiabilité des éléments d'identification des personnes physiques figurant dans les traitements de données relatives à l'assiette, au contrôle et au recouvrement de l'impôt sur le revenu. Un arrêté du ministre chargé du budget précise la nature des éléments communiqués. »

III.- 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 est ainsi modifiée :

1° Au premier alinéa de l'article 28-11, après les mots : « chapitre III *bis* », sont insérés les mots : « du titre III » ;

2° Après l'article 28-11, il est inséré un nouvel article 28-12 ainsi rédigé :

« *Art. 28-12.*- Les dispositions de la section 3 du chapitre III du titre Ier du livre VI du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte, sous réserve des adaptations prévues par décret. » ;

3° Il est créé un chapitre VI ainsi rédigé :

« Chapitre VI

« Modalités de recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants ».

« *Art. 28-13.*- Pour le recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants au titre de leurs revenus d'activité mentionnés au II de l'article 28-1, il est fait application des règles, modalités, garanties et sanctions prévues par le code de la sécurité sociale et mises en œuvre par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale. »

IV.- Le 2° du III s'applique aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'activité courant à compter du 1<sup>er</sup> avril 2020 pour les créations d'entreprises intervenues à compter de cette même date. Les travailleurs indépendants ayant débuté leur activité avant cette date peuvent demander jusqu'au 31 mars 2020 l'application de ces dispositions à compter du 1<sup>er</sup> avril 2020 pour les cotisations et contributions dues au titre des périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020.

Les 3° et 4° du III s'appliquent aux cotisations et contributions dues à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021.

Le 2° et le 3° du I sont applicables à compter des déclarations transmises en 2021 au titre des revenus l'année 2020.

Pour les travailleurs indépendants mentionnées à l'article L. 646-1 du code de la sécurité sociale, les dispositions des articles L. 613-2 et L. 613-5 du présent code restent applicables dans leur rédaction antérieure à la publication de la présente loi jusqu'à une date fixée par décret et au plus tard au 1er janvier 2023.

### **Exposé des motifs**

Dans la continuité de la simplification des démarches administratives et de simplification des formalités pour les travailleurs indépendants, il est proposé de procéder à la fusion des déclarations sociales et fiscales de revenus auxquels ces derniers sont astreints. En effet, les travailleurs indépendants remplissent chaque année deux déclarations distinctes, l'une auprès de la sécurité sociale des travailleurs indépendants à partir de laquelle sont calculées leurs cotisations et contributions sociales et l'autre à l'administration fiscale à partir de laquelle sont calculés leurs impôts. Or, elles servent dans les deux cas à déclarer les revenus pour calculer les cotisations et contributions sociales ainsi que l'impôt : ces deux déclarations présentent donc de nombreuses redondances. Leur unification permettra aux travailleurs indépendants de ne faire plus qu'une seule déclaration au lieu de deux actuellement et simplifiera ainsi notablement les relations entre les redevables et les administrations.

Enfin, de manière plus spécifique, pour accompagner le développement économique de Mayotte par une simplification des démarches administratives des travailleurs indépendants, il est proposé d'étendre le régime micro-social (ou micro-entrepreneur) à ce territoire d'outre-mer : ce dispositif simplifié de déclaration et de paiement des cotisations sociales et de l'impôt sur le revenu pour les petites activités économiques pourrait apporter une solution appropriée pour faciliter la création d'entreprise dans ce territoire.

### **Article 12**

#### **[Simplifier et créer un cadre de prise en compte contemporaine des aides en faveur des particuliers employeurs dans le cadre des services à la personne]**

I.- 1° À titre expérimental, les personnes recourant aux services mentionnés au 2° de l'article L. 7231-1 du code du travail peuvent adhérer, pour les périodes d'activité comprises entre le 1<sup>er</sup> juillet et le 31 décembre 2020, à un dispositif visant à réduire directement le coût de ces services restant à leur charge en tenant compte de manière contemporaine des aides auxquelles ils sont éligibles, dans les conditions et selon les modalités prévues au présent article.

2° Ce dispositif est ouvert, après acceptation par l'organisme mentionné à l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale aux personnes volontaires mentionnées au 1°, domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts relevant d'une des catégories suivantes :

a) Particuliers employeurs mentionnés au 3° de l'article L. 133-5-6 du code de la sécurité sociale ;

b) Personnes physiques recourant à un service prestataire défini au 3° de l'article L. 7232-6 du code du travail.

3° Le dispositif mentionné au 1° tient compte des aides et prestations suivantes :

a) Les prestations mentionnées aux articles L. 231-1 et L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles ;

b) Une aide spécifique dont le montant est égal à 50 % des dépenses effectivement supportées éligibles au crédit d'impôt mentionnés à l'article 199 *sexdecies* du code général des impôts, dans la limite d'un plafond annuel fixé par décret, le cas échéant en fonction de la composition du foyer des personnes concernées. Le montant de l'aide perçue est déduit du crédit d'impôt au titre des dépenses engagées pour des prestations de services à la personne applicable au bénéficiaire au titre de l'année au cours de laquelle ces dépenses sont réalisées

Le montant de l'aide perçue n'est pas pris en compte pour le calcul du montant effectivement supporté des dépenses ouvrant droit au crédit d'impôt. Lorsque le montant de l'aide perçue par un foyer excède le montant du crédit d'impôt ainsi calculé, l'excédent est régularisé lors de la liquidation de l'impôt. Pour le calcul de l'acompte prévu à l'article 1665 *bis* du code même code, le montant du crédit d'impôt prévu à l'article 199 *sexdecies* est retenu pour son montant après imputation de l'aide perçue.

4° Un décret fixe la liste des départements sur le territoire desquels se déroule cette expérimentation.

II.- 1° Pour les particuliers mentionnés au a du 2° du I, les aides et prestations mentionnées au 3° du I sont attribuées dans les conditions prévues à l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale.

2° Pour les particuliers mentionnés au b du 2° du I, le prestataire mentionné au 3° de l'article L. 7232-6 du code du travail informe l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du code de la sécurité sociale de la réalisation des prestations, et porte à sa connaissance l'identité du bénéficiaire du service, le montant total dû et la nature des prestations effectuées. A moins que le particulier et le prestataire s'accordent pour un paiement effectué selon des modalités similaires à celles mentionnées à l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du code de la sécurité sociale verse directement au particulier, le montant des aides mentionnées au 3° du I du présent article.

III.- Pour la mise en œuvre de cette expérimentation, l'organisme mentionné à l'article L. 225-1-1 conclut des conventions :

1° Avec la direction générale des finances publiques, déterminant les modalités d'échange des informations relatives à la situation fiscale des personnes adhérant au dispositif et aux montants versés au titre de l'aide mentionnée au b du 3° du I, des prestations mentionnées au a du 3° du I ainsi que les modalités de remboursement par l'État, postérieurement à la liquidation du crédit d'impôt mentionné à l'article 199 *sexdecies* du code général des impôts auquel les personnes concernées peuvent prétendre, de l'aide précitée ;

2° Avec les présidents des conseils départementaux concernés par l'expérimentation, déterminant les modalités d'échange des informations relatives aux personnes, aux montants et à la nature des prestations bénéficiant aux personnes mentionnées au a du 2° du I, ainsi que les modalités de remboursement par le conseil départemental des montants versés pour son compte dans le cadre de la présente expérimentation ;

3° Avec les prestataires définis au 3° de l'article L. 7232-6 du code du travail participant à l'expérimentation, déterminant les modalités d'échange d'informations relatives aux personnes mentionnées au b du 2° du I du présent article, aux prestations réalisées et au montant facturé à ces mêmes personnes.

IV.- L'expérimentation est prévue pour une durée de six mois, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2020, et pourra être prolongée par arrêté jusqu'au 31 décembre 2021 au plus tard.

### **Exposé des motifs**

La multiplicité des dispositifs d'aide financière à l'emploi à domicile revêt une complexité certaine, en tant qu'elles sont versées par différents vecteurs, à des dates et selon des modalités disparates et elle représente un frein à l'accès aux droits lorsque des avances de trésorerie demeurent nécessaires. Le Gouvernement souhaite donc simplifier et faciliter les démarches pour les personnes concernées en les rendant contemporaines des charges qu'elles visent à couvrir. Il s'agit d'un enjeu majeur pour le maintien à domicile des personnes âgées ou en perte d'autonomie, priorité du Gouvernement dans le cadre des travaux engagés sur le grand âge et l'autonomie.

Le Gouvernement propose ainsi d'expérimenter une contemporanéisation du bénéfice des aides financières ouvertes aux particuliers utilisateurs du dispositif « CESU » et les particuliers ayant recours à un service d'aide à domicile prestataire.

L'expérimentation sera réalisée à partir de mi-2020 dans quelques départements, et associera des prestataires et adhérents volontaires. Il s'agira de créer un « compte individuel » centralisant les aides financières de chaque utilisateur dont le crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile et les aides octroyées par les départements (allocation personnalisée d'autonomie – APA – et prestation de compensation du handicap - PCH).

À l'issue de la phase d'expérimentation, l'utilisation du « compte individuel » a vocation à être étendue progressivement à l'ensemble de la population du CESU, à d'autres aides financières puis à d'autres offres de service comme PAJEMPLOI.

### **Article 13**

#### **[Simplifications pour les cotisants et renforcement de la sécurité juridique]**

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

1° À l'article L. 133-4-2 :

a) Au premier alinéa du III, les mots : « dans les cas mentionnés au second alinéa du I de l'article L. 243 7-7 » sont remplacés par les mots : « lorsque les faits concernent un mineur soumis à l'obligation scolaire ou des personnes vulnérables ou dépendantes mentionnés aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 8224-2 du code du travail » et les mots : « ou des salariés régulièrement déclarés » sont insérés après les mots : « de l'activité » ;

b) L'article ainsi complété :

« V. Les dispositions du III sont applicables au donneur d'ordre selon les modalités mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 133-4-5. »

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

a) Au deuxième alinéa, les mots : « aux deuxième et troisième alinéa de » sont remplacés par le mot : « à » ;

b) Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Lorsqu'il est fait application des dispositions prévues au III de ce même article, pour le calcul de la proportion des réductions et exonérations annulées prévu au deuxième alinéa de ce même III, les rémunérations des salariés du donneur d'ordre sont substituées à celles des salariés de la personne contrôlée. » ;

3° La dernière phrase du I de l'article L. 133-5-5 est supprimée ;

4° L'article L.243-6-2 est ainsi modifié :

a) Au I, les mots : « d'allègements et de réductions de cotisations et contributions sociales » sont remplacés par les mots : « de prélèvements sociaux ».

b) Au III, les mots « A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019 » sont supprimés et les mots : « d'allègements et de réductions de cotisations et contributions sociales » sont remplacés par les mots : « de prélèvements sociaux » sont supprimés.

II.- Le II de l'article 23 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 est complété par les mots : « sur demande expresse du cotisant et sur présentation de justificatifs probants. »

III.- Le b du 1° du I s'applique à toute annulation de réductions ou d'exonérations de cotisations de sécurité sociale ou de contributions n'ayant pas donné lieu à une décision de justice ayant un caractère irrévocable sur demande expresse du cotisant et sur présentation de justificatifs probants.

### **Exposé des motifs**

Le renforcement de la confiance des cotisants dans le système de financement de la sécurité sociale nécessite à la fois de leur offrir un service simple et accessible, garantissant la sécurité de leurs démarches et une relation de confiance avec les organismes de recouvrement, et d'assurer une concurrence saine entre tous les acteurs économiques en luttant contre toutes les formes de fraude, en particulier le travail dissimulé

L'article comporte ainsi plusieurs dispositions pour faciliter et sécuriser le paiement des cotisations sociales dues par les employeurs et améliorer la simplicité et la lisibilité des démarches :

- Généraliser la dématérialisation des moyens de paiement, à l'instar de ce qui a été réalisé d'ores et déjà pour les travailleurs indépendants, et à l'issue de la dématérialisation intégrale des déclarations sociales permise, dans le cas général, par la DSN, en donnant accès à un panel de moyens de paiement dématérialisés sécurisés et souples à l'usage des redevables ;
- Élargir le contenu du bulletin officiel en ligne de la sécurité sociale, légalement opposable, visant à regrouper l'ensemble des informations et précisions données par l'administration pour l'application de la législation en matière d'allègements et de réductions de cotisations et contributions sociales mises à disposition des cotisants ;
- Étendre le bénéfice d'une disposition favorable aux cotisants adoptée en LFSS pour 2019 pour que les annulations des exonérations de cotisations sociales en

cas de travail dissimulé puissent être modulées en fonction de l'importance de la faute commise, quel que soit le nombre de salariés.

## Article 14

### [Mesures de lutte contre la fraude]

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

1° À la section 4 *ter* du titre I du livre I :

a) Les troisième et quatrième alinéas de l'article L. 114-10 deviennent l'article L. 114-10-1. Ces alinéas sont modifiés comme suit :

i) Après le mot : « contrôle » sont ajoutés les mots : « mentionné aux articles L. 114-10 et L. 243-7 du présent code ou à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime »,

ii) Après le mot : « prestations » sont ajoutés les mots : « et le recouvrement des cotisations et contributions ».

b) Le cinquième alinéa de l'article L.114-10 est supprimé.

c) L'article L. 114-10-1 devient l'article L. 114-10-1-1.

2° Au I de l'article L. 133-1 :

a) Au premier alinéa, les mots : « l'inspecteur du recouvrement ou » et les mots : « mentionné à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés ;

b) Au second alinéa, les mots : « l'inspecteur ou par » et les mots : « mentionné à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 243-7, le mot : « inspecteurs » est remplacé par les mots : « agents chargés du contrôle » ;

4° À l'article L. 243-7-6, les mots : « l'employeur » sont remplacés par les mots : « le cotisant » ;

5° À l'article L. 243-11, le mot : « employeurs » est remplacé par le mot : « cotisants » ;

6° Au deuxième alinéa de l'article L. 243-15, après les mots : « le cas échéant » sont ajoutés les mots : « qu'elle a obtenu la garantie financière prévue à l'article L. 1251-49 du code de du travail ou » ;

7° La première phrase du premier alinéa de l'article L. 862-5 est remplacée par les dispositions suivantes : « Sous réserve des dispositions du chapitre II du titre VI du livre VIII, la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 est recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général. »

II.- À l'article L.741-10 du code rural et de la pêche maritime, les mots : « à l'article L. 242-1 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 242-1 à L. 242 1 2 » ;

III.- À l'article L. 1251-47 du code du travail est ainsi modifié, après les mots : « inspecteur du travail » sont ajoutés les mots : « ou par l'agent de contrôle de l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 213-1 ou L. 752-1 du code de la sécurité sociale ou à l'article L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime ».

### **Exposé des motifs**

La lutte contre la fraude au détachement constitue un axe de travail majeur des organismes de recouvrement. Elle peut concerner deux types de fraude aux cotisations sociales :

- Le recours abusif au détachement, qui consiste à rattacher un travailleur à un pays dans lequel les cotisations sociales sont plus faibles afin de diminuer le coût du travail, alors que les conditions d'exercice de l'activité professionnelle ne répondent pas aux conditions du détachement ;
- Le détachement fictif, qui est allégué par l'employeur pour ne pas payer de cotisations dans le pays d'activité. L'employeur ne déclarant pas, non plus, le salarié dans le pays d'origine, il échappe ainsi à tout prélèvement.

Les redressements opérés dans le cadre de la fraude au détachement ont fortement progressé en 2018 pour dépasser 130 millions d'euros. Toutefois, certains freins méritent d'être levés en facilitant les échanges d'informations et en assouplissant l'organisation des organismes de sécurité sociale. À cet effet, il est proposé :

- D'élargir les capacités d'investigation des agents de contrôle sans qu'ils soient contraints par le régime d'affiliation de la personne contrôlée ;
- De donner la possibilité aux organismes de mobiliser l'ensemble des agents chargés du contrôle habilités et agréés à la lutte contre le travail dissimulé, afin de gagner en souplesse et efficacité ;
- De vérifier le respect de leurs obligations de garantie financière pour la délivrance aux entreprises de travail temporaire de leurs attestations de conformité par les Urssaf ou caisses de la MSA ;
- D'aligner les sanctions aujourd'hui différentes entre le code rural et le code de la sécurité sociale.

## Article 15

### [Clause de sauvegarde des dispositifs médicaux]

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

A.- Le chapitre VIII du titre III est complété par une section 4 ainsi rédigée :

« Section 4

« Contribution à la charge des exploitants d'un ou plusieurs produits, le cas échéant des prestations associées, inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 et pris en charge au titre de l'article L. 162-22-7.

« *Art. L. 138-19-8.*- Lorsque le montant remboursé par l'assurance maladie au cours de l'année civile en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5 et L. 165-4, est supérieur à un montant Z, déterminé par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, les entreprises exploitant ces produits ou prestations au sens de l'article L. 165-1-1-1 sont assujetties à une contribution.

« La prise en charge des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7 est subordonnée à l'assujettissement des dépenses remboursées afférentes à ces produits et prestations à la contribution prévue par le présent article.

« *Art. L. 138-19-9.*- L'assiette de la contribution définie à l'article L. 138-19-8 est égale au montant remboursé par l'assurance maladie au titre de l'année civile mentionné à ce même article, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5 et L. 165-4.

« La Caisse nationale d'assurance maladie, pour le compte de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, ou l'agence en charge des systèmes d'information mentionnés à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique transmettent directement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon des modalités définies par décret, les montants remboursés mentionnés au premier alinéa du présent article.

« Le Comité économique des produits de santé transmet directement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon des modalités définies par décret, les montants des remises mentionnées au premier alinéa du présent article.

« *Art. L. 138-19-10.*- Le montant total de la contribution est égal à la différence entre le montant remboursé par l'assurance maladie au cours de l'année civile mentionné à l'article L. 138-19-8, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5 et L. 165-4, et le montant Z mentionné au même article L. 138-19-8. La contribution n'est pas due lorsque ce montant est négatif.

« La contribution due par chaque exploitant redevable est déterminée au prorata du montant remboursé au titre des produits et prestations qu'il exploite, calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-19-9.

« Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 10 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, au cours de l'année civile considérée, au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7.

« *Art. L. 138-19-11.*- En cas de scission ou de fusion d'une entreprise, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.

« *Art. L. 138-19-12.*- La contribution due par chaque entreprise redevable fait l'objet d'un versement au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

« Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1, désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 1<sup>er</sup> avril de l'année suivante. Selon des modalités fixées par décret, ces déclarations sont transmises au Comité économique des produits de santé, afin que celui-ci signale le cas échéant les rectifications des données à opérer.

« *Art. L. 138-19-13.*- Le produit des contributions est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. » ;

B.- Après l'article L. 165-1-1, est inséré un article L. 165-1-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 165-1-1-1.*- L'exploitant d'un produit de santé autre qu'un médicament est le fabricant ou un distributeur de ce produit, en assurant l'exploitation. L'exploitation comprend la commercialisation, ou la cession à titre gratuit, sur le marché français du produit sous le nom propre, sous la raison sociale ou sous la marque déposée de l'exploitant. Lorsqu'un mandataire agit pour le compte d'un fabricant, le mandataire est regardé comme étant l'exploitant.

« Lorsque l'exploitant n'est pas le fabricant du produit, et qu'il ne détient pas les droits exclusifs de sa commercialisation, il est tenu, ainsi que l'ensemble des exploitants de ce même produit incluant le cas échéant le fabricant, de déclarer auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale le fabricant et toute information permettant l'identification certaine du produit. Ces informations doivent notamment permettre d'identifier l'ensemble des produits similaires vendus par un même fabricant à plusieurs entreprises. Les modalités d'application du présent alinéa sont précisées par décret. ».

II.- Le A du I entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2020. Pour l'année 2020, le montant Z mentionné à l'article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale est égal à 1,03 multiplié par le montant remboursé par l'assurance maladie au cours de l'année 2019 en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en

charge en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5 et L. 165-4 dues au titre de l'année 2019.

### **Exposé des motifs**

La mesure introduit un mécanisme de sauvegarde lié aux dépenses de dispositifs médicaux de la liste en sus, comparable à celui qui prévaut pour les médicaments : si la dépense remboursée progresse plus vite que la cible, les entreprises exploitant les produits concernés reverseraient le surplus de dépenses à l'assurance maladie. Ce mécanisme n'a pas vocation à se déclencher, mais à favoriser la négociation conventionnelle entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et les entreprises, ainsi que le bon usage des produits. La clause de sauvegarde constitue donc une mesure équilibrée qui permet de sécuriser dans la durée le financement des dispositifs médicaux de la liste en sus par l'assurance maladie.

### **Article 16**

#### **[Clause de sauvegarde médicaments]**

Pour l'année 2020, le montant M mentionné à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale est égal à 1,005 multiplié par le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année 2019 en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des médicaments mentionnés au II du même article L. 138-10 par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 du code de la sécurité sociale dues au titre de l'année 2019 et de la contribution due au titre de l'année 2019 en application de l'article L. 138-10.

### **Exposé des motifs**

L'article L.138-10 du code de la sécurité sociale, modifié lors de la LFSS pour 2019 pour simplifier le mécanisme de sauvegarde relatif aux dépenses de médicaments, a instauré la nécessité de fixer chaque année par la loi le montant M au-delà duquel les entreprises du médicament sont assujetties à une contribution. Le présent article fixe ce montant pour l'année 2020. Le montant retenu, correspondant à une progression du chiffre d'affaires de 0,5% par rapport à l'année 2019, est conforme aux engagements du Conseil stratégique des industries de santé.

**Article 17**

**[Circuits financiers et transferts de recettes]**

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

1° Au 2° de l'article L. 114-8, après les mots : « et ceux de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie » sont insérés les mots : « , à l'exception de ceux du conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants, » ;

2° Au dernier alinéa de l'article L. 131-7 après la première occurrence des mots : « aux articles » sont insérés les mots : « au 5° bis du III l'article L.136-1-1, au huitième, onzième et douzième alinéa de l'article L. 137-15 ».

3° L'article L. 131-8 est ainsi modifié :

a) Le 1° est ainsi modifié :

- Au deuxième alinéa, le taux : « 44,97 % » est remplacé par le taux : « 53,37 % » ;
- Au troisième alinéa, le taux : « 35,24 % » est remplacé par le taux : « 27,57 % » ;
- Au quatrième alinéa, le taux : « 9,79 % » est remplacé par le taux : « 19,06 % » ;
- Le cinquième alinéa est supprimé ;

b) Le 3° est ainsi modifié :

- le *a* ainsi rédigé :

« a) À la Caisse nationale des allocations familiales, pour la part correspondant à un taux de :

« - 0,95 % pour les contributions mentionnées aux 1° du I, au II et au III bis ;

« - 0,68% pour la contribution mentionnée au 3° du I » ;

- au troisième alinéa du *b*, le taux : « 7,35 % » est remplacé par le taux : « 5,30 % » ;

- au *c*, le taux : « 0,30 % » est remplacé par le taux : « 0,22 % ».

4° Le cinquième alinéa de l'article L. 622-2 est ainsi rédigé :

« Le service des prestations mentionnées au présent article est confié aux organismes mentionnés aux articles L. 211-1 et L. 752-4 dans des conditions faisant l'objet d'un protocole entre le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la Caisse nationale de l'assurance maladie approuvé par l'État. Les modalités de financement des coûts afférents sont prévues par décret. » ;

5° L'article L. 632-2 est ainsi rédigé :

« Art. L632-2.- Le service des prestations mentionnées à la présente section est confié aux organismes mentionnés aux articles L. 211 1 et L. 752-4 dans des conditions faisant l'objet d'un protocole entre le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la Caisse nationale de l'assurance maladie approuvé par l'État. Les modalités de financement des coûts afférents sont prévues par décret. » ;

6° L'article L. 635-4-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 635-4-1. - Le service des prestations mentionnées au présent chapitre est confié aux organismes mentionnés aux articles L. 215-1 et L. 752-4 dans des conditions faisant l'objet d'un protocole entre le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la Caisse nationale d'assurance vieillesse approuvé par l'Etat. Les modalités de financement des coûts afférents au sont prévues par décret.

« La Caisse nationale d'assurance vieillesse mène les travaux et études nécessaires à la détermination de la politique de pilotage du régime par le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants. La gestion financière des placements, des biens meubles et immeubles constitutifs des réserves de ce régime, ainsi que la passation des marchés qui en découlent, sont assurées par l'Agence centrale de organismes de sécurité sociale qui dispose à ce titre d'un mandat général pour effectuer les opérations afférentes. Un ou des protocoles entre ces organismes et le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants, approuvés par l'État, précisent les engagements de service et modalités d'information et d'échange liés à ces missions. Les modalités de financement des coûts afférents sont prévues par décret. » ;

7° Après le quatrième alinéa de l'article L. 612-5 est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les comptes annuels du conseil mentionné à l'article L. 612-1 ainsi que les comptes combinés du régime d'assurance invalidité-décès et ceux du régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse sont certifiés par la Cour des comptes. Le rapport de certification de ces comptes est transmis au directeur et au directeur comptable et financier du conseil, ainsi qu'aux autorités administratives compétentes. » ;

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

1° Au 5° de l'article L. 731-2, le taux : « 53,08 % » est remplacé par le taux : « 6,60 % » ;

2° Au 3° de l'article L. 731-3, le taux « 40,05 % » est remplacé par le taux « 39,59 % » ;

3° Au troisième alinéa de l'article L. 732-58, le taux : « 6,87 % » est remplacé par le taux : « 13,81 % ».

III.-A l'article 4 de la loi n°89-1008 du 31 décembre 1989 relative au développement des entreprises commerciales et artisanales et à l'amélioration de leur environnement économique, juridique et sociale, les mots : « à la Caisse nationale du régime sociale des indépendants » sont remplacés par les mots : « à l'Agence de services et de paiement ».

IV.- Le II *septies* de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 est abrogé.

V. – Le V de l'article 9 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 est remplacé par un alinéa ainsi rédigé : « Il est attribué au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire mentionné à l'article L. 732-56 du code

rural et de la pêche maritime une quote-part des droits mentionnés au 5° de l'article L. 731-2 et au 3° de l'article L. 731-3 dudit code dont sont attributaires les branches mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime ».

VI.- 1° Le XVI de l'article 15 de la loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est modifié comme suit :

a) À la fin du 2°, après le mot : « dissoutes » sont insérés les mots : « et mises, dans des conditions fixées par décret, en liquidation » ;

b) Au b du 4° :

- Les mots : « Au 1er janvier 2019 » sont remplacés par les mots : « Au 31 décembre 2019 » ;

- Les mots : « les disponibilités, capitaux propres, créances » sont remplacés par les mots : « les immobilisations, les disponibilités, les capitaux propres et les créances » ;

- Après les mots : « et d'invalidité-décès » sont insérés les mots : « ainsi que les immeubles acquis dans le cadre de la mise en œuvre de l'action sanitaire et sociale ».

c) Au c du 4° :

- Après les mots : « tous les autres » sont insérés les mots : « biens mobiliers et immobiliers, » ;

- Après les mots : « la majorité de ses salariés. » est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par exception, les actifs informatiques autres que les matériels expressément identifiés à ce titre dans les conventions mentionnées à l'alinéa suivant sont transférés au 1<sup>er</sup> janvier 2020 au groupement d'intérêt économique « Système d'information Sécu-Indépendants ». Les matériels informatiques mentionnés dans ces conventions sont transférés aux organismes du régime général. » ;

- Après les mots « de quelque nature que ce soit », sont insérés les mots : « et sont exonérés de la contribution de sécurité immobilière prévue à l'article 879 du code général des impôts. » ;

VII.- Les XVI à XVIII de l'article 26 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 sont abrogés.

VIII.- Par dérogation à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, la compensation de l'exonération prévue à l'article 131 de la loi n°2013-1311 du 30 décembre 2003 de finances pour 2004 pour les exercices 2020, 2021 et 2022 est déterminée forfaitairement.

IX.- A compter de l'année 2020, la caisse mentionnée à l'article L. 222-1 du code de la sécurité sociale et le régime institué en application de l'article L. 921-1 du même code d'une part compensent au régime spécial de retraite du personnel de la SNCF d'autre part les pertes de ressources résultant, pour ce dernier, de l'arrêt, au 1er janvier 2020, des recrutements au cadre permanent de la SNCF en application de l'article 3 de la loi n°2018-515 du 27 juin 2018 pour un nouveau pacte ferroviaire.

Une convention entre ces régimes, approuvée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, détermine les modalités de cette compensation, en tenant compte de l'évolution des ressources et des charges résultant de l'arrêt des recrutements pour chacun des organismes.

À défaut de signature de cette convention avant le 1<sup>er</sup> juillet 2020, un décret, publié au plus tard le 31 décembre 2020, détermine les conditions de mise en œuvre par les régimes de la compensation prévue au présent VI.

X.- À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021 et jusqu'à la date fixée par le décret mentionné au septième alinéa de l'article 7 de l'ordonnance n°2018-358 du 16 mai 2018 relative au traitement juridictionnel du contentieux de la sécurité sociale et de l'aide sociale, les dépenses de toute nature exposées par la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail et résultant de l'application des chapitres II et III mentionnés à l'article L. 144-5 du code de la sécurité sociale sont prises en charge par l'Etat.

XI.- Pour l'année 2020, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie contribue à la réforme du financement des services qui apportent au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie dans la limite de 50 millions d'euros prélevés pour partie par une part des crédits mentionnés au *a* de l'article L. 14-10-9 dans sa rédaction issue de la présente loi, et pour le solde par ses fonds propres.

XII.- A l'exception du X, les dispositions du présent article sont applicables à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020.

### **Exposé des motifs**

Le présent article procède à des transferts de recettes entre branches et organismes de sécurité sociale.

En premier lieu, il organise la répartition de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) et de la taxe sur les salaires (TS) entre les branches pour prendre en compte l'effet sur celles-ci en année pleine du renforcement des allègements généraux élargis aux cotisations patronales d'assurance chômage, le transfert à la sécurité sociale du financement de l'Agence nationale de la sécurité du médicament (ANSM) et de l'agence nationale de santé publique (ANSP) ainsi que de la suppression de la taxe sur les huiles, affectée au régime complémentaire de retraite des non-salariés agricoles.

En second lieu, il abroge les transferts de dette de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) vers la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et en tire les conséquences en supprimant également l'affectation de fractions de contribution sociale généralisée (CSG) qui devait permettre de l'amortir.

En troisième lieu, cet article prévoit l'instauration d'une compensation entre le régime spécial de retraite du personnel de la SNCF (CPRP-SNCF) d'une part, et la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et l'AGIRC-ARRCO d'autre part, afin de neutraliser la perte de ressources résultant, pour le régime spécial de retraite du personnel de la SNCF, de l'arrêt, au 1<sup>er</sup> janvier 2020, des recrutements au cadre permanent de la SNCF en application de l'article 3 de la loi du 27 juin 2018 pour un nouveau pacte ferroviaire.

Il prévoit par ailleurs, par dérogation au principe de compensation sur crédits budgétaires des exonérations spécifiques, de réduire forfaitairement la compensation due par l'Etat au titre de l'exonération en faveur des jeunes entreprises innovantes (JEI).

Il prévoit également la finalisation de la réforme du RSI, par le transfert aux organismes nationaux et locaux du régime général, de droits et obligations afférents à la gestion administrative de chaque caisse déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants, et au Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants (CPSTI), des disponibilités, capitaux propres, créances et dettes représentatives des droits et obligations directement afférents à la mise en œuvre de l'assurance vieillesse complémentaire et d'invalidité-décès dont bénéficient les travailleurs indépendants.

Afin de poursuivre et intensifier l'appui au financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), un financement de 50M€ sera reconduit en 2020 après une première étape en 2019.

### **Article 18**

#### **[Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionnées à l'annexe V]**

Est approuvé le montant de 5,1 milliards d'euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 5 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

### **Exposé des motifs**

Les crédits ouverts sur le budget de l'État en compensation d'exonérations s'élèvent à 5,1 Md€ en 2020. Le montant est stable par rapport au montant de crédits ouverts en loi de finances initiale pour 2019.

### **Article 19**

#### **[Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV]**

Pour l'année 2020, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	220,8	223,8	-3,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	15,0	13,6	1,4
Vieillesse	244,1	247,3	-3,2
Famille	51,0	50,3	0,7

Toutes branches (hors transferts entre branches)	517,1	521,3	-4,2
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	516,2	521,8	-5,6

### Exposé des motifs

En 2020, les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale cumulent un déficit de 4,2 milliards d'euros. Le Fonds de solidarité vieillesse présente quant à lui un déficit de 1,4 milliards d'euros, en résorption par rapport à 2019.

### Article 20

#### [Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général et du FSV]

Pour l'année 2020, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général :

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	219,2	222,3	-3,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,5	12,2	1,4
Vieillesse	139,0	141,7	-2,7
Famille	51,0	50,3	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	409,5	413,2	-3,8
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	409,7	414,8	-5,1

### Exposé des motifs

En 2020, les branches du régime général cumuleront un déficit de 3,8 milliards d'euros. Le solde cumulé du régime général et du FSV présenterait quant à lui un déficit de 5,1 milliards d'euros.

### Article 21

#### [Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du FRR et du FSV]

I.- Pour l'année 2020, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

II.- Pour l'année 2020, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 16,7 milliards d'euros.

III.- Pour l'année 2020, 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 2020, 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	0
Total	0

### Exposé des motifs

En 2020, la dette restant à amortir à la CADES devrait s'élever à 72,5 Md€, 188 Md€ ayant déjà été amorti par la caisse. La CADES amortira 16,7 milliards d'euros au cours de cette année, soit 700 millions d'euros de plus qu'en 2019 et 1,3 milliards d'euros de plus qu'en 2018. Le désendettement se poursuivra donc à un rythme accéléré.

### Article 22

#### [Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes]

I.- Sont habilités en 2020 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	39 000
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	4 100
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF – période du 1 <sup>er</sup> au 31 janvier	400
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF – période du 1 <sup>er</sup> février au 31 décembre	150
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	515
Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG)	250

Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales - période du 1 <sup>er</sup> janvier au 31 août 2020	2 000
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales - période du 1 <sup>er</sup> septembre au 31 décembre 2020	2 700

II.- Le 3° de l'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces avances portent intérêt à un taux défini comme la somme d'un taux interbancaire de référence, s'il est positif, adapté à la durée de l'avance accordée et d'une marge fixe qui ne peut excéder deux cents points de base. Cette marge fixe peut être majorée dans la limite du double de son niveau lorsque plusieurs avances sont consenties au cours d'une année civile. Les taux de référence, le niveau de marge, les conditions de prise en compte de la réitération des avances ainsi que l'encours maximal des avances octroyées sont prévus par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale. »

### **Exposé des motifs**

Le plafond d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) est fixé à 39 milliards d'euros pour l'exercice 2020. En effet, en dépit du déficit prévisionnel du régime général et du FSV de 5,1 milliards d'euros en 2020, il n'est pas nécessaire de relever le plafond de plus d'un milliard d'euros par rapport à l'exercice 2019. Ce plafond permettra la couverture intégrale des besoins de trésorerie du régime des exploitants agricoles, du régime de sécurité sociale dans les mines, du régime spécial des industries électriques et gazières, du régime spécial des agents de la SNCF et du régime d'assurance vieillesse des fonctionnaires locaux et hospitaliers (CNRACL). L'ACOSS sera ainsi en mesure de gérer les aléas et décalages de flux pesant sur son profil tout au long de l'année grâce à une bonne couverture de son risque de liquidité lui permettant d'immobiliser les sommes afférentes au-delà du strict besoin de financement des prestations.

Les plafonds des autres caisses sont déterminés ainsi :

- Le plafond d'emprunt de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) est fixé à 4,1 milliards d'euros.
- Le niveau de ressources non permanentes auquel pourra recourir la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) est fixé à 400 millions d'euros pour la période courant du 1er janvier au 31 janvier, puis à 150 millions d'euros pour le reste de l'année 2020.
- Le plafond de la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) est quant à lui fixé à 515 M€, supérieur de 45 M€ au plafond d'emprunt en 2019. Les besoins de trésorerie de la caisse restent importants au regard de la situation de la branche vieillesse.
- Compte tenu de recettes plus dynamiques, les besoins de trésorerie de la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) seront réduits en 2020. Il est donc proposé de réduire le plafond pour cette année et de le fixer à 250 millions d'euros.

- Enfin la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et hospitaliers (CNRACL) devra recourir à l'emprunt en 2020 pour des montants importants en raison d'un résultat prévisionnel négatif de 1 392 M€. Il est proposé de tenir compte de la diminution progressive du solde de trésorerie sur l'année en retenant un plafond d'emprunt de 2 000 millions d'euros pour les huit premiers mois puis un second de 2 700 millions d'euros pour quatre mois restants.

Par ailleurs, le présent article vise à encadrer la rémunération des avances consenties par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) à des organismes n'entrant pas dans le champ de la sécurité sociale. L'objectif est d'éviter que cette intervention de l'ACOSS en dehors de son cœur de compétence ne la conduise à proposer à ces tiers des conditions beaucoup plus avantageuses que celles dont ils bénéficieraient dans des conditions normales de marché.

### **Article 23**

#### **[Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)]**

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2020 à 2023), 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

#### **Exposé des motifs**

La nouvelle trajectoire pluriannuelle de recettes et de dépenses des branches des régimes obligatoires de base de sécurité sociale tire les conséquences des dispositions du projet de loi, notamment de l'effet de la suppression de la hausse de la CSG acquittée par une partie des retraités depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, décidée dans la loi portant mesures d'urgence économiques et sociales, et d'une conjoncture économique moins favorable que celle anticipée l'année dernière. En conséquence, le retour à l'équilibre du régime général de sécurité sociale est désormais prévu pour 2023.

## QUATRIÈME PARTIE

### DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET A L'EQUILIBRE DE LA SECURITE SOCIALE POUR L'EXERCICE 2020

#### TITRE I : POURSUIVRE LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

##### CHAPITRE I : RENFORCER LE FINANCEMENT DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

#### Article 24

#### [Réforme du financement des hôpitaux de proximité]

I.- L'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-23-16.* - Les hôpitaux de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique bénéficient des modalités de financement suivantes :

« 1° Afin d'inciter à la mise en place de prises en charge coordonnées des patients entraînant un recours moindre à l'hospitalisation, et par dérogation à l'article L. 162-22-6, l'activité de médecine des hôpitaux de proximité fait l'objet d'une garantie pluriannuelle de financement. Le niveau de cette garantie est déterminé en tenant compte du volume d'activité et des recettes perçues antérieurement par l'établissement au titre de cette activité, des besoins de santé du territoire ainsi que de la qualité de la prise en charge des patients, sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-23-15. Ils bénéficient du versement d'un complément de recettes issues de leur activité, lorsque celles-ci sont supérieures au montant du niveau garanti pour l'année considérée. Les modalités de fixation de cette garantie de financement, sa durée ainsi que ses modalités de révision sont déterminées par décret en conseil d'État ;

« 2° Les hôpitaux de proximité bénéficient également d'une dotation de responsabilité territoriale dont le montant est déterminé en tenant compte de l'organisation et la réalisation de leurs missions et de la qualité de prise en charge des patients. Cette dotation a notamment vocation à accompagner la mise en place d'une offre de consultation de spécialités et l'accès à des plateaux techniques d'imagerie, de biologie et des équipements de télésanté, et à financer l'indemnité prévue à l'article L. 6146-2 du code de la santé publique versée par les hôpitaux de proximité aux professionnels de santé libéraux participant à l'exercice de leurs missions. Cette indemnité peut également être versée aux professionnels de santé libéraux exerçant dans un hôpital de proximité de statut privé relevant de l'article L. 6161-1 du même code.

« Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. ».

II.- À l'article L. 162-23-16 ainsi rédigé, à la date d'entrée en vigueur de l'article L. 6111-3-1 nouveau du code de la santé publique tel qu'issu de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé, et au plus tard le 1er janvier 2021, après la première occurrence du mot : « missions » sont ajoutés les mots : « précisées aux 1° à 4° du II de l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique ».

III.- L'article L. 6146-2 du code de la santé publique est complété par l'alinéa suivant :

« Les médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral admis, dans les conditions prévues aux alinéas précédents, à participer à l'exercice des missions des hôpitaux de proximité mentionnées à l'article L. 6111-3-1, peuvent être indemnisés à ce titre selon des modalités prévues par voie réglementaire. Cette indemnité s'ajoute aux honoraires mentionnés au premier alinéa. »

### **Exposé des motifs**

La réforme des hôpitaux de proximité s'inscrit dans des évolutions très structurantes portées par la stratégie de transformation du système de santé. C'est une nouvelle organisation des soins qui est proposée, au sein de laquelle les acteurs sont recentrés sur leur cœur de métier et d'expertise. Cela nécessite le renforcement des soins primaires par une structuration des acteurs de premier recours et une redéfinition des niveaux de recours hospitaliers sous l'angle de la qualité et de la sécurité des soins. Des mécanismes et dispositifs de coordination entre ces différents offreurs sont également à renforcer, en vue notamment de favoriser la fluidité des parcours et le décroisement des acteurs. Dans ce cadre, la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a redéfini les hôpitaux de proximité en fonction de leurs missions, et des ordonnances à venir proposeront des modalités de gouvernance et d'organisation propres à permettre à ces établissements de constituer un véritable trait d'union entre le monde hospitalier et la médecine de ville.

Cette mesure vise à proposer des modalités de financement adaptées aux missions des hôpitaux de proximité. Le modèle proposé repose ainsi sur deux volets :

- D'une part, la mise en œuvre d'une garantie de financement pluriannuelle qui vise à sécuriser le financement de l'activité socle des hôpitaux de proximité, à savoir leur activité de médecine, et à inciter au développement d'actions de prévention et d'amélioration de la coordination des soins plutôt qu'à une logique de productions d'actes ;
- D'autre part, la création d'une dotation de responsabilité territoriale qui sera allouée à l'hôpital de proximité sur une base contractualisée avec les acteurs du territoire et les tutelles au titre de ses missions complémentaires et partagées avec la ville. Cette dotation a notamment vocation à accompagner la mise en place d'une offre de consultations de spécialités ainsi que l'accès à des plateaux techniques et des équipements de télésanté. Elle permettra également aux hôpitaux de proximité d'indemniser les médecins libéraux qui y exercent, pour des temps « non cliniques », afin de favoriser l'exercice mixte en ville et en hôpital de proximité.

Enfin, la qualité et la sécurité des soins étant une exigence croissante et légitime de l'ensemble des usagers du système de santé, le modèle proposé prendra en compte, dans ses deux volets de financement, les résultats des hôpitaux de proximité en matière de qualité des prises en charge.

## Article 25

### [Réforme du financement de la psychiatrie et évolution du modèle cible de financement des SSR]

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

1° L'article L. 162-23-3 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 162-23-3.* - Les activités de soins mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-2 exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 bénéficient d'un financement mixte sous la forme de recettes issues directement de l'activité, dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-23-4, et d'une dotation forfaitaire visant à sécuriser de manière pluriannuelle le financement de leurs activités, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État. » ;

2° Le I de l'article L. 162-23-4 est ainsi modifié :

a) Le 1° est supprimé ;

b) Les 2°, 3° et 4° deviennent respectivement des 1°, 2° et 3° ;

c) Il est rétabli un 4° ainsi rédigé :

« 4° les modalités de calcul de la dotation forfaitaire mentionnée à l'article L. 162-23-3 ; » ;

3° Le I de l'article L. 162-23-5 est ainsi modifié :

a) Au début du I, la référence : « 2° » est remplacée par la référence : « 1° » ;

b) Au I, les mots : « servant de base au calcul de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 162-23-3 et du montant forfaitaire mentionné au 2° du même article » sont supprimés ;

4° Après l'article L. 162-23-6, il est inséré un article L. 162-23-6-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-23-6-1.* - Les médicaments qui bénéficient de l'un des dispositifs de prise en charge mentionnés aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 et qui sont administrés au cours d'une hospitalisation sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 dans les conditions respectivement fixées aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2. Pour chaque patient, la prise en charge de ces médicaments est conditionnée à l'initiation du traitement dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 162-22-6 sans préjudice des autres dispositions applicables. » ;

5° À l'article L. 162-23-7, la référence : « au 2° » est remplacée par la référence : « au 1° » ;

6° À l'article L. 162-23-10, après les mots : « aux articles L. 162-23-7 et L. 162-23-8 », sont insérés les mots : « et la dotation forfaitaire mentionnée au L. 162-23-3, ».

II.- A. - Le III de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, dans sa rédaction issue de l'article 68 de la loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, est ainsi modifié :

- 1° Le A est supprimé ;
- 2° Les B, C, D, E et F deviennent respectivement des A, B, C, D, E et F ;
- 3° Sont remplacées toutes les références : « B » par la référence « A » ;
- 4° Sont remplacées toutes les références : « C » par la référence : « B » ;
- 5° Sont remplacées toutes les références : « D » par la référence : « C » ;
- 6° Sont remplacées toutes les références : « E » par la référence : « D » ;
- 7° Sont remplacées toutes les références : « F » par la référence : « E » ;
- 8° Sont remplacées toutes les dates : « 1er janvier 2020 » par la date : « 1er janvier 2021 » ;
- 9° Sont remplacées toutes les dates : « 1er mars 2022 » par la date : « 1er mars 2026 », à l'exception de celle figurant au C devenu B ;
- 10° Sont remplacées toutes les dates : « 31 décembre 2019 » par la date : « 31 décembre 2020 », à l'exception de celle figurant au F devenu E au sein duquel la date « 31 décembre 2019 » est remplacée par la date « 28 février 202X » ;
- 11° Sont remplacées toutes les dates : « 28 février 2022 » par la date : « 28 février 2026 » ;
- 12° Sont remplacées toutes les dates : « 1er janvier 2019 » par la date : « 1er janvier 2020 » ;
- 13° Dans le G devenu F, la référence : « 2° » est remplacée par la référence « 1° » ;
- 14° Il est rétabli un G ainsi rédigé :

« G. - Par dérogation aux articles L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, à compter du 1er janvier 2021 et au plus tard jusqu'au 1er mars 2026, pour chaque établissement mentionné aux d et e de l'article L. 162-22-6 du même code, les tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-23-4 du même code sont minorés du montant des honoraires facturés dans les conditions définies à l'article L. 162-1-7 du même code par les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral au sein de ces établissements et précisées par décret en conseil d'État. » ;

B.- Aux V et VI de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, dans sa rédaction issue de l'article 68 de la loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, les dates : « 31 décembre 2019 » sont remplacées par la date : « 31 décembre 2020 ».

III. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 1° de l'article L. 133-4, la référence : « L. 162-22-1 » est supprimée ;

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

a) Les références : « L. 162-22-1 et L. 162-22-6 » sont remplacées par les références : « L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;

b) Les mots : « dans la dotation mentionnée à l'article L. 174-1 » sont remplacés par les mots : « dans les dotations mentionnées aux articles L. 162-22-19 et L. 174-1 » ;

3° Au quatrième alinéa de l'article L. 162-21-3, les mots : « des articles L. 162-22-3 et » sont remplacés par les mots « de l'article » ;

4° Au 2° de l'article L. 162-22, les mots : « à l'article L. 162-22-1 dans les établissements mentionnés aux d et e de l'article 162-22-6 et conformément à l'article L. 174-1 dans les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 162-22-19 » ;

5° La sous-section 2 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre Ier est abrogée ;

6° La sous-section 3 de la même section 5 devient la sous-section 2 ;

7° À l'article L. 162-22-16, les mots : « à l'article L. 174-1 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-19 et L. 174-1 » ;

8° La sous-section 3 de la même section 5 est ainsi rétablie :

« Sous-section 3

« Dispositions relatives aux activités de psychiatrie

« *Art. L. 162-22-18.* - I.- Chaque année est défini un objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférents aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret.

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

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

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

« II.- Cet objectif est constitué en dotations dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il comprend :

« 1° Une dotation populationnelle, dont le montant tient compte des besoins de la population, des caractéristiques de l'offre et des projets de développement de nouvelles activités ;

« 2° Des dotations complémentaires, dont le montant tient compte de l'activité des établissements et de leurs missions spécifiques ;

« 3° La dotation prévue à l'article L. 162-23-15 pour les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22.

« III.- La dotation populationnelle est répartie entre les régions en tenant compte des critères suivants :

« a) La taille, les caractéristiques et les besoins de la population, les caractéristiques de l'offre de soins sur le territoire, notamment le nombre d'établissements par région pour chacune des catégories mentionnées au L.162-22-6, ainsi que les orientations des schémas régionaux ou interrégionaux de santé et leurs déclinaisons territoriales ;

« b) La réduction progressive des inégalités dans l'allocation de ressources entre régions, dans des conditions précisées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Le montant des dotations régionales issues de la dotation populationnelle est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé. »

« Art. L. 162-22-19. - I.- Les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 sont financées par :

« 1° Une dotation issue de la dotation populationnelle mentionnée au II de l'article L. 162-22-18, tenant compte de la contribution de l'établissement à la réponse aux besoins de santé du territoire ;

« 2° Des dotations complémentaires tenant compte de l'activité de l'établissement et des missions spécifiques qu'il assure le cas échéant. Ces dotations sont listées par décret en conseil d'État ;

« 3° La dotation prévue à l'article L. 162-23-15 lorsque l'établissement atteint des résultats évalués à l'aide d'indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, mesurés tous les ans par établissement ;

« 4° Le cas échéant, des crédits issus de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 pour le financement des activités de recherche en psychiatrie.

« II.- Le montant de ces dotations est fixé annuellement par l'Etat au niveau de chaque établissement. Ce montant est établi :

« 1° Pour la dotation mentionnée au 1° du I, en fonction de critères définis au niveau régional après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé en région. Ces critères peuvent faire l'objet d'un encadrement au niveau national ;

« 2° Pour les dotations mentionnées au 2°, en fonction de critères fixés par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité, liés d'une part à la nature, au volume et à l'évolution de leurs activités, d'autre part à leurs missions spécifiques ;

« 3° Pour la dotation mentionnée au 3°, selon des modalités de calcul fixées par arrêté dans les conditions prévues à l'article L. 162-23-15 ;

« 4° Pour la dotation mentionnée au 4°, dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-14.

« Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en conseil d'État. »

9° Le titre de la sous-section 5 de la même section 5 est remplacé par l'intitulé : « Dispositions communes aux activités de médecine, de gynécologie-obstétrique et d'ontologie, aux activités de psychiatrie et aux activités de soins de suite et de réadaptation » ;

10° Au deuxième alinéa de l'article L. 162-26, les mots : « la dotation annuelle mentionnée à l'article L. 174-1 » sont remplacés par les mots : « les dotations mentionnées à l'article L. 162-22-19 » ;

11° Le *a* du 1° du II de l'article L. 162-31-1 est ainsi modifié :

a) Après la référence : « L. 162-22-15 » sont insérées les références : « L. 162-22-18, L. 162-22-19 » ;

b) La référence : « L. 162-22-1 » est supprimée ;

12° À l'article L. 165-7, les mots : « au 1° de l'article L. 162-22-1 et » sont supprimés ;

13° L'article L. 174-1 est remplacée par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 174-1. - I. -* Chaque année est défini un objectif des dépenses d'assurance maladie constitué du montant total des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des activités suivantes :

« 1° L'ensemble des activités des établissements mentionnés à l'article L. 162-22-16 pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 ;

« 2° Les activités mentionnées au 3° de l'article L. 162-22 ;

« 3° L'ensemble des activités de soins de l'Institution nationale des invalides ;

« 4° Les activités de soins dispensés par l'établissement public territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon ;

« 5° Les activités de soins dispensés par l'établissement public de santé de Mayotte ;

« 6° Les activités de soins dispensés par un hôpital établi dans un autre État à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, en application d'un accord conclu entre la France et l'État concerné ;

« 7° Les activités de soins dispensés par les maisons d'enfants à caractère sanitaire mentionnées à l'article L. 2321-2 du code de la santé publique.

« Le montant de cet objectif est arrêté par l'État en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.

« Le montant de cet objectif est constitué en dotations régionales. Certaines des dépenses incluses dans l'objectif mentionné au premier alinéa peuvent ne pas être incluses dans ces dotations régionales. Le montant des dotations régionales, qui présente un caractère limitatif, est fixé par l'État en tenant compte de l'activité des établissements, des orientations des schémas régionaux ou interrégionaux de santé et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire.

« II. - Le montant de la dotation annuelle de financement de chaque établissement est arrêté par l'État. » ;

14° L'article L. 174-1-1 est abrogé ;

15° Aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 174-1-2 la référence « L. 174-1-1 » est remplacée par la référence « L. 174-1 » ;

16° À l'article L. 174-2, après la référence : « L. 162-22-16 » est insérée la référence : « L. 162-22-19 » ;

17° L'article L. 174-2-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « au 7° de l'article L. 174-1-1 » sont remplacés par les mots : « au 6° de l'article L. 174-1 » ;

b) À la fin du premier alinéa, la référence : « 7° » est remplacée par la référence : « 6° » ;

18° À l'article L. 174-5, la référence « L. 174-1-1 » est remplacée par la référence « L. 174-1 » ;

19° L'article L. 174-12 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence : « L. 174-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-18 » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « au dernier alinéa de l'article L. 174-1 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 162-22-19 » ;

20° L'article L. 174-15 est ainsi modifié :

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

« Sont applicables aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées, les articles L. 162-22-18 et L. 162-22-19. » ;

b) Au troisième alinéa, il est inséré après la référence : « aux 1° », la référence : « , 2° » ;

c) Après le sixième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les dépenses afférentes aux activités mentionnées au troisième alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-18. » ;

21° L'article L. 174-15-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est supprimé ;

b) La fin du deuxième alinéa est complétée par les mots : « et à l'Institution nationale des invalides. » ;

22° L'article L. 174-15-2 est abrogé.

IV. - Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au second alinéa du II de l'article L. 1434-8, les références : « L. 162-22-2, L. 162-22-9 et L. 174-1-1 » sont remplacées par les références : « L. 162-22-9, L. 162-22-18, L. 162-23 et L. 174-1 » ;

2° À la fin du premier alinéa de l'article L. 6131-5, après la référence : « L. 174-1 » sont insérés les mots : « ou à l'article L. 162-22-19 » ;

3° À l'article L. 6145-1, après la référence : « L. 162-22-16 », est insérée la référence : « L. 162-22-19 » ;

4° Le I de l'article L. 6145-4 est ainsi modifié :

a) Au 4°, la référence : « 3° » est remplacée par la référence « 4° » ;

b) Après le 4°, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 5° Une modification des dotations mentionnées à l'article L. 162-22-19 du même code. »

V. - Le 4° du I, les III et IV du présent article sont applicables à compter du 1er janvier 2021.

### **Exposé des motifs**

Dans le cadre de la réforme du financement du système de santé, cette mesure vise à mettre en œuvre la réforme du financement de la psychiatrie et rénover celle des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR).

Le nouveau modèle de financement des activités de psychiatrie doit permettre de rassembler les acteurs publics et privés dans un modèle de financement commun respectueux de leurs spécificités et permettant une mise en cohérence de l'offre sur les territoires. Ces nouvelles modalités de financement auront également pour objectif d'inciter les établissements de santé mentale à s'inscrire dans des démarches de qualité et de favoriser

l'introduction et la diffusion de traitements et modes de prises en charge innovants. Le développement de la recherche sera également encouragé, notamment en pédopsychiatrie.

Les établissements de psychiatrie seront financés majoritairement par une dotation populationnelle, ainsi que par des financements complémentaires prenant en compte le développement de nouvelles activités, l'activité estimée au travers de la taille et/ou de l'évolution des files actives, la qualité des prises en charge et la recherche.

L'entrée en vigueur de ce nouveau modèle de financement pour la psychiatrie est prévue en 2021 après une année de préparation et d'accompagnement de l'ensemble des acteurs afin que cette réforme soit mise en œuvre dans les meilleures conditions. Des mesures d'accompagnement permettront de limiter les effets revenus pour les établissements.

S'agissant du financement des activités de soins de suite et de réadaptation, en cohérence avec les orientations de la réforme du financement du système de santé et pour tirer les conséquences des travaux menés avec les acteurs hospitaliers pour déterminer les orientations stratégiques concernant l'organisation de l'offre de soins de SSR, l'évolution proposée conduit à définir un modèle de financement mixte assis sur :

- Une part de valorisation à l'activité, qui doit permettre de répondre à un double objectif : améliorer la qualité des prises en charge et en garantir l'homogénéité sur l'ensemble du territoire national et mieux valoriser les prises en charge spécialisées, en réponse au besoin de la population ;
- Une part forfaitaire, qui doit permettre de garantir la visibilité et la stabilité financière attendue par les acteurs et d'accompagner la transformation des organisations, en soutenant le développement de l'ambulatoire ainsi que l'innovation organisationnelle et technologique.

Cette évolution conduit également à reporter d'un an la date d'entrée en vigueur du modèle cible de financement des SSR, celle-ci étant désormais fixée au 1er janvier 2021 afin de finaliser les travaux techniques sur la base de ce modèle rénové.

## **Article 26**

### **[Réforme du ticket modérateur à l'hôpital]**

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

1° À l'article L. 160-13, après les mots « somme forfaitaire » sont insérés les mots «, sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-20-1 » ;

2° Il est créé un article L. 162-20-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-20-1.* - Dans les établissements de santé, une tarification 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 au calcul de la participation à la charge des assurés mentionnée à l'article L. 160-13. Par exception, les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-10 servent de base au calcul de la participation des assurés pour les activités visées au 1° de l'article L. 162-22 réalisées dans les établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6.

« Les tarifs servant de base au calcul de la participation de l'assuré servent également à l'exercice des recours contre tiers et à la facturation des soins de patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, à l'exception de ceux affiliés au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte ou de ceux relevant d'un des régimes de la protection sociale généralisée de la Polynésie française ainsi qu'à la facturation des soins et de l'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20, et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État ou de la prise en charge des soins urgents en application des dispositions des articles L. 251-1 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles. »

3° Aux articles L. 162-22-10 et L. 162-23-4, les mots : « servant de base au calcul de la participation de l'assuré » sont supprimés ;

4° Les articles L. 162-23-9 et L. 174-3 sont abrogés ;

5° À l'article L. 174-15-1, la référence : « L. 174-3 » est remplacée par la référence : « L. 162-20-1 » ;

6° À l'article L. 175-1, les mots : « des articles L. 174-1 et L. 174-3 » sont remplacés par les mots « de l'article L. 174-1 » ;

II.- Aux articles L. 6143-7 et L. 6162-9 du code de la santé publique, la référence « L. 174-3 » est remplacée par la référence « L. 162-20-1 » ;

III.- Au II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, la date : « 2019 » est remplacée par la date : « 2020 » ;

IV.- Les dispositions du I et du II entrent en vigueur le 1er janvier 2021. À compter du 1er janvier 2021 et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2023, le montant de la dotation mentionné à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale peut être majoré ou minoré pour limiter l'effet sur les recettes des établissements de santé de la mise en œuvre des dispositions du I.

### **Exposé des motifs**

Lors de la mise en œuvre de la tarification à l'activité dans les établissements de santé, a été mis en place un dispositif transitoire permettant aux hôpitaux publics et aux établissements privés participant au service public hospitalier de continuer à calculer le ticket modérateur sur la base des tarifs journaliers de prestations (TJP), définis à partir du coût de revient prévisionnel des différentes catégories de soins de chaque établissement et non sur les tarifs nationaux de prestations issus des groupes homogènes de séjours (GHS).

La présente mesure vise à mettre un terme à cette situation transitoire, qui a terme aurait conduit à opérer d'importants transferts de recettes entre secteurs et entre établissements :

- D'une part, en pérennisant le système du calcul du ticket modérateur sur la base des tarifs journaliers de prestations pour les établissements concernés
- D'autre part en le rationalisant en introduisant une nomenclature simplifiée et nationale des TJP, afin de s'assurer que ceux-ci reflètent davantage le coût effectif du service.

Cette réforme entrera progressivement en vigueur à partir de 2021.

## **Article 27**

### **[Réforme du financement : nomenclatures de ville]**

Par dérogation à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, l'ensemble des actes inscrits sur une liste mentionnée à cet article, à la date d'entrée en vigueur de la présente loi, font l'objet d'un examen en vue d'une nouvelle hiérarchisation dans un délai de cinq ans. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités de cette révision, notamment l'organisation des travaux et la composition des instances procédant à la hiérarchisation.

### **Exposé des motifs**

L'engagement a été pris dans le cadre de la stratégie de transformation de notre système de santé « Ma santé 2022 » de mettre à jour les nomenclatures et la classification générales des actes professionnels. Ce travail s'impose en effet pour accompagner le développement de la qualité et de la pertinence des soins. La nomenclature des actes médicaux et paramédicaux, ainsi que des soins assurés par les établissements, doit correspondre à l'état de l'art médical et ne pas favoriser des techniques ou des modes de prise en charge obsolètes ou moins efficaces. Il s'agit également d'améliorer le caractère descriptif des actes quand cela est nécessaire afin de mieux appréhender l'activité des professionnels. Ce chantier associera les professionnels de santé, les sociétés savantes, la Haute autorité de santé et l'Assurance Maladie, en ce qui concerne les nomenclatures des actes professionnels.

Les modalités de mise en œuvre des orientations prévues dans cet article seront concertées avec les acteurs concernés.

## **Article 28**

### **[Prise en charge des dispositifs médicaux : négociation de prix en cas de concurrence]**

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

A.- A l'article L. 162-17-9 :

1° Au premier alinéa :

a) Les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants au sens de l'article L. 165-1-1-1 ou distributeurs au détail » ;

b) Les mots : « mentionnés à l'article L. 165-1 » sont supprimés ;

2° Au troisième alinéa :

a) Les mots : « au même article » sont remplacés par les mots : « à l'article » ;

b) Après les mots : « des distributeurs » sont insérés les mots : « au détail » ;

3° Au quatrième alinéa :

a) Les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

b) Les mots : « mentionnés auxdits articles L. 165-1 » sont supprimés ;

B.- A l'article L. 165-1 :

1° Au troisième alinéa, les mots : « fabricants, leurs mandataires ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

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

« L'inscription sur la liste mentionnée au premier alinéa peut également être subordonnée, à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à une procédure de référencement visant à sélectionner les produits, et le cas échéant, les prestations associées pris en charge, selon des critères de sélection fondés sur le respect de spécifications techniques, sur la qualité des produits et prestation, sur le volume des produits et prestations nécessaires pour garantir un approvisionnement suffisant du marché ainsi que sur l'intérêt des conditions tarifaires proposées au regard de l'objectif d'efficience des dépenses d'assurance maladie. La mise en œuvre de la procédure de référencement peut déroger aux dispositions des articles L. 165-2, L. 165-3, L. 165-3-3 et L. 165-4 dans des conditions précisées par décret en Conseil d'État. Les produits et prestations ainsi sélectionnés sont référencés pour une période maximale de deux ans, le cas échéant prorogeable un an, pour une catégorie de produits et prestations comparables. La procédure peut conduire à exclure de la prise en charge, pour la période précédemment mentionnée, les produits ou prestations comparables les moins avantageux au regard des critères de sélection. La procédure de référencement ne peut conduire à placer un produit ou une prestation remboursable en situation de monopole. » ;

3° Au cinquième alinéa, devenu le sixième alinéa, après les mots : « la liste, » sont insérés les mots : « les conditions de mise en œuvre, le cas échéant, de la procédure de référencement » ;

4° Au dernier alinéa, après les mots : « leur finalité », la fin de l'alinéa est ainsi rédigée : «, leur mode d'utilisation et, le cas échéant, selon le recours à la procédure de référencement. » ;

C.- A l'article L. 165-1-2 :

1° Au premier alinéa, les mots : « fabricants ou leurs mandataires ou les distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants au sens de l'article L. 165-1-1-1 » ;

2° Au premier alinéa du II, les mots : « au fabricant ou à son mandataire ou au distributeur » sont remplacés par les mots : « à l'exploitant » ;

3° Au troisième alinéa du même II, les mots : « le fabricant ou son mandataire ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant » ;

4° Au quatrième alinéa du même II, les mots : « le fabricant ou distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant » ;

5° Au III, les mots : « du fabricant ou de son mandataire ou du distributeur » sont remplacés par les mots : « de l'exploitant ».

D.- À l'article L. 165-1-4 :

1° Au I, les mots : « le fabricant ou pour le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou pour le distributeur au détail » ;

2° Au II, après la première occurrence du mot : « La » sont insérés les mots : « prescription ou la », après la première occurrence de la référence : « L. 165-1 » le mot : « peut » est remplacé par le mot : « peuvent », après les mots : « pour le » sont insérés les mots : « prescripteur ou le » et après le mot : « distributeur » sont insérés les mots : « au détail » ;

3° Au IV :

a) Au premier alinéa, les mots : « du fabricant ou du distributeur » sont remplacés par les mots : « du prescripteur, de l'exploitant ou du distributeur au détail » ;

b) Au 2° est complété par les mots : « par l'exploitant ou le distributeur au détail » ;

c) Après le 2° il est inséré un 3° ainsi rédigé :

« 3° D'un montant correspondant aux sommes prises en charge par l'assurance maladie pour les produits ou prestations pour lesquels les obligations mentionnées au II ont été méconnues par le prescripteur. » ;

d) Il est ajouté un dernier alinéa ainsi rédigé :

« La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables au recouvrement de cette pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours formé contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. » ;

E.- Après l'article L. 165-1-5, sont insérés des articles L. 165-1-6 et L. 165-1-7 ainsi rédigés :

« Art. L. 165-1-6.- La mise en œuvre de la procédure de référencement mentionnée à l'article L. 165-1 peut impliquer un engagement des exploitants ou des distributeurs au détail à fournir des quantités minimales de produits et prestations sur le marché français en cas de sélection de ces produits ou prestations et à garantir une couverture suffisante du territoire français, pendant l'intégralité de la période d'application du référencement, y compris la durée maximale de son éventuelle prorogation. La procédure de référencement précise le contenu de ces engagements.

« Le non-respect des engagements mentionnés au premier alinéa peut conduire les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale à déroger à la procédure de référencement mentionnée au quatrième alinéa de l'article L. 165-1 ou relancer une nouvelle procédure de référencement pour pallier la défaillance des exploitants ou distributeurs au détail concernés et assurer une couverture suffisante du territoire français.

« Il peut également les conduire, après que l'exploitant ou le distributeur au détail a été mis en mesure de présenter ses observations, à :

« 1° Prononcer une pénalité financière à l'encontre des exploitants ou des distributeurs au détail concernés, d'un montant maximal de 20 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre du dernier exercice clos pour les produits ou prestations concernés. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité, de la durée et de la réitération éventuelle des manquements. Cette pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les deux

premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables à son recouvrement. Le produit de la pénalité est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours formé contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction ;

« 2° Mettre à la charge financière des exploitants ou distributeurs au détail concernés les surcoûts éventuels supportés par l'assurance maladie du fait d'un défaut d'approvisionnement en produits ou prestations sélectionnés ou en raison d'une mauvaise couverture du territoire. Le recouvrement des montants correspondants par l'organisme de prise en charge s'effectue selon la procédure prévue à l'article L. 133-4.

« Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État.

« *Art. L. 165-1-7.* - I.- Les règles de distribution mentionnées au premier alinéa de l'article L. 165-1 peuvent comporter l'obligation, pour le distributeur de dispositifs médicaux inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de la liste mentionnée à l'article L. 165-1 et pouvant faire l'objet d'une remise en bon état d'usage conformément à l'article L. 5212-1-1 du code de la santé, d'informer le patient de l'existence de la possibilité d'acquisition de dispositifs remis en bon état d'usage ainsi que de leurs modalités d'acquisition et de prise en charge.

« En cas de méconnaissance de ces obligations, le directeur de l'organisme d'assurance maladie compétent peut prononcer à l'encontre du distributeur, après que celui-ci a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière d'un montant maximal de 5 % du chiffre d'affaires hors taxes total réalisé en France. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité, de la durée et de la réitération éventuelle des manquements. Cette pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables à son recouvrement. Le produit de la pénalité est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours formé contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

« II.- Lorsque la liste mentionnée à l'article L. 165-1 prévoit la prise en charge d'un dispositif médical remis en bon état d'usage ou pouvant faire l'objet d'une remise en bon état d'usage dans les conditions prévues à l'article L. 5212-1-1 du code de la santé publique, les ministres chargés de la santé et la sécurité sociale peuvent, dans l'arrêté pris pour l'élaboration de ladite liste :

« 1° Subordonner la prise en charge de l'assuré à son engagement de restituer le dispositif médical concerné à un centre pouvant réaliser une remise en bon état d'usage, lorsque l'assuré n'en a plus l'usage ou lorsque le dispositif médical ne correspond plus à son besoin médical ;

« 2° Fixer le montant de la consigne mise à la charge de l'assuré pour bénéficier de la prise en charge du dispositif médical.

« La consigne mentionnée au 2° ne peut donner lieu à aucune prise en charge, au titre d'aucune prestation ou allocation. Elle est rétrocédée à l'assuré par l'assurance maladie lorsqu'il restitue le dispositif conformément au 1°, sauf lorsque l'état du dispositif médical est anormalement détérioré.

« III.- La prise en charge des produits mentionnés au I et des prestations éventuellement associées peut être subordonnée à l'identification de chacun d'entre eux à l'aide de codes qui leur sont propres et à la transmission d'informations relatives à la mise en circulation du

produit, à l'identification du patient en bénéficiant, ainsi qu'aux opérations de réparation et de maintenance.

« Ces informations sont collectées au sein d'un système d'information dénommé « Enregistrement relatif à la circulation officielle des dispositifs médicaux », mis en œuvre par l'agence en charge des systèmes d'information mentionnés à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique.

« Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;

F.- À l'article L. 165-2 :

1° Au I :

a) Au premier alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;

b) Au deuxième alinéa, les deux occurrences des mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacées par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

2° Après le 8° du II de l'article L. 165-2, il est inséré un 9° ainsi rédigé :

« 9° Le caractère remis en bon état d'usage, au sens de l'article L. 5212-1-1 du code de la santé publique, du produit pris en charge. » ;

G.- À l'article L. 165-2-1 :

1° Au premier alinéa :

a) Les deux occurrences des mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacées par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;

b) Les mots : « ce fabricant ou de ce distributeur » sont remplacés par les mots : « cet exploitant ou de ce distributeur au détail » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;

H.- Après l'article L. 165-2-1, il est inséré un article L. 165-2-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 165-2-2.- Tout exploitant ou fournisseur de distributeur au détail de produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 est tenu de déclarer au Comité économique des produits de santé, par année civile et par produit ou prestation, le prix auquel il a vendu, le cas échéant au distributeur au détail, chaque produit ou prestation, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur.

« Lorsque cette déclaration n'a pas été effectuée dans les délais et formes précisés par décret en Conseil d'État ou lorsqu'elle s'avère manifestement inexacte au vu, notamment, des éléments transmis par les organismes de recouvrement des cotisations de sécurité sociale, le Comité économique des produits de santé peut fixer, après que l'exploitant ou le fournisseur concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière annuelle à la charge de l'exploitant ou du fournisseur. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur

à 5 % du chiffre d'affaires hors taxes des ventes mentionnées au premier alinéa du présent article réalisé en France par l'exploitant ou le fournisseur au titre du dernier exercice clos.

« Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement sanctionné.

« La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables au recouvrement de cette pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours formé contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

« Les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale sont habilités à vérifier, dans le cadre des contrôles qu'ils effectuent, les données relatives aux déclarations faites par les exploitants et les fournisseurs. Ces éléments de contrôle sont transmis au Comité économique des produits de santé.

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;

I.- À l'article L. 165-3 :

1° Au premier alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;

2° Au deuxième alinéa, les deux occurrences des mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacées par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

J.- A l'article L. 165-3-3 :

1° Au I, chacune des occurrences du mot : « fabricants » est remplacée par le mot : « exploitants » et chacune des occurrences du mot : « fabricant » est remplacée par le mot : « exploitant » ;

2° Au II, après chacune des occurrences du mot : « distributeurs » ou du mot : « distributeur » sont insérés les mots : « au détail » ;

3° Au III :

a) Au premier alinéa, le mot : « fabricants » est remplacé par le mot : « exploitants » ;

b) Au deuxième alinéa, après le mot : « distributeur » sont insérés les mots : « au détail » ;

4° Au V :

a) Au premier alinéa :

α) Les mots : « un fabricant, un distributeur » sont remplacés par les mots : « un exploitant, un distributeur au détail » ;

β) Les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

γ) Les mots : « le fabricant, le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant, le distributeur au détail » ;

δ) Les mots : « du fabricant, du distributeur » sont remplacés par les mots : « de l'exploitant, du distributeur au détail » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur, ou les fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail, ou les exploitants ou distributeurs au détail » ;

K.- A l'article L. 165-4 :

1° Au I, les mots : « fabricants ou les distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

2° Au II :

a) Au premier alinéa :

α) Les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

β) Les mots : « fabricants ou par les distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou par les distributeurs au détail » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;

c) Au troisième alinéa, les deux occurrences des mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacées par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

L.- A l'article L. 165-4-1 :

1° Au I, les deux occurrences des mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacées par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

2° Au II :

a) Au premier alinéa :

α) Les mots : « un fabricant ou un distributeur » sont remplacés par les mots : « un exploitant ou un distributeur au détail » ;

β) Les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;

M.- À l'article L. 165-5 :

1° Au I :

a) Au premier alinéa, les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

b) Au deuxième alinéa :

α) Les deux occurrences des mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacées par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;

β) Les mots : « du fabricant ou du distributeur » sont remplacés par les mots : « de l'exploitant ou du distributeur au détail » ;

2° Au II, les mots : « au fabricant ou distributeur » sont remplacés par les mots : « à l'exploitant ou au distributeur au détail » ;

N.- À l'article L. 165-5-1 :

1° Au premier alinéa, les mots : « fabricant ou distributeur » sont remplacés par les mots : « exploitant ou distributeur au détail » ;

2° Au second alinéa, les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

O.- À l'article L. 165-8-1 :

1° Au premier alinéa, les mots : « le fabricant ou son mandataire ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « le fabricant ou son mandataire ou par le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou par le distributeur au détail » ;

P.- À l'article L. 165-11 :

1° Au III, les mots : « fabricants ou leurs mandataires ou les distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

2° Au IV, les mots : « fabricants ou leurs mandataires ou par les distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou par les distributeurs au détail » ;

Q.- À l'article L. 165-13, les deux occurrences des mots : « le fabricant ou le mandataire ou par le distributeur » sont remplacées par les mots : « l'exploitant ou par le distributeur au détail » ;

R.- Au premier alinéa de l'article L. 871-1, après les mots : « tarifs de responsabilité, » sont insérés les mots : « qu'elles ne couvrent pas la consigne mentionnée au 2° du II de l'article L. 165-1-7 du présent code » ;

II.- Après l'article L. 5212-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5212-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 5212-1-1.*- Certains dispositifs médicaux à usage individuel figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent faire l'objet d'une remise en bon état d'usage en vue d'une réutilisation par un patient différent de celui l'ayant initialement utilisé.

« La réalisation de cette remise en bon état d'usage peut être subordonnée :

« 1° Au respect de critères permettant de garantir la qualité et la sécurité sanitaire d'emploi du dispositif médical remis en bon état d'usage ;

« 2° À une procédure d'homologation des centres ou des professionnels autorisés à réaliser cette remise en bon état d'usage.

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat, notamment les conditions dans lesquelles certains dispositifs médicaux peuvent faire l'objet d'une remise en bon état d'usage ainsi que les conditions de réalisation de la procédure d'homologation prévue au 2°. »

### **Exposé des motifs**

La mesure modifie les conditions de prise en charge de certains produits et prestations, dans le but de diminuer le reste à charge pour les patient et de favoriser la réutilisation de dispositifs médicaux qui sont encore en bon état de fonctionnement.

Ces nouvelles dispositions seront notamment utiles pour faire évoluer les modalités de prise en charge des fauteuils roulants. Il apparait en effet que les prix actuels de vente de ces fauteuils (non encadrés) sont dans plusieurs cas significativement supérieurs à ceux observés dans d'autres pays européens. Cela peut conduire à des restes à charge importants et à de longs délais avant l'accès effectif à un fauteuil roulant. Le référencement sélectif, s'inspirant des mesures de mise en concurrence des offres, permettra de tirer parti de la grande diversité de l'offre actuelle pour diminuer les prix de vente et favoriser l'accessibilité de ces dispositifs. De même, la mesure introduit la possibilité de prendre en charge des dispositifs médicaux déjà utilisés puis restaurés : cette disposition, très développée dans plusieurs pays étrangers, doit éviter le gaspillage de matériel qui ne serait utilisé que pendant une courte période et encore diminuer le reste à charge pour les assurés. Ces dispositions n'ont pas vocation à s'appliquer à tous les produits de la liste des produits et prestations et concerneront des matériels et dispositifs réutilisables dans le respect des critères de qualité et de sécurité.

La mesure complète par ailleurs les outils de négociation à la disposition du Comité économique des produits de santé (CEPS) en accroissant la disponibilité des données relatives aux prix pratiqués entre les intermédiaires (fabricants, distributeur en gros, distributeur au détail) sur le marché de la liste des produits et prestations.

### **Article 29**

**[Prise en charge de médicaments particuliers : médicaments faisant l'objet d'importation ou distribution parallèle, médicaments financés via les tarifs hospitaliers, médicaments de nutrition parentérale et modernisation du système de prise en charge]**

I.- Le livre I de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

A.- Le dernier alinéa de l'article L. 5121-10-2 est supprimé ;

B.- Au premier alinéa de l'article L. 5123-2, après les mots : « L. 5124-13 » sont insérés les mots : « ou faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 » ;

C.- Après l'article L. 5124-13-1, il est inséré un article L. 5124-13-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 5124-13-2.- Une spécialité pharmaceutique faisant l'objet d'une distribution parallèle est une spécialité :

« 1° Ayant une autorisation de mise sur le marché délivrée par la Communauté européenne en application du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 marché ; et

« 2° Importée d'un autre État membre ou partie à l'Espace Économique européen par un établissement pharmaceutique autre que le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché. »

D.- L'article L. 5124-18 est complété par un 15° ainsi rédigé :

« 15° Les obligations des entreprises assurant la distribution parallèle de médicaments au sens de l'article L. 5124-13-2 ainsi que les conditions dans lesquelles les médicaments faisant l'objet d'une distribution parallèle sont commercialisés en France. » ;

E.- Les articles L. 5125-23-2 et L. 5125-23-3 sont abrogés.

II.- Le livre Ier du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

A.- À l'article L. 138-1 :

1° Après les mots : « de spécialités pharmaceutiques » sont insérés les mots : « , par les entreprises bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle pour une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique, par les entreprises assurant la distribution parallèle de spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code » ;

2° Les mots : « code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « même code » ;

B.- Au titre de la section 2 du chapitre 8 du titre III, après le mot : « exploitation » sont insérés les mots « , l'importation parallèle et la distribution parallèle » ;

C.- Au I de l'article L. 138-10 :

1° Après le mot : « exploitation » sont insérés les mots : « , l'importation parallèle et la distribution parallèle » ;

2° Les mots : « et L. 5124-2 » sont remplacés par les mots : « L. 5124-2, L. 5124-13 et L. 5124-13-2 » ;

D.- À l'article L. 138-13, les mots : « exploitant les » sont remplacés par les mots : « assurant l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle des » ;

E.- À l'article L. 162-16-4 :

1° Au I, après les mots : « exploitant le médicament » sont insérés les mots : « l'entreprise assurant l'importation parallèle du médicament ou l'entreprise assurant la distribution parallèle du médicament » ;

2° Après le 6° du II, il est inséré un 7° ainsi rédigé :

« 7° Le médicament fait l'objet d'une importation parallèle au sens de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique ou d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code. » ;

F.- Après l'article L. 162-16-4-1, il est inséré deux articles ainsi rédigés :

« *Art. L. 162-16-4-2.*- Le prix de cession des préparations magistrales et des préparations hospitalières, définies aux 1° et 2° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, pour la nutrition parentérale à domicile, prises en charge par les organismes d'assurance maladie lorsqu'elles sont délivrées par certains établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du présent code, est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le prix peut notamment différer selon des catégories de préparations définies après avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique.

« Les préparations magistrales et les préparations hospitalières relevant du présent article sont définies respectivement comme des mélanges individualisés ou standardisés de nutrition parentérale indiqués aux enfants ou aux adultes.

« Un décret en conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article et notamment les catégories de préparations, les procédures et délais de fixation des prix, les critères de fixation des prix, ainsi que les règles selon lesquelles certaines préparations pour nutrition parentérale à domicile peuvent être prises en charge par l'assurance maladie ou exclues de celle-ci. » ;

« *Art. L. 162-16-4-3.*- Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent fixer par arrêté, pour certains médicaments inscrits sur la seule liste prévue à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou pour certains produits de santé financés au titre des prestations d'hospitalisation définies à l'article L. 162-22-6 autres que les médicaments, un prix maximal de vente aux établissements de santé, dans au moins l'une des situations suivantes :

« 1° En cas de risque de dépenses injustifiées notamment au regard d'une augmentation significative des prix de vente constatés, ou au regard des prix de produits de santé comparables ;

« 2° Dans le cas de produits de santé, qui, à titre unitaire ou compte tenu de leur volume global, ont, de manière prévisible ou constatée, un caractère particulièrement coûteux pour certains établissements.

« Ce prix est fixé, après que l'entreprise exploitant le produit a été mise en mesure de présenter ses observations :

« - pour les médicaments, dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-16-4. Il peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé dans les conditions prévues au II de ce même article ;

« - pour les produits de santé autres que les médicaments, dans les conditions prévues au I de l'article L. 165-1. Il peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé dans les conditions prévues au II de ce même article.

« Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. » ;

G.- Au premier alinéa de l'article L. 162-16-5, après la première occurrence des mots : « santé publique » sont insérés les mots : « , d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code » ;

H.- Au I de l'article L. 162-16-6, après les mots : « l'entreprise » sont insérés les mots : « titulaire des droits d'exploitation, l'entreprise assurant leur importation parallèle ou leur distribution parallèle » ;

I.- Au premier alinéa de l'article L. 162-17, après les mots : « santé publique » sont insérés les mots : « , les médicaments faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code » ;

J.- Au troisième alinéa de l'article L. 162-17-3, les mots : « Journal officiel de la République française » sont remplacés par les mots : « Bulletin officiel des produits de santé » ;

K.- L'article L. 162-17-3-1 est complété par un III ainsi rédigé :

« III.- L'ensemble des informations et décisions relatives au remboursement, à la prise en charge, aux prix, aux tarifs et à l'encadrement de la prescription et de la dispensation des médicaments, des dispositifs médicaux, des autres produits de santé et, le cas échéant, des prestations associées sont publiées au Bulletin officiel des produits de santé. » ;

L.- Le 1° de l'article L. 162-17-4 est abrogé ;

M.- Au deuxième alinéa de l'article L. 162-17-5, après le mot : « prestations » sont insérés les mots : « , ou assurant l'importation parallèle ou la distribution parallèle de ces médicaments, » ;

N.- À l'article L. 162-17-7, après les mots : « le médicament » sont insérés les mots : « , qui assure son importation parallèle ou qui assure sa distribution parallèle » ;

O.- À l'article L. 162-18 :

1° Au I, après les mots : « qui exploitent » sont insérés les mots : « , qui assurent l'importation parallèle ou qui assure la distribution parallèle d' » ;

2° Au II :

- Les mots : « Pour les spécialités susceptibles d'être utilisées, au moins en partie, concomitamment ou séquentiellement avec d'autres médicaments » sont remplacés par les mots : « Pour :

« 1° Les spécialités susceptibles d'être utilisées, au moins en partie, concomitamment ou séquentiellement avec d'autres médicaments ou ;

« 2° Les spécialités bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique ou faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du code de la santé publique, ainsi pour les spécialités comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires à ces dernières » ;

- Après les mots : « ces spécialités » sont insérés les mots : « , qui assurent leur importation parallèle ou qui assure leur distribution parallèle » ;

- Après les mots : « exploitant la spécialité » sont insérés les mots : « , qui assure son importation parallèle ou qui assure sa distribution parallèle, » ;

P.- À l'article L. 162-22-7, après les mots : « mise sur le marché » sont insérés les mots : « de l'entreprise assurant l'exploitation, de l'entreprise assurant l'importation parallèle, de l'entreprise assurant la distribution parallèle du médicament » ;

Q.- À l'article L. 245-1, les mots : « entreprises assurant l'exploitation en France, au sens des articles L. 5124-1, L. 5124-2, L. 5136-2 et L. 5124-18 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « entreprises :

« - assurant l'exploitation en France, au sens des articles L. 5124-1, L. 5124-2, L. 5136-2 et L. 5124-18 du code de la santé publique ;

« - bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code ;

« - assurant la distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code ; » ;

R.- Au 1° du I de l'article L. 245-2, après le mot : « exploitation » sont insérés les mots : « , l'importation parallèle ou la distribution parallèle, » ;

S.- À l'article L. 245-6, les mots : « entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « entreprises :

« - assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1, du code de la santé publique ;

« - bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code ;

« - assurant la distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code ; ».

III.- A.- L'article L. 162-16-4-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du présent article entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1er janvier 2021.

B.- Les J et K du II entrent en vigueur à une date fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et au plus tard le 1er mars 2022.

### **Exposé des motifs**

La mesure clarifie la situation de prise en charge de plusieurs types de médicaments, notamment lorsque les dispositions actuelles ne sont pas suffisamment précises à leur égard, ou lorsque les règles en vigueur peuvent conduire à des surcoûts non justifiés pour l'assurance maladie.

La mesure définit ainsi les règles applicables à la prise en charge de médicaments commercialisés par des distributeurs parallèles – c'est-à-dire des médicaments achetés dans

un autre pays européen et revendus en France – ainsi que les taxes applicables pour ces médicaments. Elle clarifie par ailleurs les conditions de délivrance des médicaments biosimilaires, qui sont pour la grande majorité initiés dans les établissements hospitaliers. Dans ce cadre et conformément au rapport « état des lieux sur les biosimilaires » de l'ANSM de mai 2016, il n'est en effet pas possible, notamment pour des questions de traçabilité et de sécurité sanitaire, de mettre en œuvre une substitution au moment de la délivrance du produit. Cette clarification s'inscrit dans l'engagement du gouvernement en faveur du développement des biosimilaires, qui agit pour leur bonne utilisation. En plus de l'incitation à leur prescription en sortie d'hospitalisation, une mesure vise dans ce projet de loi à instaurer une incitation pour favoriser leur utilisation lors de l'hospitalisation des patients.

Pour éviter les situations de surcoûts non justifiés pour l'assurance maladie, la mesure précise par ailleurs les modalités d'achats de certains médicaments hospitaliers, et les modalités de prise en charge des préparations de nutrition parentérale.

Enfin, la mesure vise à mettre à disposition un site internet unique, le « Bulletin officiel des produits de santé : BOPS », réunissant l'ensemble des informations relatives au remboursement et à la prise en charge des produits de santé par l'assurance maladie. Cette base de données unique, publique et opposable regroupant l'ensemble des informations applicables aux produits de santé pris en charge par l'assurance permettra de mieux informer les usagers du système de santé et de réduire fortement les délais administratifs de prise en charge de ces produits.

### **Article 30**

#### **[Garantir la soutenabilité financière du dispositif ATU]**

I.- Le chapitre 1er du titre II du livre I de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

A.- À l'article L. 5121-12 :

1° Au 2° du I :

a) Les mots : « un bénéfice » sont remplacés par les mots : « une efficacité cliniquement pertinente et un effet important » ;

b) Après les mots : « pour lui » et « sécurité sont » sont respectivement insérés les mots : « , qu'en l'état des thérapeutiques disponibles, des conséquences graves pour ce patient sont fortement probables » et « fortement » ;

2° Au III :

a) Au début du premier alinéa, il est inséré un « A.- » ;

b) Le 1° et le 2° sont complétés par les mots : « , sans qu'une décision relative à cette demande n'ait été prise » ;

c) Au 3°, les mots : « ou une demande d'essai clinique a été déposée » sont supprimés ;

d) Au 4°, après les mots : « par l'agence » sont ajoutés les mots : « dont la valeur maximale est fixée par décret » et la référence : « III » est remplacée par la référence : « A » ;

e) Après le 4°, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 5° L'état clinique du patient du fait de son urgence vitale nécessite le traitement immédiat par ce médicament. Ce cas ne s'applique que pour les traitements des maladies aiguës sans alternative thérapeutique prise en charge par l'assurance maladie. »

f) Le III est complété par un B ainsi rédigé :

« B. - Une demande d'autorisation au titre du 2° du I n'est en outre recevable que si l'ensemble des conditions suivantes est rempli :

« 1° Le nombre total d'autorisations délivrées au titre du 2° du I pour le médicament ne dépasse pas un seuil fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

« 2° Le médicament faisant l'objet de ces autorisations ne dispose pas d'une première autorisation de mise sur le marché, indépendamment de l'indication pour laquelle la demande est effectuée ;

« 3° Le médicament faisant l'objet de ces autorisations ne dispose pas d'une autorisation au titre du 1° du I du présent article.

« Au-delà du seuil mentionné au 1° du présent B, le titulaire des droits d'exploitation conserve la possibilité de déposer une demande au titre du 1° du I du présent article. » ;

3° Au IV :

a) Après les mots : « aux dispositions » et « du III » sont respectivement insérés les mots : « du A » et « et sans préjudice des dispositions du B du III » ;

b) Les mots : « dans l'un des cas suivants :

« 1° Lorsque, en l'état des thérapeutiques disponibles, des conséquences graves pour le patient sont très fortement probables ;

« 2° Lorsque » sont remplacés par le mot : « lorsque » ;

c) Le 3° est supprimé ;

B.- Au 8° de l'article L. 5121-20, les mots : « dans lesquelles interviennent les décisions accordant, modifiant, renouvelant, suspendant ou supprimant » sont remplacés par les mots : « et modalités d'octroi, de modification, de renouvellement, de suspension ou de retrait de ».

II. - La section 4 du chapitre 2 du titre 4 du livre 1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

A.- À l'article L. 162-16-5-1 :

1° Au III :

a) Au début du premier alinéa, il est inséré un « A. - » ;

b) Après le cinquième alinéa, sont insérées les dispositions suivantes :

« B. - 1° Pour chaque indication considérée, l'intégralité des remises dues au titre du A du présent III 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.

« 2° Tout laboratoire redevable de remises mentionnées au présent 1° peut en être exonéré s'il signe avec le comité une convention prévoyant le versement de remises.

« Cette convention est signée avant le 1er mai de l'année suivant l'année civile au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée donnant lieu au versement desdites remises a eu lieu.

« Cette convention peut prévoir :

« - 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 présent 1° ;

« - soit le versement en une seule fois, au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu. Dans ce cas, le montant de la remise est égal au montant qui aurait été dû en application du présent 1°, auquel une décote, dans la limite de 3 %, peut être appliquée.

« C. - Pour chaque indication considérée, le ministre chargé de la sécurité sociale communique à titre indicatif au laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité pharmaceutique prise en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2, et pour laquelle l'indication ne relève pas des dispositions du V du présent article, un montant prévisionnel auquel l'assurance maladie pourrait finalement prendre en charge cette indication, pour que le laboratoire puisse en tirer les conséquences comptables. »

2° Au deuxième alinéa du V :

a) Après les mots : « l'objet », il est inséré un « 1° » ;

b) L'alinéa est complété par les dispositions suivantes :

« ou ;

« 2° d'une autorisation temporaire d'utilisation délivrée au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique et prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-1 ou au titre du I de l'article L. 162-16-5-2. » ;

B.- Au deuxième alinéa de l'article L. 162-16-5-1-1, après les mots : « médicament considéré » sont insérés les mots : «, dans la limite du seuil mentionné au 1° du B du III de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, ».

III.- A.- Les dispositions du I, du 2° du A du II et du B du II entrent en vigueur le 1er mars 2020. Les dispositions du A du I, du 2° du A du II et du B du II sont applicables aux demandes d'autorisations mentionnées au 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique déposées à compter de cette date, ainsi qu'à leur prise en charge, indépendamment des autorisations délivrées avant le 1er mars 2020 pour les spécialités pharmaceutiques concernées et de leur prise en charge.

B.- Les dispositions du 2° du B du III de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction issue du présent article sont applicables :

1° Aux spécialités pharmaceutiques prises en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 du même code, dans une indication considérée, à compter d'une date ultérieure au jour de l'entrée en vigueur de la présente loi ;

2° Aux spécialités pharmaceutiques prises en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 du même code, dans une indication considérée, à la date d'entrée en vigueur de la présente loi ou pour lesquelles la prise en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 a pris fin au cours de l'année 2019.

C.- Le C du III de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du présent article est applicable aux spécialités pharmaceutiques prises en charge, dans une indication considérée, au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 du même code, et pour lesquelles l'indication ne relève pas des dispositions du V du même article L. 162-16-5-1, que cette prise en charge soit effective :

1° À compter d'une date ultérieure au jour de l'entrée en vigueur de la présente loi ; ou

2° À la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

D.- L'article L. 162-16-5-4 du code de la sécurité sociale est rendu applicable aux spécialités pharmaceutiques prises en charge, dans une indication considérée, au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 du même code à la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

### **Exposé des motifs**

La présente mesure vise à faire évoluer certaines conditions de prise en charge des médicaments bénéficiant d'un accès précoce – notamment au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation – afin de garantir la pérennité de notre système d'accès à l'innovation.

Pour les autorisations temporaires d'utilisation (ATU) dites « nominatives », qui doivent concerner des médicaments pour des patients en nombre limité sans alternative thérapeutique, la liberté de fixation des prix par les laboratoires a cette année encore montré d'importantes limites – l'assurance maladie a été contrainte de rembourser des traitements à hauteur de 2 millions d'euros par patient, sans aucune possibilité de discussion avec le laboratoire concerné.

Plus généralement, dans le cadre des négociations conventionnelles, le Comité économique des produits de santé éprouve de plus en plus souvent de grandes difficultés à obtenir le recouvrement de certaines remises auprès des laboratoires, ceux-ci n'ayant pas suffisamment anticipé les montants dus. Les présentes dispositions cherchent à assurer aux laboratoires une meilleure prévisibilité des remises qu'ils pourraient avoir à verser, tout en garantissant à l'assurance maladie que l'entreprise sera effectivement en capacité de verser ces remises. La mesure introduit la communication aux laboratoires d'informations relatives à leurs spécialités prises en charge au titre d'un accès précoce, notamment pour qu'ils puissent respecter leurs obligations comptables. La mesure introduit également la possibilité pour le Comité économique des produits de santé de négocier un calendrier de versement des remises (au titre de l'accès précoce) sur une période qui soit plus longue qu'un an. Cette flexibilité doit permettre de simplifier le recouvrement des remises.

La mesure précise enfin certains critères d'octroi des ATU nominatives pour mieux articuler ce dispositif avec celui des autorisations temporaires d'utilisation de cohorte. Elle

clarifie la disposition de continuité de traitement introduite lors par la dernière loi de financement de la sécurité sociale, l'intention étant qu'elle s'applique à tous les médicaments bénéficiant d'une prise en charge dérogatoire actuellement.

### **Article 31**

#### **[Transfert du financement de l'ANSP et de l'ANSM vers l'ONDAM]**

I.- A l'article L. 1413-12 du code de la santé publique, il est rétabli un 2° ainsi rédigé :

« 2° Par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie versée et répartie dans les conditions fixées par décret ; »

II.- L'article L. 5321-2 du même code est ainsi modifié :

1° Au 4°, les mots : « emprunts. » sont remplacés par les mots : « emprunts ; »

2° Après le 4°, il est inséré un 5° ainsi rédigé : « 5° Par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie versée et répartie dans les conditions fixées par décret. »

### **Exposé des motifs**

Le Gouvernement souhaite transférer le financement de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et de l'Agence nationale de santé publique - Santé publique France (ANSP) de l'État à l'assurance maladie, dans le cadre du 6<sup>ème</sup> sous objectif de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce transfert s'inscrit dans la continuité du mouvement de simplification du financement des agences sanitaires engagé depuis plusieurs années.

Une première simplification du financement des agences sanitaires est en effet intervenue avec l'achèvement du décroisement des financements de l'État et de l'assurance maladie en 2017, lequel s'est traduit par le transfert des financements de l'agence de biomédecine (ABM) et de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) à l'assurance maladie.

Il apparaît plus simple et plus clair, dans une logique prenant en compte la finalité des financements, que les agences qui interviennent en appui des politiques de santé publique soient financées par l'assurance maladie.

## *CHAPITRE 2 : AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS*

### **Article 32**

#### **[Lissage de la fin de droit à la protection complémentaire en matière de santé]**

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

1° Le huitième alinéa de l'article L. 861-3 est ainsi modifié :

a) Les mots : « de la procédure de dispense d'avance des frais prévue à l'alinéa précédent » sont remplacés par les mots : « du tiers payant » ;

b) Il est complété par les dispositions suivantes :

« Lorsque ces personnes souscrivent une assurance individuelle de frais de santé, aucune période probatoire ne peut leur être opposée. » ;

2° Après l'article L. 861-4, il est inséré un article ainsi rédigé :

« *Art. L. 861-4-1.* - Lorsqu'un assuré obtient le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé alors qu'il bénéficie auprès d'un organisme assureur de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident dans les conditions prévues aux articles 2 et 3 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, il obtient à sa demande :

« 1° Soit la résiliation totale des garanties initialement souscrites si l'organisme assureur n'est pas inscrit sur la liste prévue à l'article L. 861-7 ;

« 2° Soit la modification des garanties initialement souscrites et la prise en charge des prestations prévues à l'article L. 861-3 si l'organisme est inscrit sur la liste susmentionnée. Lorsque les garanties initialement souscrites couvraient des risques différents de la prise en charge prévue par l'article L. 861-3, l'organisme assureur peut proposer au bénéficiaire de la protection complémentaire, pour la partie de son contrat initial qui excède cette protection, un contrat correspondant à des conditions tarifaires de droit commun.

« Les cotisations ou primes afférentes aux contrats ou partie de contrat initiaux sont remboursées par les organismes qui les ont perçues au prorata de la durée du contrat restant à courir.

« Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux garanties souscrites dans le cadre d'un accord collectif obligatoire d'entreprise. » ;

3° Au quatrième alinéa de l'article L. 861-5, après les mots : « au premier jour du mois de dépôt de la demande, » sont insérés les mots : « ou à la date du bénéfice de la prise en charge des frais de santé si elle lui est postérieure, » et les mots : « Le bénéfice de cette protection » sont remplacés par les mots : « Le bénéfice de la prise en charge mentionnée à l'article L. 861-3 » ;

4° L'article L. 861-8 est complété par les dispositions suivantes :

« Les organismes inscrits sur la liste susmentionnée sont tenus de proposer les contrats mentionnés à l'article L. 861-12. » ;

5° À l'article L. 861-11, les mots : « et au montant de la participation non acquittée » sont supprimés ;

6° Le chapitre 1er est complété par un article L. 861-12 ainsi rédigé :

« *Art. L. 861-12.* - A l'expiration de son droit à la protection complémentaire en matière de santé, toute personne en ayant bénéficié auprès d'un organisme mentionné au b de l'article L. 861-4 peut bénéficier auprès de cet organisme, pour une période d'un an, d'un contrat

conforme aux règles définies à l'article L. 871-1, pour un tarif dont le montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en fonction de l'âge du bénéficiaire. Ce tarif peut être adapté pour les assurés relevant des régimes locaux d'assurance maladie complémentaire mentionnés à l'article L. 325-1 du présent code et à l'article L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime. » ;

7° L'article L. 862-1 est ainsi modifié :

Au deuxième alinéa, les mots : « financement de la couverture maladie universelle complémentaire » sont remplacés par les mots : « la Complémentaire santé solidaire » ;

Au dernier alinéa, les mots : « de financement de la protection complémentaires » sont remplacés par les mots : « mentionné au premier alinéa » ;

8° La deuxième phrase du a de l'article L. 862-2 est remplacée par les dispositions suivantes : « 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, les dépenses susmentionnées 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. »

II.- Les articles 6-1, 6-2 et 6-3 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques sont abrogés.

III.- Les dispositions du 5° du I s'appliquent aux assurés dont le droit à la protection complémentaire en matière de santé ou au crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 arrive à expiration à compter du 1er janvier 2020.

### **Exposé des motifs**

Pour pallier les difficultés d'accès aux soins que pourraient connaître, du fait de la fin de leur droit, les assurés dont les ressources deviennent supérieures au seuil d'éligibilité aux dispositifs publics leur permettant l'accès à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et, jusqu'à la fin de ses effets, l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), des dispositifs dits « contrats de sortie » ont été mis en place. Ces contrats, qui prévoient des dispositions d'encadrement des tarifs des contrats de complémentaire santé doivent être proposés aux assurés la première année de leur sortie de la CMU-c et de l'ACS. Toutefois, ces dispositifs demeurent peu utilisés car ils s'avèrent méconnus, peu avantageux, notamment pour les publics jeunes, et difficiles à mettre en place pour les organismes complémentaires.

Aussi, en cohérence avec la fusion de la CMU-c et de l'ACS en une « Complémentaire santé solidaire », instaurée par la LFSS pour 2019, il est proposé de refondre ces dispositifs en un seul et d'en adapter les modalités de tarification et de gestion. Les assurés auront ainsi l'assurance de se voir proposer par leur organisme complémentaire gestionnaire, à un tarif encadré réglementairement en fonction de leur âge, un contrat de complémentaire santé responsable couvrant pendant une année un large panier de soins sans reste à charge grâce au

bénéfice de la réforme du « 100 % santé ». Cette réforme s'appliquera aux contrats de sortie souscrits à compter du 1er janvier 2020.

Par ailleurs, il est proposé de fixer les frais de gestion applicables aux dépenses prises en charge par les organismes complémentaires gestionnaires au titre de la Complémentaire santé solidaire soumise à participation financière de l'assuré, sous la forme d'un montant forfaitaire en euro per capita et non plus sous la forme d'un coefficient de majoration sur les dépenses de CMU-c. Cette mesure vise à calibrer de manière plus appropriée le montant des frais de gestion versés et à donner une plus grande visibilité aux organismes complémentaires gestionnaires de la Complémentaire santé solidaire sur les montants qu'ils percevront.

Enfin, la présente mesure prévoit la possibilité d'ouvrir le droit à la Complémentaire santé solidaire en cours de mois pour les personnes en situation d'urgence médico-sociale et ayant fait une demande simultanée de droits de base et complémentaires afin de leur assurer une meilleure prise en charge.

### **Article 33**

#### **[Prise en charge intégrale des frais liés à la contraception pour l'ensemble des mineures]**

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

1° Au 21° de l'article L. 160-14, les mots : « d'au moins quinze ans » sont supprimés ;

2° Aux articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1, les mots : « d'au moins quinze ans » sont supprimés et la référence « L. 322-3 » est remplacée par la référence « L. 160-14 ».

II. – 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. 162-4-1, » sont insérées les références : « L. 162-4-5, L. 162-8-1, ».

III. – À 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, les mots : « - L. 162-3 et L. 162-4 ; » sont remplacés par les mots : « - L. 162-3, L. 162-4, L. 162-4-5 et L. 162-8-1 ; ».

### **Exposé des motifs**

Alors que les frais liés à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception d'urgence sont intégralement pris en charge pour toutes les jeunes femmes mineures, seules celles âgées d'au moins 15 ans bénéficient de la gratuité de la contraception prescrite par un médecin ou une sage-femme et de la dispense d'avance de frais sur ces soins.

Il en résulte que les mineures n'ayant pas atteint l'âge de 15 ans doivent supporter financièrement les frais liés à la contraception, ce qui peut constituer un frein à l'accès à ces dispositifs pour des publics souvent en situation de fragilité. Or chaque année, près de 1 000 jeunes filles de 12 à 14 ans sont enceintes en France. Parmi ces grossesses, 770 se concluent par une interruption volontaire de grossesse.

Afin de leur garantir un libre choix, il est proposé de permettre à l'ensemble des assurées mineures de bénéficier de la gratuité sur les contraceptifs remboursables et sur les frais relatifs

aux actes et consultations liés, en tiers payant, en garantissant en outre la confidentialité de ces actes lorsqu'elles le souhaitent.

#### Article 34

### **[Renforcement du dispositif en matière de prévention et de lutte contre les ruptures de stocks de médicaments]**

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

I. - Le chapitre I *quater* du titre II du livre I est ainsi modifié :

1° L'article L. 5121-30 est ainsi modifié :

a) Dans la première phrase, les mots : « fixée par décision du directeur général de l'agence et » sont supprimés ;

b) Dans la deuxième phrase, le mot : « décision » est remplacé par le mot : « liste ».

2° Au premier alinéa de l'article L. 5121-32, après le mot : « informe » sont ajoutés : « sans délai », et après les mots : « sur ce médicament » sont ajoutés les mots : « selon les modalités et le modèle type fixés par décision du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé » ;

3° L'article L. 5121-33 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 5121-33.*- I.- Hors les cas de circonstances exceptionnelles, en cas de rupture de stock d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur pour lequel une rupture ou un risque de rupture de stock présente pour les patients un risque grave et immédiat et, lorsque les mesures communiquées par l'entreprise pharmaceutique exploitante ne permettent pas de couvrir les besoins nationaux, en méconnaissance de ses obligations mentionnées à l'article L. 5121-29, le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut, dans le respect du principe du contradictoire, faire procéder par l'entreprise pharmaceutique exploitant défaillante, à l'importation de toute alternative au médicament d'intérêt thérapeutique majeur en rupture dans la limite de la durée de la rupture.

« L'entreprise pharmaceutique exploitante défaillante au regard de ses obligations mentionnées à l'article L. 5121-29 verse au bénéfice de l'Assurance maladie la différence entre les montants remboursés par l'assurance maladie au titre de la prise en charge de l'alternative au médicament et ceux qui auraient résulté de la prise en charge au titre du médicament initial pendant la période de rupture mentionnée au précédent alinéa.

« Les officines de pharmacie peuvent dispenser au détail des médicaments disposant d'une autorisation d'importation délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé pour pallier une rupture d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur sur décision du directeur général de l'agence, publiée sur son site internet.

« II. - Afin de garantir un approvisionnement continu du marché et dans les conditions définies par décret en Conseil d'État, toute entreprise pharmaceutique exploitant un médicament constitue un stock de sécurité destiné au marché national dans la limite de quatre mois de couverture des besoins en médicament rapporté aux volumes des ventes de leur spécialité sur les douze derniers mois glissants. »

4° L'article L. 5121-34 est ainsi modifié :

a) Après les mots : « décret en Conseil d'État. » sont ajoutés les mots : «, et notamment : »

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« 1° Les conditions de mise en œuvre des mesures prises par le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, en application de l'article L. 5121-33 ; »

II. - Le chapitre III du titre II du livre IV est ainsi modifié :

1° L'article L. 5423-8 est ainsi modifié :

a) Les 1° et 2° sont supprimés ;

b) Les 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°, 9° et 10° deviennent respectivement les 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7° et 8°.

c) Il est ajouté un 9° ainsi rédigé :

« 9° Le fait pour un établissement pharmaceutique de ne pas adresser chaque année, au moyen d'un portail internet dédié, au directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, un état de leur établissement, dont la forme et le contenu sont fixés par décision du Directeur général de l'Agence, en application des articles L. 5121-5. »

2° Après l'article L. 5423-8, il est ajouté un article L. 5423-9 ainsi rédigé :

« *Art. L. 5423-9.*- Constitue un manquement soumis à sanction financière :

« 1° Le fait pour une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament qui prend la décision d'en suspendre ou d'en cesser la commercialisation ou qui a connaissance de faits susceptibles d'entraîner la suspension ou la cessation de cette commercialisation de ne pas informer, au moins un an avant la date envisagée ou prévisible l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, lorsque ce médicament est utilisé dans une ou des pathologies graves dans lesquelles elle ne disposerait pas d'alternatives disponibles sur le marché français ou de ne pas indiquer la raison de cette action en application de l'article L. 5124-6 ;

« 2° Le fait pour une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament de cesser la commercialisation avant la fin du délai nécessaire pour mettre en place les solutions alternatives permettant de couvrir ce besoin en application de l'article L. 5124-6 ;

« 3° Le fait pour une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament de ne pas informer immédiatement l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de toute action qu'elle a engagée pour en suspendre la commercialisation en cas d'urgence ou pour en retirer un lot déterminé en application de l'article L. 5124-6 ;

« 4° Le fait pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 pour lequel, du fait de ses caractéristiques, la rupture ou le risque de rupture de

stock présente pour les patients un risque grave et immédiat ou pour les vaccins mentionnés au b du 6° de l'article L. 5121-1 dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, de ne pas respecter l'obligation d'élaborer et de mettre en œuvre un plan de gestion des pénuries qui permet, dans l'intérêt des patients, de prévenir et pallier toute rupture de stock en application de l'article L. 5121-31 ;

« 5° Le fait pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 pour lequel, du fait de ses caractéristiques, la rupture ou le risque de rupture de stock présente pour les patients un risque grave et immédiat ou pour les vaccins mentionnés au b du 6° de l'article L. 5121-1 dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, de ne pas déclarer à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé la liste des médicaments pour lesquels il élabore un plan de gestion des pénuries, en application de l'article L. 5121-31 ;

« 6° Le fait pour une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 de ne pas informer l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de tout risque de rupture de stock ou de toute rupture de stock sur ce médicament qui lui incombe en application de l'article L. 5121-32 ;

« 7° Le fait pour une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 de ne pas mettre en œuvre les mesures prévues dans le plan de gestion des pénuries en application de l'article L. 5121-32 ;

« 8° Le fait pour une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 de ne pas mettre en œuvre les mesures d'accompagnement et d'information des professionnels de santé et des patients en application de l'article L. 5121-32 ;

« 9° Le fait pour une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 de ne pas prévoir dans le plan de gestion des pénuries des mesures suffisantes permettant de faire face à une situation de rupture de stock en application de l'article L. 5121-32 ;

« 10° Le fait pour une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur de ne pas procéder à l'importation de toute alternative au médicament d'intérêt thérapeutique majeur en rupture en application de l'article L. 5121-33 ;

« 11° Le fait pour une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament de ne pas constituer un stock de sécurité destiné au marché national du médicament concerné en application de l'article L. 5121-33. »

III - L'article L. 5471-1 est ainsi modifié :

1° Au I, après la référence à l'article : « L. 5423-8 », il est ajouté la référence à l'article : « L. 5423-9 » ;

2° Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au premier alinéa, pour les manquements mentionnés à l'article L. 5423-9, l'agence peut assortir cette sanction financière d'une astreinte journalière pour chaque

jour de rupture d'approvisionnement constaté qui ne peut être supérieure à 30 % du chiffre d'affaires journalier moyen réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré ».

3° Le III est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « aux 4° à 10° de l'article L. 5423-8 » sont remplacés par les mots : « aux 2° à 9° de l'article L. 5423-8, et après les mots : « l'article L. 5423-8, » sont ajoutés les mots : « à l'article L. 5423-9 » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « aux 1° à 3° de l'article L. 5423-8 » sont remplacés par les mots : « au 1° de l'article L. 5423-8 ».

### **Exposé des motifs**

Depuis quelques années, la France, comme beaucoup d'autres pays, fait face de manière croissante à des ruptures et tensions d'approvisionnement de médicaments. Ces ruptures de stock de médicaments constituent une préoccupation majeure des pouvoirs publics. Ainsi entre 2008 et 2019, le nombre de signalements de tensions d'approvisionnement de médicaments dits d'intérêt thérapeutique majeur (MITM) a été multiplié par 20. Cette augmentation s'est particulièrement accentuée ces deux dernières années. Certaines classes thérapeutiques de médicaments sont plus particulièrement touchées comme les anti-infectieux (antibiotiques et vaccins), les anticancéreux et les médicaments du système nerveux ainsi que les médicaments du système cardio vasculaire.

En l'absence de cadre juridique européen visant à encadrer les pénuries de médicaments, la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et son décret d'application du 20 juillet 2016 relatif à la lutte contre les ruptures d'approvisionnement de médicaments ont apporté de nouvelles mesures de prévention et de gestion des ruptures qui n'ont pas permis de répondre au problème. Ainsi, il est proposé de renforcer le dispositif de lutte contre les pénuries de médicaments en instaurant une obligation de constituer 4 mois de stock pour tous les médicaments, ainsi qu'une obligation d'importation à la charge de l'entreprise défaillante, pour les MITM les plus importants, en cas de rupture et d'absence d'alternative disponible sur le territoire. Ces obligations sont traduites en termes de sanctions financières.

### **Article 35**

#### **[Bilan de santé obligatoire pour les entrées dans l'aide sociale à l'enfance]**

Le quatrième alinéa de l'article L. 223-1-1 du code de l'action sociale et des familles est remplacé par les dispositions suivantes :

« Un bilan de santé est obligatoirement réalisé à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance. Ce bilan de santé doit permettre de détecter les besoins de soins somatiques et psychiques qui doivent être intégrés au projet pour l'enfant, et d'engager un suivi médical régulier du mineur. Il est pris en charge par l'assurance maladie. »

### **Exposé des motifs**

En matière de santé, les enfants et adolescents pris en charge au titre de la protection de l'enfance constituent une population particulièrement vulnérable, avec des besoins spécifiques. Pourtant, leur accès aux soins est difficile. L'évaluation médicale et psychologique obligatoire dans le cadre du projet pour l'enfant (PPE) est réalisée dans un tiers des cas seulement. Moins d'un enfant sur deux pris en charge par l'ASE dispose d'un PPE avec un volet relatif à la santé rempli a minima. Or, compte tenu de l'état de santé souvent dégradé des enfants protégés (fréquence des retards de développement, prévalence du handicap, complexité des problématiques qui croisent le psychique et le somatique...), il s'agit d'un examen important pour permettre une prise en charge en adéquation avec les besoins de l'enfant, dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés. Cet examen doit notamment permettre d'orienter l'enfant ou l'adolescent, si nécessaire, vers des consultations de suivi, un rendez-vous chez un spécialiste, ou un parcours en santé mentale.

C'est pourquoi il est proposé de renforcer les dispositions du code de l'action sociale et des familles pour rendre obligatoire ce bilan de santé à l'entrée dans le dispositif de protection de l'enfance et pour préciser que cet examen médical spécifique est pris en charge par l'assurance maladie.

### **Article 36**

#### **[Mesure en faveur de l'installation des jeunes médecins]**

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

1° La sous-section 3 de la section 1 du chapitre II du titre VI du livre I est complétée par un article ainsi rédigé :

« Art. L. 162-5-19. I. - Les médecins mentionnés au 1° de l'article L. 646-1 qui pratiquent des actes et consultations à tarifs opposables ou ayant adhéré à un dispositif conventionnel de maîtrise des dépassements d'honoraires bénéficient d'une aide lorsqu'ils s'installent dans des territoires définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et dans un délai de trois ans à compter de l'obtention des titres de formation mentionnés à l'article L. 4131-1 du code de la santé publique. Cette aide est calculée sur la base du montant des cotisations dues aux régimes d'assurance maladie, maternité, vieillesse de base, de prestations complémentaires de vieillesse, d'invalidité et décès et d'allocations familiales dont ils sont redevables au titre des revenus retirés des honoraires conventionnels au cours des vingt-quatre premiers mois d'activité.

« II.- Pour les médecins qui ont choisi, en application de la convention nationale prévue à l'article L. 162-5, de pratiquer des honoraires conventionnels, le montant de l'aide prévue au I est égal au montant des cotisations sociales mentionnées au I restant dues, après prise en compte de la participation des caisses d'assurance maladie prévue au 5° de l'article L 162-14-1, dans la limite des montants de cotisations dues et des participations au financement des cotisations pour un revenu tiré des honoraires conventionnels maximal de 80 000 euros.

« Pour les médecins qui ont choisi, en application de la convention nationale prévue à l'article L. 162-5, de pratiquer des honoraires différents des honoraires conventionnels mais qui ont adhéré à un dispositif conventionnel de maîtrise des dépassements prévu par la même

convention, le montant de l'aide prévue au I est égal à celui accordé aux médecins visés au premier alinéa du présent II ayant perçu un revenu issu des honoraires conventionnels équivalent.

« III. – Les organismes mentionnés aux articles L.213-1 et L.752-1 informent, dans des conditions prévues par décret, les caisses d'assurance maladie et le bénéficiaire de l'aide du montant de l'aide calculée dans les conditions prévues au II. L'aide est versée, dans des conditions prévues par décret, par les caisses d'assurance maladie, aux organismes mentionnés aux articles L.213-1 et L.752-1. Les montants des cotisations dont sont redevables les bénéficiaires de l'aide auprès de ces organismes tiennent compte de l'aide perçue. »

2° Le I de l'article L. 642-4-2 est complété par les dispositions suivantes :

« Ce décret détermine les taux applicables, les modalités selon lesquelles les personnes bénéficiant de ces dispositions s'acquittent des montants de cotisations et contributions complémentaires dues et les conditions dans lesquelles ces personnes perdent le bénéfice des dispositions du présent article en cas de dépassement du seuil. » ;

3° Après l'article L. 645-2 est inséré un article L. 645-2-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 645-2-1.- Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 645-2, les personnes relevant de l'article L. 642-4-2 sont redevables d'une cotisation proportionnelle aux revenus d'activité non-salariés déterminés dans les conditions prévues à cet article.

« Les médecins mentionnés à l'article L. 646-1, autres que ceux mentionnés au premier alinéa, peuvent également opter, dans des conditions fixées par décret, pour une cotisation proportionnelle aux revenus d'activité non-salariés tels que définis à l'article L. 642-1. »

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

1° L'article L. 1435-4-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 1435-4-2. – I.- Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un étudiant remplissant les conditions prévues à l'article L. 4131-2 ou avec un médecin conventionné, à la condition que celui-ci n'exerce pas d'activité médicale libérale ou que son installation en cabinet libéral date de moins d'un an, un contrat de début d'exercice. La signature de ce contrat ouvre droit à une rémunération complémentaire aux revenus des activités de soins ainsi qu'à un accompagnement adapté.

« Le signataire s'engage à exercer, pendant une durée fixée par le contrat, dans des territoires définis par l'agence régionale de santé et caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins pour la spécialité concernée, ou à exercer une activité de remplacement dans un ou plusieurs cabinets médicaux implantés dans ces territoires. Une modification par l'agence régionale de santé de la définition des territoires caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins pour la spécialité concernée est sans incidence sur les contrats signés en cours.

« II.- Le signataire respecte des engagements individualisés sur les tarifs opposables. Il s'engage à participer à un exercice coordonné au sens des articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1-10 et L. 6323-3, au plus tard dans un délai de deux ans suivant la signature du contrat.

« III.- Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article, notamment les dispositions particulières applicables aux zones isolées connaissant des afflux saisonniers de population ainsi qu'aux territoires d'outre-mer. » ;

2° Les articles L. 1435-4-3, L. 1435-4-4 et L. 1435-4-5 sont abrogés.

III.- Les dispositions prévues au 1° du I sont applicables aux médecins s'installant jusqu'au 31 décembre 2022.

Le Gouvernement présente au Parlement, au plus tard six mois avant l'expiration du délai mentionné à l'alinéa précédent, une évaluation portant sur l'efficacité du dispositif créé au 1° du I, notamment sur son effet sur les effectifs de médecins libéraux dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, mentionnées à l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. Ce rapport justifie, le cas échéant, la pérennisation de cette aide.

IV.- Le présent article entre en vigueur le 1er janvier 2020.

#### **Exposé des motifs**

De nombreux dispositifs nationaux sont proposés par l'État et par l'Assurance Maladie pour inciter les médecins libéraux à s'installer dans les zones les plus fragiles en matière d'offre de soins. Quatre contrats incitatifs sont ainsi proposés par l'État aux jeunes médecins : praticien territorial de médecine générale (PTMG), praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA), praticien territorial médical de remplacement (PTMR) et enfin praticien isolé à activité saisonnière (PIAS). Ces contrats rencontrent aujourd'hui un succès mitigé, comme l'a récemment souligné le rapport du Dr Sophie Augros, déléguée nationale à l'accès aux soins. Associé à des conditions d'accès complexes, et variables d'un contrat à l'autre, cet éparpillement constitue probablement une source importante de non-recours.

La première mesure de cet article vise à regrouper ces quatre dispositifs en un contrat unique ouvert à l'ensemble des médecins s'installant dans une zone sous-dense, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, ainsi qu'aux remplaçants exerçant dans ces territoires. Le contenu de ce contrat sera revu par voie réglementaire afin d'en renforcer l'attractivité, certains paramètres pouvant être adaptés pour prendre en compte les spécificités de l'exercice des médecins spécialistes, remplaçants ou exerçant dans des zones à forts afflux saisonniers.

Pour être éligibles à ce nouveau contrat unique, les signataires devront s'inscrire dans un dispositif d'exercice coordonné, qu'il s'agisse d'une équipe de soins primaires, d'une équipe de soins spécialisés, d'une maison de santé, d'un centre de santé ou encore d'une communauté professionnelle territoriale de santé.

La deuxième mesure, en réponse directe à l'engagement de la ministre au Sénat, crée une nouvelle aide qui permettra la prise en charge de la totalité des cotisations sociales dues par un médecin libéral ne pratiquant pas de dépassement d'honoraire (secteur 1) s'installant en zone sous dense (ces zones correspondront aux zones d'intervention prioritaire définies par les agences régionales de santé) dans les trois années suivant l'obtention de son diplôme.

La troisième mesure vise à rendre plus progressive la dispense de cotisations dues pour la prestation vieillesse complémentaire pour diminuer le fort effet de seuil actuel. En effet, ce régime de prestations complémentaire vieillesse (PCV) auquel sont obligatoirement affiliés les médecins est financé, notamment, par une cotisation forfaitaire avec une prise en charge aux 2/3 par l'assurance maladie pour les médecins conventionnés en secteur 1. Cette cotisation

induit un effet de seuil important particulièrement lourd pour les médecins à faibles revenus. Afin d'atténuer cet effet de seuil, l'article prévoit de permettre aux médecins de choisir entre la cotisation forfaitaire ou une cotisation proportionnelle à leur assiette de revenu.

Enfin, la dernière mesure améliore le dispositif simplifié de déclaration et de paiement des cotisations et contributions sociales à destination des médecins remplaçants créé par l'article 47 LFSS pour 2019 en permettant aux médecins relevant de ce dispositif de verser une cotisation complémentaire en cas de dépassement de seuil. Cet ajustement permettra d'éviter les sorties brutales du dispositif en cas de dépassement du seuil.

## **Article 37**

### **[Engagement maternité]**

I.- Après l'article L. 6111-1-4 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6111-1-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6111-1-5.* – Pour des motifs de qualité et de sécurité des soins, les établissements de santé publics et privés assurent une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé de femmes enceintes lorsque leur lieu de résidence nécessite un temps d'accès à la maternité supérieur à un seuil fixé par un décret en conseil d'État. Celui-ci précise également les conditions d'accès à cette prestation et les modalités de son organisation, déléguée à un tiers, le cas échéant, par voie de convention. » ;

II.- Après le quatrième alinéa de l'article L. 160-9 du code de la sécurité sociale est inséré l'alinéa suivant :

« 3° Les frais de transport pour des motifs de qualité et de sécurité des soins, dans des conditions précisées par voie réglementaire. ».

### **Exposé des motifs**

Les transformations et les regroupements des services de maternités répondent à une exigence de qualité et sécurité des soins délivrés aux mères et à leurs bébés. Le respect des conditions d'implantation et des conditions techniques de fonctionnement prévues dans le régime d'autorisation de l'activité d'obstétrique, est le garant de cette exigence. Dans le cadre de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, des travaux sont d'ailleurs actuellement menés pour moderniser le régime d'autorisation de cette activité et ainsi renforcer la qualité et la sécurité des prises en charge.

Le temps médian nécessaire pour accéder à la maternité choisie est stable depuis 2003 et environ 87% des femmes déclarent mettre moins de 45 minutes pour s'y rendre. Les disparités des temps d'accès entre départements restent néanmoins fortes : en 2010, six départements se caractérisaient par le fait que plus d'un quart des femmes y déclaraient avoir un temps d'accès à la maternité supérieur à 45 minutes.

Au cours des derniers mois, la fermeture de maternités rencontrant des difficultés pour respecter les conditions d'implantation ou les conditions techniques de fonctionnement requises est apparue comme un symptôme de renforcement des inégalités territoriales en

matière d'accès aux soins (sentiment d'isolement et d'éloignement géographiques, inquiétudes quant à la sécurité de la prise en charge des grossesses, etc.). L'accès aux maternités doit faire l'objet d'une attention particulière dans le cadre de la prise en charge de la grossesse. Il apparaît donc nécessaire d'inscrire dans la loi un dispositif spécifique ayant pour double ambition de garantir la qualité des prises en charge (tant pour les femmes que les nouveau-nés) et de prendre en compte les contraintes de distance en proposant une offre adaptée de suivi pré et post-natal et d'accompagnement (hébergement à proximité d'une maternité, transports) aux femmes enceintes résidant à plus de 45 minutes d'une maternité en adéquation avec leur prise en charge. C'est, en effet, à partir de cette durée qu'une augmentation du risque de mortalité périnatale est documentée.

### **Article 38**

#### **[Financement par la CNSA des établissements à l'étranger accueillant des adultes handicapés français]**

Au 4<sup>o</sup> de l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles, après les mots : « mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 242-4 », sont insérés les mots : « ou à des personnes adultes handicapées » ;

#### **Exposé des motifs**

La Belgique accueille depuis très longtemps des personnes en situation de handicap venant de France. Les premiers « placements » financés par l'Assurance maladie datent de 1954. Aujourd'hui, près de 8 000 Français, 1 500 enfants et environ 6 500 adultes, sont accueillis dans des établissements wallons, originaires majoritairement des régions Ile-de-France, Hauts-de-France et Grand-Est. Ce phénomène s'est beaucoup accéléré depuis 1995. Cette croissance rapide est, en partie, liée au dynamisme de l'offre wallonne : la législation wallonne adoptée à la fin des années 90 prévoit des normes relativement souples et le gouvernement wallon ne finance pas du tout les établissements qui accueillent uniquement des Français. De plus, des démarchages importants sont réalisés par les sociétés commerciales belges, souvent en amont des autorisations d'ouverture de structures.

Plusieurs rapports récents (IGAS, Sénat) et les travaux conduits en préparation de la Conférence nationale du handicap (la prévention des départs non souhaités en Wallonie a fait l'objet d'un chantier dédié initié à la suite du comité interministériel du handicap du 25 octobre 2018) ont permis d'identifier les causes avancées des départs vers la Belgique. Ceux-ci sont généralement liés au manque de solutions dans les structures françaises, plus spécialement pour les personnes atteintes de troubles de l'autisme, de handicap rare et plus largement pour les personnes handicapées avec des troubles cognitifs et du comportement. Il faut souligner que ces placements sont souvent subis par les familles qui se retrouvent, de fait, séparées.

La mesure vise à encadrer le financement de l'offre belge tout en renforçant les efforts pour trouver des solutions aux familles sur le territoire national. Cet encadrement conventionnel vise également à s'assurer des standards de qualité de la prise en charge en Wallonie.

### **Article 39**

## [Recentralisation de la lutte contre la tuberculose]

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

1° Au huitième alinéa de l'article L. 1432-2, les mots : « aux articles L. 1423-2, L. 3111-11 et L. 3112-2 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 1423-2 et L. 3111-11 », et les mots : « aux articles L. 3111-11, L. 3112-3 et L. 3121-1 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 3111-11, L. 3112-2 et L. 3121-2 » ;

2° L'article L. 3112-2 est ainsi modifié :

a) Avant les mots : « La lutte contre la tuberculose », sont insérés les mots : « I. – » ;

b) Le dernier alinéa est remplacé par les alinéas suivants :

« À cet effet le directeur général de l'agence régionale de santé habilite au moins un centre de lutte anti-tuberculeuse et, si besoin, un centre de lutte contre la lèpre, dans sa région, dans des conditions fixées par décret.

« II.- Les dépenses afférentes aux structures mentionnées au I du présent article sont prises en charge par le fonds d'intervention régional sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche maritime relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale. » ;

4° À l'article L. 3112-3, les mots : « ou L. 3112-2 » sont supprimés.

III.- Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

À l'article L. 174-16, après les mots : « à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique, » sont insérés les mots : « et des centres de lutte anti-tuberculeuse ou de lutte contre la lèpre prévus à l'article L. 3112-2 du même code ».

IV.- Une demande d'habilitation en tant que centre de lutte anti-tuberculeuse ou centre de lutte contre la lèpre est déposée au plus tard le 30 juin 2020. Toute structure exerçant des activités de lutte contre la tuberculose ou contre la lèpre en application de l'article L. 3112-2 dans sa version antérieure à la présente loi n'ayant pas déposé de demande avant cette date doit cesser toute activité à compter du 1er janvier 2021.

### Exposé des motifs

Le financement de la lutte contre la tuberculose est assuré depuis 2004 par deux voies : soit par la dotation globale de fonctionnement (DGF) pour les départements qui ont gardé cette gestion par convention avec l'État, soit par le fonds d'intervention régional (FIR), pour les structures habilitées par les ARS (le plus souvent des services hospitaliers). En effet, la loi relative aux responsabilités locales du 13 juillet 2004 a recentralisé la lutte contre la tuberculose, jusque-là dévolue aux départements, en leur laissant néanmoins la possibilité s'ils le souhaitaient de conserver la gestion des Centres de lutte contre la tuberculose (CLAT). La

situation aujourd'hui, 15 ans après, est que 32 départements sur 101 (soit environ 52 CLAT sur un total de 148) ont conservé cette activité avec un budget spécifique de la DGF.

Par mesure de simplification et d'amélioration du pilotage financier de cette politique, le présent article prévoit de confier aux ARS l'ensemble des leviers, organisationnels et financiers, de la lutte contre la tuberculose. Elle prévoit en complément une mesure de périmètre de la DGF vers le FIR.

### *CHAPITRE 3 : RENFORCER LA QUALITÉ, LA PERTINENCE ET L'EFFICIENCE DES SOINS*

#### **Article 40**

#### **[Mise en place d'un forfait pour un parcours global post traitement aigu du cancer]**

Le chapitre V-1 du titre Ier du livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

I.- Il est créé une section I intitulée « Institut national du cancer », au sein de laquelle sont regroupés les articles L. 1415-2 à L. 1415-7 ;

II. - Il est créé une section II intitulée « Parcours de soins global après le traitement aigu d'un cancer », au sein de laquelle est inséré un article L. 1415-8 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1415-8* - L'agence régionale de santé met en place un parcours soumis à prescription médicale visant à accompagner les personnes ayant reçu un traitement aigu pour un cancer et bénéficiant du dispositif prévu au 3° de l'article L.160-14 du code de la sécurité sociale. Ce parcours débute au plus tard un an après la fin du traitement aigu pour cancer des personnes concernées.

« Ce parcours comprend un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des consultations de suivi nutritionnels et psychologiques. Le contenu du parcours, qui pourrait le cas échéant ne comprendre qu'une partie de ces actions, est individualisé pour chaque personne en fonction des besoins de celle-ci identifiés par le médecin prescripteur.

« Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret. »

#### **Exposé des motifs**

Plus de 3 millions de personnes vivent aujourd'hui en France avec un cancer, et parmi eux de nombreuses femmes vivent avec un cancer du sein, qui est le plus fréquent. Si le nombre de nouveaux cas diagnostiqués chaque année augmente, les progrès réalisés dans le diagnostic et les traitements ont permis de faire reculer la mortalité. Cette maladie demeure néanmoins une épreuve difficile pour les personnes touchées, tant au plan physique que psychologique.

Le gouvernement souhaite améliorer l'état de santé et la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer après la période de traitements. En renforçant les soins de support, l'objectif est de garantir l'accès à un accompagnement aussi bien physique que psychologique.

La présente mesure, qui s'inscrit également dans un objectif de prévention et de réduction des inégalités sociales de santé, vise ainsi à permettre aux personnes touchées par un cancer, notamment les femmes atteintes d'un cancer du sein, de bénéficier, dans le cadre d'un parcours de santé organisé, d'une évaluation de leurs besoins. En fonction de celle-ci, les patients pourront bénéficier de conseils diététiques, d'un soutien psychologique ainsi que d'un bilan motivationnel et fonctionnel d'activité physique associé à une proposition de projet individuel d'activité physique adaptée à leurs envies et leurs limitations fonctionnelles. L'Institut national du cancer (INCa) engagera fin 2019 des travaux sur un référentiel organisationnel des soins oncologiques de support définissant notamment les modalités d'évaluation des besoins en soins de support et le parcours.

Ce forfait se mettra en place sur la base d'un cahier des charges par des acteurs (établissements de santé, professionnels de santé...) sélectionnés par les agences régionales de santé et le déploiement de ces parcours globaux, en post-traitement du cancer, sera soutenu par un financement du fonds d'intervention régional de 10 M€ environ la première année.

La mesure s'inscrit dans le cadre du Plan National de Santé Publique, du Plan Cancer et des annonces du Comité interministériel pour la santé du 25 mars 2019.

#### **Article 41**

##### **[Simplification des certificats médicaux de non contre-indication au sport]**

Le code du sport est ainsi modifié :

I.- À l'article L. 231-2:

- a) Sont ajoutés les mots : « Pour les personnes majeures » au début du I
- b) Sont ajoutés trois alinéas ainsi rédigés :

« III.- Pour les personnes mineures, et sans préjudice des dispositions de l'article L. 231-2-3, l'obtention ou le renouvellement d'une licence, permettant ou non de participer aux compétitions organisées par une fédération sportive, est subordonnée au fait que les personnes exerçant l'autorité parentale attestent de la réalisation d'une autoévaluation qu'elles renseignent avec le sportif.

Cette obtention ou ce renouvellement d'une licence ne nécessite pas la production d'un certificat médical attestant de la non contre-indication à la pratique sportive, sauf en cas de doutes sur l'état de santé du mineur résultant de cette autoévaluation.

Un décret précise les modalités de mise en œuvre de ces dispositions. »

II.- L'article L. 231-2-1 est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Pour les personnes mineures, et sans préjudice des dispositions de l'article L. 231-2-3, l'obtention ou le renouvellement d'une licence, permettant de participer aux compétitions organisées par une fédération sportive, est subordonnée au fait que les personnes exerçant l'autorité parentale attestent de la réalisation d'une autoévaluation qu'elles renseignent avec le sportif.

Cette obtention ou ce renouvellement d'une licence ne nécessite pas la production d'un certificat médical attestant de la non contre-indication à la pratique sportive, sauf en cas de doutes sur l'état de santé du mineur résultant de cette autoévaluation.

Un décret précise les modalités de mise en œuvre de ces dispositions. »

### **Exposé des motifs**

La mesure vise à simplifier le cadre légal des certificats médicaux de non contre-indication à la pratique sportive pour les mineurs, jusqu'à 18 ans, pour les disciplines sportives sans contraintes particulières, afin de favoriser l'activité sportive et tenir compte de la refonte du parcours de prévention des jeunes mis en place en 2019. Pour les mineurs, l'obligation de produire un certificat médical de non contre-indication est en effet devenue une contrainte redondante avec la réorganisation, par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, du parcours de santé et de prévention des nourrissons et des enfants jusqu'à l'âge de 18 ans. C'est à l'occasion des consultations obligatoires, réalisées par un médecin, qui jalonnent ce parcours, prises en charge à 100 % par l'assurance maladie, qu'il sera possible de vérifier, de manière adaptée à l'âge de l'enfant, son aptitude à la pratique sportive, cet examen s'insérant au sein d'un bilan de santé plus global.

Dès lors la production de certificats médicaux ne sera plus obligatoire sauf en cas de doute sur l'état de santé résultant d'une autoévaluation, ce qui facilitera l'accès à la pratique sportive et libèrera du temps médical. L'autoévaluation permettra de s'assurer qu'un médecin a été consulté dernièrement, notamment à l'occasion des consultations obligatoires prévues pour les enfants. Des actions de communication seront menées à destination des médecins et des acteurs du monde du sport.

### **Article 42**

#### **[Contrat de l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins et adaptation du dispositif du financement à la qualité]**

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

1° Le II de l'article L. 162-23-15 dans sa rédaction issue de l'article 37 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 est ainsi modifié :

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

« Lorsqu'un établissement ne procède pas au recueil obligatoire d'un indicateur ou que ce recueil fait l'objet d'une invalidation par l'autorité administrative dans le cadre du contrôle de la qualité des données déclarées par l'établissement de santé, le seuil minimal requis pour cet indicateur est réputé non atteint. » ;

b) Après le dernier alinéa est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le produit des pénalités financières abonde la dotation mentionnée au I. » ;

2° L'article L. 162-30-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins est conclu entre le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de l'organisme local d'assurance

maladie et le représentant légal de l'établissement de santé relevant de leur ressort géographique et identifié selon les modalités prévues à l'alinéa suivant. Les commissions et conférences médicales d'établissement donnent leur avis préalablement à la conclusion du contrat. Il a pour objet d'améliorer la pertinence et l'efficacité des soins et des prescriptions et de permettre une diminution des dépenses de l'assurance maladie.

« Les établissements sont identifiés en fonction de priorités nationales définies par l'État après avis de l'assurance maladie ou en application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins pour ceux ne respectant pas un ou plusieurs référentiels de pertinence et d'efficacité des actes, des prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels y exerçant, ou de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 162-30-3.

« Le contrat est conclu pour une durée maximale de cinq ans. Il prévoit notamment, conformément à un contrat type fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les différents volets du contrat, les obligations respectives des parties, les objectifs à atteindre par l'établissement ainsi que leurs modalités d'évaluation. En l'absence de contrat type national, l'agence régionale de santé peut arrêter un contrat type régional.

« En cas de refus par l'établissement de santé identifié de conclure ce contrat, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une sanction financière correspondant à 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos. Le produit de ces sanctions est versé à l'assurance maladie.

« Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret. » ;

3° L'article L. 162-30-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots « , de qualité, de sécurité des soins » sont supprimés ;

b) Au deuxième et troisième alinéa, le mot « additionnel » est supprimé ;

c) Le dernier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Ce volet peut fixer, pour les actes, prestations et prescriptions qui présentent des écarts significatifs en nombre ou en évolution aux moyennes régionales ou nationales, un volume d'actes, prestations et prescriptions annuel cible attendu pour l'établissement. Ce volume ne peut être inférieur de plus de 30% au volume de l'année immédiatement antérieure. Une liste limitative des actes, prestations et prescriptions qui peuvent être concernés par ce dispositif est fixée par arrêté.

« Les modalités d'élaboration du plan d'actions régional susmentionné, les catégories et volumes d'actes, prestations ou prescriptions servant de base à la conclusion d'un volet aux contrats ainsi que la nature des données prises en compte et les méthodes utilisées pour arrêter ces référentiels et vérifier la conformité des pratiques des établissements sont déterminées par décret. » ;

4° L'article L. 162-30-4 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 162-30-4.- La réalisation des objectifs fixés par le contrat mentionné à l'article L. 162-30-2 fait l'objet d'une évaluation annuelle.

« En fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie et du degré de réalisation des objectifs fixés au contrat, un intéressement sera alloué à l'établissement sous la forme d'une dotation du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

« À l'issue d'une période de deux ans après la saisine d'un établissement par l'agence régionale de santé en application du troisième alinéa de l'article L. 162-30-3, si l'établissement présente toujours un volume d'actes, prescription ou prestation significativement supérieur au volume attendu inscrit au volet mentionné au quatrième alinéa du même article, l'agence régionale de santé peut, après prise en compte des caractéristiques du territoire et de l'établissement et à l'issue d'une procédure contradictoire, fixer un abattement forfaitaire au tarif national, pour le volume d'actes et prestations excédant le volume cible fixé, ainsi qu'une minoration forfaitaire de la part prise en charge par l'assurance maladie des produits de santé mentionnés à l'article L.162-22-7.

« La décision de l'agence régionale de santé est prise après avis de l'organisme local d'assurance maladie et de la commission spécialisée pour l'organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. L'abattement et la minoration forfaitaires sont fixés pour une durée limitée selon un barème établi au niveau national et sont notifiés à l'établissement dans des conditions définies par décret. L'abattement ne peut excéder 50% du tarif national et la minoration ne peut réduire de plus de 50% la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.

« À l'issue de la période notifiée, les sommes correspondant à l'abattement et la minoration forfaitaires pendant la période concernée sont récupérées par réduction des recettes d'assurance maladie perçues par l'établissement et abondent le fonds d'intervention régional.

« Lorsque l'agence régionale de santé constate, sur un ou plusieurs territoires, un sous recours persistant pour un ou plusieurs actes qui font l'objet d'un référentiel arrêté par l'Etat, et lorsque ce sous recours est de nature à mettre en danger la santé des populations concernées, elle peut décider d'apporter un soutien financier spécifique pour le développement d'une ou plusieurs activités.

« Un décret précise les modalités d'application de ce dispositif ainsi que les critères utilisés par les agences régionales de santé pour apprécier les taux de recours des établissements sur les actes, prestations et prescriptions concernés. »

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

1° Au dernier alinéa de l'article L. 1421-3, après les mots « à l'article L. 5311-1 » sont ajoutés les mots « ou de celles relatives au contrôle du recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins ».

2° Au deuxième alinéa de l'article L. 1435-7, après le mot « médecin » sont insérés les mots « ou de pharmacien » ;

3° Au cinquième alinéa de l'article L. 1435-7, les mots « aux 1° et » sont supprimés et le mot « au » est inséré après le mot « mentionnées » ;

III.- Les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins signés à la date de la publication de la présente loi ne sont pas remis en cause jusqu'au 31 décembre 2020.

Après cette date, les contrats des établissements qui ne sont pas identifiés en application des dispositions de l'article L. 162-30-2 dans sa rédaction issue de la présente loi sont considérés comme caducs.

### **Exposé des motifs**

Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES), créé par la LFSS pour 2016, est un contrat tripartite signé entre les établissements de santé, les agences régionales de santé (ARS) et l'Assurance maladie. Il fixe les objectifs de régulation des dépenses, d'amélioration des pratiques dans un cadre contractuel unique.

En s'appuyant sur un travail de co-construction avec les acteurs concernés, le Gouvernement souhaite engager une nouvelle étape de simplification de cet outil en le recentrant autour d'un nombre limité de priorités axées sur la pertinence, en renforçant le dispositif d'intéressement des établissements aux économies réalisées pour l'assurance maladie et en le ciblant sur les établissements à plus fort enjeu.

En complément de cet outil contractuel, il est proposé de compléter les leviers des agences régionales de santé en direction des établissements dont les pratiques s'écartent significativement, en nombre ou en évolution, des moyennes régionales ou nationales pour des activités comparables. Les ARS pourront ainsi fixer des volumes cibles attendus pour certains des actes, prestations et prescriptions concernés dans les établissements identifiés et, en cas de persistance à l'issue d'une période de deux ans, déroger, pour une liste limitative d'actes arrêtée au niveau national, aux tarifs nationaux, dans la limite de 50% en-deçà du tarif national. L'approche territoriale retenue permet de prendre en compte les spécificités des besoins de la population des territoires concernés.

### **Article 43**

#### **[Favoriser la pertinence des prescriptions de médicaments à l'aide de plusieurs outils ciblés, notamment pour les antibiotiques et biosimilaires]**

I.- L'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa du I est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Une spécialité pharmaceutique peut faire l'objet d'une prescription non conforme à son autorisation de mise sur le marché en l'absence de spécialité de même principe actif, de même dosage et de même forme pharmaceutique disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou d'une autorisation temporaire d'utilisation dans l'indication ou les conditions d'utilisation considérées, sous réserve qu'une recommandation temporaire d'utilisation soit établie. La recommandation temporaire d'utilisation est établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé afin de sécuriser l'utilisation de cette spécialité dans cette indication ou ces conditions d'utilisation. Lorsqu'une telle recommandation temporaire d'utilisation a été établie, la spécialité peut faire l'objet d'une prescription dans l'indication ou les conditions d'utilisations correspondantes dès lors que le prescripteur juge qu'elle répond aux besoins du patient. La circonstance qu'il existe par ailleurs une spécialité ayant fait l'objet, dans cette même indication, d'une autorisation de mise sur le marché, dès lors qu'elle ne répondrait pas moins aux besoins du patient, ne fait pas obstacle à une telle prescription. »

2° La dernière phrase du III est complétée par les mots : «, sauf lorsqu'il existe une autre spécialité comparable disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou lorsqu'il existe suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation de cette spécialité dans cette indication. ».

3° Le dernier alinéa du IV est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Il peut être dérogé au présent alinéa lorsqu'il existe une autre spécialité comparable disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou lorsqu'il existe suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation de cette spécialité dans cette indication. »

4° L'article est complété par un V ainsi rédigé :

« V.- Les ministres chargés de la santé ou de la sécurité sociale peuvent saisir l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé pour qu'elle instruisse la mise en œuvre d'une recommandation temporaire d'utilisation. »

II.- Après l'article L. 5121-12-1 du même code, il est inséré un article L. 5121-12-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 5121-12-1-1.-* Le prescripteur peut conditionner la délivrance de certains médicaments à la réalisation ou au résultat de tests à caractère médical, notamment d'examens biologiques ou d'orientation diagnostique, au moyen d'une ordonnance dite de dispensation conditionnelle. »

III.- A l'article L. 5121-20 du même code, il est rétabli un 15° ainsi rédigé :

« 15° Les modalités de prescription et les conditions d'identification des médicaments pour lesquels il peut être fait recours à une ordonnance de dispensation conditionnelle mentionnée à l'article L. 5121-12-1-1 ;

IV.- L'article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 6° du II, après les mots : « récidive après » sont insérés les mots : « au moins » et le mot : « médecin » est remplacé par les mots : « professionnel de santé ».

2° Ce même 6° du II est complété par un deuxième alinéa ainsi rédigé :

« Le montant de la pénalité encourue est fixé proportionnellement à l'ampleur de la récidive selon un barème fixé par voie réglementaire. »

V.- Le III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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

« 4° Prestations effectuées par un pharmacien d'officine et définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »

2° Les deux occurrences : « mentionnés aux 1°, 2° et 3° » sont remplacés par les mots : « mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 4° »

3° Après les mots : « pour les transports mentionnés au 3° » sont ajoutés les mots : « et pour les prestations mentionnées au 4° ».

VI.- L'article L. 162-16-1 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, le mot : « syndicales » est remplacé par le mot : « syndicale ».

2° Après le 15°, il est inséré un 16° ainsi rédigé :

« 16° La tarification des prestations en matière de dépistage, en application du 8° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique, sur la base de laquelle est effectuée la prise en charge des frais de santé, lorsque le pharmacien réalise des tests de diagnostic rapide des angines à streptocoque du groupe A. La tarification tient compte du prix unitaire du test calculé à partir du prix de cession mentionné à l'article L. 162-16-4-3. »

3° Aux 22ème et 23ème alinéas, à chaque occurrence, les mots : « à 15° » sont remplacés par les mots : « à 16° ».

VII.- Après l'article L. 162-16-4-2 du même code, il est inséré un article L. 162-16-4-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-16-4-3.*- Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent arrêter le prix de cession maximal auquel peuvent être vendus les tests de diagnostic rapide des angines à streptocoque du groupe A aux pharmaciens d'officine. La fixation peut tenir compte des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation de ces tests, des prix de vente pratiqués en France et dans d'autres pays européens ou du prix et du volume d'achat de tests négociés par l'assurance maladie dans le cadre d'un marché passé avec l'un des fabricants. »

VIII.- La dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 162-17 du même code est complétée par les mots : « ou de délivrance lorsque ce médicament est prescrit sur une ordonnance de dispensation conditionnelle ».

IX.- Après l'article L. 162-17-2-2 du même code, il est inséré un article L. 162-17-2-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-17-2-3.*- I.- Lorsqu'un laboratoire exploite un médicament, inscrit sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, dont les forme, dosage ou présentation ne sont pas adaptés aux conditions de prescription ou d'utilisation thérapeutique, au regard notamment d'un avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, ou ne présentent pas une efficacité suffisante pour les dépenses d'assurance maladie, le cas échéant pour au moins une de ses indications, les ministres chargés de la santé ou de la sécurité sociale peuvent fixer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à sa charge.

« II.- Cette pénalité ne peut être supérieure à 10 % du chiffre d'affaires, hors taxes, réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour la spécialité ou les spécialités en cause.

« Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'écart constaté aux conditions de prescription ou d'utilisation thérapeutique ou au niveau d'efficacité attendu pour les dépenses d'assurance maladie ; la pénalité est reconductible, le cas échéant, chaque année.

« III.- La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

« IV.- Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. »

X.- L'article L. 162-22-7-4 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « du fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « financière de l'assurance maladie » et après les mots : « produits de santé, » sont insérés les mots : « ou relatifs à l'efficacité des achats de produits de santé pour les dépenses totales de l'assurance maladie, » ;

2° Au second alinéa, les mots : « relatifs à la pertinence et à l'efficacité des prescriptions » sont remplacés par les mots : «, le cas échéant le mode de recueil des informations nécessaires au calcul desdits indicateurs ».

XI.- L'article L. 315-2 du même code est ainsi modifié :

1° A la première phrase du dernier alinéa du II, après la première occurrence du mot : « prise », la fin de la phrase est ainsi rédigée : «, à tout moment, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale concernant les produits pris en charge au titre des listes, ou de l'une des listes, prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, ou au titre de l'un des articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-2-1, L. 162-22-7, L. 162-23-6, L. 165-1, L. 165-1-1, L. 165-1-5, L. 165-11 du présent code ou de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. »

2° Le même II est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Pour l'application du présent II :

« 1° Dans le cas d'une transmission électronique des éléments permettant de demander l'accord en vue de la prise en charge d'une prestation par les établissements de santé, ou les professionnels exerçant en leur sein, l'identification de l'émetteur, son authentification et la sécurisation des échanges sont assurées dans des conditions définies par décret en Conseil d'État ;

« 2° Il peut être dérogé en tant que de besoin aux dispositions relatives à l'obligation d'homologation de certains formulaires administratifs, prévues aux articles 38 et 39 de l'ordonnance n° 2004-637 du 1er juillet 2004 relative à la simplification de la composition et du fonctionnement des commissions administratives et à la réduction de leur nombre. »

### **Exposé des motifs**

Cet article vise à renforcer la pertinence de la prescription et de la dispensation des produits de santé.

La lutte contre l'antibiorésistance est l'un des enjeux mondiaux de santé publique, dont le facteur principal est le mésusage des antibiotiques. Notamment, les antibiotiques sont trop souvent prescrits pour des angines virales, contre lesquelles ils sont pourtant inefficaces. Le

Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD) permet de différencier angines virales et bactérienne mais est encore peu utilisé par les médecins. L'article permet, comme le Gouvernement l'a annoncé lors du dernier comité interministériel de la santé, de prendre en charge un TROD lorsqu'il est réalisé en pharmacie d'officine.

Par ailleurs, certaines pratiques industrielles et commerciales conduisent au mésusage des antibiotiques et d'autres médicaments, notamment l'absence de conditionnements conformes aux posologies. La mesure permet donc d'inciter les industriels à revoir le conditionnement de certains médicaments pour éviter de dispenser trop d'unités par rapport aux besoins.

De nombreuses actions ont en outre récemment été mises en œuvre pour favoriser le développement des médicaments biologiques similaires (biosimilaires). Il apparaît toutefois que certains laboratoires commercialisant les médicaments de référence proposent parfois des prix très bas aux établissements de santé pour encourager (en sortie d'hospitalisation) la prescription de leur produit en ville. Si une économie est ainsi générée pour les établissements de santé, cela conduit à un surcoût au global pour le système de santé. Pour contourner ces difficultés, et renforcer l'efficacité globale des prescriptions, la mesure permet d'inciter financièrement les établissements de santé à acheter des médicaments qui bénéficieront globalement au système de santé.

Pour renforcer la pertinence des prescriptions, et pallier les pratiques conduisant certains laboratoires à ne pas demander une autorisation de mise sur le marché pour certaines indications de leurs produits, la mesure précise également les conditions d'octroi des recommandations temporaires d'utilisation par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

Enfin, à la suite du rapport IGF/IGAS de juillet 2017 soulignant les limites des dispositifs d'accompagnement de type « mise sous objectif » et « mise sous accord préalable » sur le long terme, la mesure permet d'adapter une approche plus graduée pour prononcer une pénalité financière à l'encontre des professionnels de santé qui ne modifient pas leur pratique d'hyper-prescription alors qu'ils ont fait l'objet de nombreuses mesures d'accompagnement (notamment MSO/MSAP) sur plusieurs exercices.

#### **Article 44**

##### **[Mesures diverses pour le secteur des transports de patients et extension des dérogations prévues à l'article 51 de la LFSS 2018]**

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

1° Le II de l'article L. 162-31-1 est ainsi modifié :

a) Le 1° est complété par les dispositions suivantes :

« f) L'article L. 162-13-2 pour permettre le remboursement d'examen de biologie médicale réalisés à la demande du patient sans prescription médicale ; » ;

b) Le 2° est complété par les dispositions suivantes :

« k) Le deuxième alinéa de l'article L. 6312-4 et l'article L. 6312-5 du code de la santé publique, en tant qu'ils concernent l'agrément, le nombre théorique de véhicules et les catégories de moyens de transport ;

« l) Les articles L. 6211-13, L. 6211-14 et L. 6211-18, afin de permettre l'extension des lieux et des conditions de prélèvements et de réalisation de la phase analytique des examens de biologie médicale. »

2° Le premier alinéa de l'article L. 322-5 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les frais de transport sont pris en charge sur prescription médicale, établie conformément aux articles L. 162-4-1 et L. 162-5-15. Dans le respect de cette prescription, ces frais sont pris en charge sur la base du trajet le moins onéreux et du mode de transport le plus adapté à l'état du patient. La prescription précise si cet état n'est pas compatible avec un transport partagé. »;

II.- L'article L. 6312-4 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa, après les mots : « des besoins sanitaires de la population » sont ajoutés les mots : «, sauf pour ce qui concerne les véhicules exclusivement affectés aux transports sanitaires effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente » ;

2° Le quatrième alinéa est supprimé.

III.- Au I de l'article 66 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, le mot : « huit » est remplacé par le mot : « neuf ».

### **Exposé des motifs**

Le transport sanitaire est un maillon important dans la chaîne de soins et le deviendra encore davantage compte-tenu des évolutions que connaît notre système de santé (développement des pathologies chroniques, virage ambulatoire...). La présente mesure a pour ambition d'accompagner l'adaptation du secteur des transports sanitaires à ces enjeux.

Depuis 2012, les dépenses de transport sanitaire connaissent une dynamique de croissance annuelle importante de 4,6% en moyenne. En outre, près des deux tiers des prescriptions de transport sont réalisés par les hôpitaux. C'est pourquoi, dès 2016, une réforme visant à transférer une partie de ces dépenses dans les budgets des établissements de santé a été votée (cf. article 80 de la LFSS pour 2017). Entrée en vigueur le 1er octobre 2018, elle a révélé les difficultés structurelles rencontrées par le secteur et mis au jour les défis auxquels transporteurs, patients, établissements de santé et administrations devront faire face dans les prochaines années. Le Gouvernement a ainsi institué une instance nationale de dialogue, et souhaite accompagner les acteurs vers une meilleure organisation, notamment en réformant la réglementation encadrant les transports sanitaires urgents, et permettant le développement de nouveaux modes de transport de patients et en facilitant le développement de modes d'organisation expérimentaux.

La présente mesure entend, dans ce cadre, proposer de nouvelles perspectives pour le secteur. D'abord, elle vise à encourager le développement du transport partagé, en sécurisant sa base légale pour qu'il devienne une pratique plus usuelle, voire par défaut.

Ensuite, elle prolonge des projets expérimentaux en cours en matière de garde ambulancière afin de lisser la transition vers une réforme globale de cette activité en 2020.

Enfin, elle élargit le champ des expérimentations dits « article 51 » au secteur des transports sanitaires, afin de permettre le développement de projets à l'initiative des acteurs de terrain, présentant un intérêt significatif pour l'amélioration de la prise en charge, tels que de nouvelles modalités d'organisation et de répartition entre véhicules sanitaires légers et ambulances ou taxis.

## TITRE II : PROMOUVOIR LA JUSTICE SOCIALE

### CHAPITRE I : PROTÉGER LES FRANÇAIS CONTRE LES NOUVEAUX RISQUES

#### Article 45

##### [Indemnisation du congé proche aidant]

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

1° À l'article L. 14-10-9 :

a) Au premier alinéa, les mots « du VI » sont insérés entre les mots « dernier alinéa » et les mots « de l'article L. 14-10-5 » ;

b) Il est inséré, après le premier alinéa, l'alinéa suivant :

« A) dans les deux sous-sections mentionnées au I de ce même article, ces crédits sont utilisés pour le financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I. Une fraction de ces crédits fixée par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et de la sécurité sociale finance l'allocation journalière du proche aidant prévue aux articles L. 168-8 et suivants du code de la sécurité sociale ; »

c) Le *a* devient *b* et le *b* devient *c*.

2° Au quatrième alinéa de l'article L. 262-46, les mots : « au titre des prestations familiales » sont remplacés par les mots : « au titre de l'allocation mentionnée à l'article L. 168-8, des prestations familiales ».

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

1° Au troisième alinéa de l'article L. 133-4-1, dans sa rédaction issue du 2° du I de l'article 77 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 et du b du 1° de l'article 1er de l'ordonnance n° 2019-765 du 24 juillet 2019 relative au droit de rectification des informations concernant les bénéficiaires des prestations sociales et des minima sociaux en cas de notification d'indus, les mots : « mentionnées aux titres » sont remplacés par les mots : « mentionnées à l'article L. 168-8, aux titres » ;

2° Le 1° du II de l'article L. 136-8 est complété par les mots : « ainsi que les allocations mentionnées aux articles L. 168-1 et L. 168-8 du présent code ; »

3° Après le chapitre VIII du titre VI du livre 1er du code de la sécurité sociale, il est inséré un chapitre VIII bis, comprenant neuf articles numérotés L. 168-8 à L. 168-16, ainsi rédigé :

« Chapitre VIII bis

« Allocation journalière du proche aidant

« Art. L. 168-8.- Une allocation journalière du proche aidant est versée dans les conditions prévues aux articles L. 168-9 à L. 168-16 aux personnes qui bénéficient du congé de proche aidant prévu à l'article L. 3142-16 du code du travail. Bénéficient également de cette allocation, dans des conditions fixées par décret, les personnes mentionnées à l'article L. 544-8, ainsi que les agents publics bénéficiant d'un congé de proche aidant.

« Art. L. 168-9.- Le montant et la durée de versement de l'allocation journalière mentionnée à l'article L. 168-8 sont définis par décret. Ce montant peut être modulé selon des modalités fixées par décret lorsque l'aidant est une personne isolée.

Ces montants et cette durée peuvent être modulés selon des modalités fixées par décret lorsque le bénéficiaire du congé de proche aidant transforme ce congé en période d'activité à temps partiel dans les conditions prévues par l'article L. 3142-20 du code du travail.

« Le nombre d'allocations journalières versées au bénéficiaire au cours d'un mois civil ne peut être supérieur à un nombre maximal fixé par décret.

« Le nombre maximal d'allocations journalières versées à un bénéficiaire pour l'ensemble de sa carrière est égal à soixante-six.

« Art. L. 168-10.- L'allocation journalière n'est pas due lorsque le proche aidant est employé par la personne aidée dans les conditions prévues au deuxième alinéa des articles L. 232-7 ou L. 245 12 du code de l'action sociale et des familles.

« L'allocation journalière du proche aidant n'est pas cumulable avec :

« 1° L'indemnisation des congés de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption ;

« 2° L'indemnisation des congés de maladie d'origine professionnelle ou non ou d'accident du travail ;

« 3° Les indemnités servies aux demandeurs d'emploi ;

« 4° La prestation partagée d'éducation de l'enfant ;

« 5° Le complément et la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé perçus pour le même enfant, lorsque la personne accompagnée est un enfant dont il assume la charge au sens de l'article L. 512-1 du code de la sécurité sociale ;

« 6° L'allocation aux adultes handicapés ;

« 7° L'allocation journalière de présence parentale ;

« 8° L'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie.

« Toutefois, l'allocation journalière du proche aidant est cumulable en cours de droit avec l'indemnisation mentionnée au 2° perçue au titre de l'activité exercée à temps partiel.

« *Art. L. 168-11.*- L'allocation journalière du proche aidant est servie et contrôlée par les organismes débiteurs des prestations familiales pour le compte de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie contre remboursement, y compris des frais de gestion engagés par ces organismes. Le financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est assuré par la part des crédits mentionnés au a) de l'article L.14-10-9 du code de l'action sociale et des familles et, pour le solde, par les fonds propres de cette même caisse.

« *Art. L. 168-12.*- L'action en paiement de l'allocation mentionnée à l'article L. 168-8 par le bénéficiaire et l'action en recouvrement par l'organisme en cas de versement indu se prescrivent selon les délais prévus à l'article L. 553-1.

« *Art. L. 168-13.*- Tout paiement indu d'allocation journalière du proche aidant est, sous réserve des dispositions des quatrième à huitième alinéas de l'article L. 133-4-1, récupéré sur les allocations à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. À défaut, l'organisme payeur peut procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues au titre des prestations familiales mentionnées à l'article L. 511-1 de la prime d'activité mentionnée à l'article L. 841-1 du présent code, du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles ou des aides personnelles au logement mentionnées à l'article L. 821-1 du code de la construction et de l'habitation. Ces retenues sont déterminées en application des règles prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2 du présent code.

« Lorsque l'indu notifié ne peut être récupéré sur les prestations mentionnées au premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve des dispositions des quatrième à huitième alinéas de l'article L. 133-4-1 et si l'assuré n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 553-2, dans les conditions prévues par ce même alinéa.

« Les dispositions des troisième à douzième alinéas de l'article L. 133-4-1 sont applicables au recouvrement des indus mentionnés au présent article.» *Art. L. 168-14.*- « Toute réclamation dirigée contre une décision relative à l'allocation journalière du proche aidant prise par un organisme débiteur des prestations familiales fait l'objet, préalablement à l'exercice d'un recours contentieux, d'un recours auprès de la commission de recours amiable, composée et constituée au sein du conseil d'administration de cet organisme et qui connaît des réclamations relevant de l'article L. 142-1.

« Les recours contentieux relatifs aux décisions mentionnées au premier alinéa du présent article relèvent de l'article L. 142-1.

« Le bénéficiaire de l'allocation journalière proche aidant est informé, par tout moyen, des modalités de réclamation et de recours décrites aux deux premiers alinéas du présent article.

« *Art. L. 168-15.*- Les dispositions relatives aux contrôles et à la lutte contre la fraude prévues aux articles L. 114-9 à L. 114-10-2, L. 114-11 à L. 114-17, L. 114-19, L. 114-20 à L. 114-22 et L. 161 1-4 du présent code sont applicables à l'allocation journalière du proche aidant.

« Art. L. 168-16.- Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret. » ;

4° Au quatrième alinéa de l'article L. 355-3, dans sa rédaction issue du 4° du I de l'article 77 de la loi du 22 décembre 2018 précitée et du a du 2° de l'article 1er de l'ordonnance du 24 juillet 2019 précitée, les mots : « mentionnées à l'article L. 511-1 » sont remplacés par les mots : « mentionnées aux articles L. 168-8 et L. 511-1 » ;

5° Le quatrième alinéa de l'article L. 381-1 est ainsi rédigé : « La personne bénéficiaire de l'allocation journalière mentionnée à l'article L. 168-8, à l'exclusion des fonctionnaires bénéficiant d'un congé proche aidant pris en compte dans le régime spécial de retraite dont ils relèvent, est affiliée à l'assurance vieillesse du régime général. Est également affiliée obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale la personne bénéficiaire du congé de proche aidant mentionné à l'article L. 3142-22 du code du travail pour les périodes pour lesquelles elle ne bénéficie pas de l'allocation journalière mentionnée à l'article L. 168-8. Dans ce second cas, l'affiliation est subordonnée à la production de justificatifs, définis par décret. » ;

6° Au premier alinéa de l'article L. 553-2, dans sa rédaction issue du a du 3° de l'article 1er de l'ordonnance du 24 juillet 2019 précitée, les mots : « mentionnées aux titres II et IV » sont remplacés par les mots : « mentionnées à l'article L. 168-8 et aux titres II et IV » ;

7° Au cinquième alinéa de l'article L. 815-11, dans sa rédaction issue du 6° du I de l'article 77 de la loi du 22 décembre 2018 précitée et du a du 5° de l'article 1er de l'ordonnance du 24 juillet 2019 précitée, les mots : « mentionnées au titre V » sont remplacés par les mots : « mentionnées à l'article L. 168-8, au titre V » ;

8° Au premier alinéa de l'article L. 821-5-1, dans sa rédaction issue du a du 4° de l'article 1er de l'ordonnance du 24 juillet 2019 précitée, avant les mots : « soit au titre des prestations familiales » sont insérés les mots : « soit au titre de l'allocation mentionnée à l'article L. 168-8, » ;

9° Au troisième alinéa de l'article L. 845-3, les mots : « aux articles L. 511-1 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 168-8, L. 511-1 ».

IV.- Le Gouvernement remet un rapport au Parlement au plus tard le 1er janvier 2022 relatif à la mise en œuvre de l'allocation journalière du proche aidant. Ce rapport s'attache également à analyser l'articulation entre les congés de proche aidant, de solidarité familiale et de présence parentale, ainsi que leurs indemnisations et, le cas échéant, à avancer notamment des propositions pour en améliorer la cohérence.

V.- Les dispositions du présent article s'appliquent aux demandes d'allocation visant à l'indemnisation de jours de congé du proche aidant ou de cessation d'activité postérieurs à une date fixée par décret et au plus tard au 30 septembre 2020.

### **Exposé des motifs**

8 à 11 millions de personnes aident un proche en situation de dépendance en raison d'une situation de handicap, de l'âge ou d'une maladie, de manière régulière et non professionnelle. Le rôle des aidants est essentiel et contribue fortement au maintien à domicile des personnes

dépendantes. Le vieillissement et la perte d'autonomie croissante de la population renforcera le rôle fondamental des proches aidants à l'avenir, faisant de ce sujet un enjeu social et sociétal majeur. Aussi, beaucoup d'initiatives ont été conduites pour renforcer le soutien des proches aidants. En particulier, la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (dite « ASV ») a fait de la reconnaissance des aidants et de leur soutien un axe fort de nos politiques de solidarité, que le Gouvernement souhaite approfondir. Elle a créé le congé de proche aidant remplace depuis 2016 le congé de soutien familial. Aujourd'hui, le recours à ce congé, non indemnisé, semble pourtant particulièrement faible.

Aussi, à la suite des propositions récemment portées par plusieurs parlementaires, et des recommandations du rapport remis par Dominique Libault en mars 2019 sur le grand âge et l'autonomie, il est proposé d'indemniser, pour les salariés, pour les travailleurs indépendants, comme pour les agents publics, le congé de proche aidant, à l'instar du congé de présence parentale et du congé de soutien d'un proche en fin de vie. Cet article ouvre donc le droit à une allocation journalière versée pendant une durée équivalente à 3 mois de travail. Le montant de cette allocation, déterminée par décret, pourrait être équivalente à l'allocation journalière de présence parentale. La prise en compte de droits retraite pendant l'indemnisation du congé proche aidant est également prévue dans le cadre de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF).

## Article 46

### **[Création d'un fonds d'indemnisation des victimes de produits pesticides]**

I. – Le livre 4 du code de la sécurité sociale est complété par un titre IX ainsi rédigé :

« TITRE IX

« INDEMNISATION DES VICTIMES DE PESTICIDES

« *Art. L. 491-1.* – Obtiennent, sur demande, dans les conditions prévues au présent titre, une indemnisation en réparation des maladies causées par des pesticides au sens de la directive 2009/128/CE du Parlement européen et du Conseil du 21 octobre 2009 instaurant un cadre d'action communautaire pour parvenir à une utilisation des pesticides compatible avec le développement durable faisant ou ayant fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché sur le territoire de la République française :

« 1° Au titre des régimes d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles :

« *a)* Les assurés relevant des régimes d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles du régime général ou du régime des salariés agricoles ;

« *b)* Les assurés relevant du régime d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des non-salariés agricoles ;

« *c)* Les assurés relevant du régime des accidents et des maladies professionnelles en vigueur dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ;

« 2° Au titre de la solidarité nationale :

« a) Les assurés non-salariés agricoles mentionnés aux b) et c) du 1<sup>o</sup>, pour le complément d'indemnisation mentionné au onzième alinéa du présent article ;

« b) Les anciens exploitants, leurs conjoints et les membres de la famille bénéficiaires d'une pension de retraite agricole prévue aux articles L. 732 18 et L. 732 34 du code rural et de la pêche maritime et qui auraient cessé leur activité non salariée agricole antérieurement au 1er avril 2002 ;

« c) Les enfants atteints d'une pathologie résultant directement de leur exposition prénatale du fait de l'exposition professionnelle de l'un ou l'autre de leurs parents à des pesticides mentionnés au premier alinéa.

« Les dispositions du présent titre ne sont applicables aux personnes mentionnées au 1<sup>o</sup> et aux a et b du 2<sup>o</sup> que si la maladie mentionnée au premier alinéa présente un caractère professionnel.

« La nature et le montant des prestations et indemnités versées aux personnes mentionnées au 1<sup>o</sup> et aux a et b du 2<sup>o</sup> sont, en principe, déterminées selon les règles prévues par le régime de sécurité sociale dont relèvent les intéressés. Toutefois, les personnes mentionnées aux a et b du 2<sup>o</sup> peuvent obtenir un complément d'indemnisation, dont les modalités de calcul sont déterminées par décret en Conseil d'État, par rapport aux règles fixées par les dispositions du code rural et de la pêche maritime et du code local des assurances sociales du 19 juillet 1911 qui leur sont applicables.

« Les enfants mentionnés au c du 2<sup>o</sup> bénéficient, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, d'une indemnité destinée à réparer leurs dommages corporels

« La réparation prévue aux alinéas précédents, qui présente un caractère forfaitaire, ne fait pas obstacle à l'engagement d'une action juridictionnelle, selon les voies de recours de droit commun.

« *Art. L. 491-2.* – Le fonds institué à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime centralise et instruit les demandes de reconnaissance des maladies professionnelles des personnes mentionnées au 1<sup>o</sup> et aux a et b du 2<sup>o</sup> de l'article L. 491-1 selon des règles de procédure définies par décret.

« Il se prononce sur le caractère professionnel de la pathologie du demandeur au regard des conditions posées par les règles applicables au régime de sécurité sociale dont il relève ainsi que sur son imputabilité aux pesticides mentionnés au premier alinéa de l'article L. 491-1 et détermine, le cas échéant, la date de consolidation de son état ainsi que le taux d'incapacité permanente du demandeur.

« Le fonds transmet aux caisses primaires d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 211-1 du code de la sécurité sociale, aux caisses générales de sécurité sociale mentionnées à l'article L. 752-4 du même code, aux caisses de mutualité sociale agricole mentionnées à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime et aux caisses d'assurance-accidents agricoles mentionnées à l'article L. 761-20 du même code sa décision portant sur les points mentionnés à l'alinéa précédent afin qu'elles procèdent à la liquidation des prestations et indemnités d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles, en tenant compte, pour les personnes mentionnées au a) et b) du 2<sup>o</sup> de l'article L. 491-1, du complément d'indemnisation mentionné au onzième alinéa de cet article.

« *Art. L. 491-3.*- Le fonds institué à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime instruit les demandes relatives aux enfants mentionnés au c) du 2° de l'article L. 491-1 et se prononce sur leur droit à réparation au titre de la solidarité nationale.

« Il appartient au demandeur ou à son représentant légal de produire des éléments de nature à établir l'exposition à des pesticides et à justifier de son état de santé.

« Le fonds procède ou fait procéder, afin notamment d'apprécier si le lien de causalité entre l'exposition et la pathologie est avéré, à toutes investigations et expertises utiles sans que puisse lui être opposé le secret professionnel ou le secret des affaires. Dans un délai fixé par décret en Conseil d'État, le fonds présente au demandeur une offre d'indemnisation mentionnant l'évaluation retenue pour chacune des prestations auxquelles l'intéressé peut prétendre, après déduction des indemnités qui lui reviennent compte tenu des prestations énumérées à 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, et des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice. À défaut de consolidation de l'état de la victime, l'offre présentée par le fonds a un caractère provisionnel. Le fonds présente une offre dans les mêmes conditions en cas d'aggravation de l'état de santé de la victime.

« *Art. L. 491-4.*- Le demandeur informe le fonds mentionné à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime des autres procédures relatives à l'indemnisation des préjudices définis à l'article L. 491-1 qu'il a engagées. Si une action en justice est intentée, il informe le juge ou la commission de la saisine du fonds.

« Le fonds peut requérir de tout service de l'État, collectivité publique, organisme assurant la gestion des prestations sociales, organisme assureur susceptibles de réparer tout ou partie du préjudice, la communication des renseignements relatifs à l'exécution de leurs obligations éventuelles.

« Les renseignements ainsi recueillis ne peuvent être utilisés à d'autres fins que l'instruction de la demande faite au fonds d'indemnisation et leur divulgation est interdite. Les personnes qui ont à connaître des documents et informations fournis au fonds sont tenues au secret professionnel.

« Le demandeur peut obtenir la communication de son dossier, dans le respect des dispositions de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique et sous réserve du secret des affaires.

« *Art. L. 491-5.*- En ce qui concerne les demandes présentées par les personnes mentionnées au 1° et aux a) et b) du 2° de l'article L. 491-1, les règles de droit commun du contentieux prévu par le régime de sécurité sociale dont relève le demandeur sont applicables sous réserve des adaptations le cas échéant fixées par décret en Conseil d'État.

« En ce qui concerne les demandes présentées par les enfants mentionnés au c) du 2° de l'article L. 491-1, le demandeur ne dispose du droit d'action en justice contre le fonds d'indemnisation que si sa demande d'indemnisation a été rejetée, si aucune offre ne lui a été présentée dans le délai mentionné au troisième de l'article L. 491-3 ou s'il n'a pas accepté l'offre qui lui a été faite. Cette action est engagée devant la cour d'appel dans le ressort de laquelle se trouve le domicile du demandeur.

« Art. L. 491-6.- Le fonds mentionné à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime est subrogé, à due concurrence des sommes versées, dans les droits que possède le demandeur contre la personne responsable du dommage ainsi que contre les personnes et organismes tenus à un titre quelconque d'en assurer la réparation totale ou partielle dans la limite du montant des indemnités à la charge de ces personnes.

« Le fonds peut intervenir au soutien du demandeur devant les juridictions civiles, y compris celles du contentieux de la sécurité sociale, devant les juridictions de jugement en matière répressive, y compris pour la première fois en cause d'appel, en cas de constitution de partie civile du demandeur contre le ou les responsables des préjudices, ainsi que devant la juridiction administrative. Il peut intervenir à titre principal et user de toutes les voies de recours ouvertes par la loi, y compris celles prévues par les articles L. 376-1 et L. 454-1.

« Si le fait générateur du dommage a donné lieu à des poursuites pénales, le juge civil n'est pas tenu de surseoir à statuer jusqu'à décision définitive de la juridiction répressive.

« Art. L. 491-7.- Pour les enfants mentionnés au c) du 2° de l'article L. 491-1, le droit à indemnisation par le fonds mentionné à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime se prescrit par dix ans à compter de la consolidation du dommage. »

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

1° À l'article L. 253-8-2 :

a) Au IV, le taux : « 0,3 % » est remplacé par le taux : « 3,5 % ».

b) Le VI est remplacé par les dispositions suivantes :

« VI. – Le produit de la taxe est affecté :

« 1° A l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail à hauteur du plafond fixé au I de l'article 46 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012, pour financer la mise en place du dispositif de phytopharmacovigilance défini à l'article L. 253-8-1 et pour améliorer la prise en compte des préjudices en lien direct avec l'utilisation des produits phytopharmaceutiques ;

« 2° Au Fonds d'indemnisation des victimes des pesticides mentionnés à l'article L. 723-13-3, aux fins de la prise en charge par celui-ci des réparations versées aux personnes mentionnées aux 3° et 4° de l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale ainsi que du complément d'indemnisation mentionné au septième alinéa de ce même article, pour sa part restante. » ;

2° La sous-section 2 de la section 1 du chapitre III du titre II du livre VII est complétée par un article L. 723-13-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 723-13-3.- Il est créé, au sein de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole mentionnée à l'article L. 723-11, un fonds d'indemnisation des victimes de pesticides ayant pour objet la réparation des dommages subis par les victimes mentionnées à l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale. Le fonds comprend un conseil de gestion. Il est représenté à l'égard des tiers par le directeur de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole. La mutualité sociale agricole met à disposition du fonds les moyens nécessaires à l'exercice de ses missions.

« Le fonds enregistre en recettes :

« 1° Le produit de la taxe prévue à l'article L. 253-8-2 pour la part mentionnée au 2° du VI de cet article ;

« 2° Une contribution, dont le montant est défini selon des modalités fixées par décret, de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale, destinée à couvrir les dépenses du fonds engagées au titre des assurés relevant de ce régime ;

« 3° Une contribution, dont le montant est défini selon des modalités fixées par décret, du régime d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des non-salariés agricoles mentionné à l'article L. 752-1, destinée à couvrir les dépenses du fonds engagées au titre des assurés relevant de ce régime ;

« 4° Une contribution, dont le montant est défini selon des modalités fixées par décret, du régime d'assurance-accidents du code local des assurances sociales du 19 juillet 1911, destinée à couvrir les dépenses du fonds engagées au titre des assurés agricoles relevant de ce régime ;

« 5° Les sommes perçues en application des dispositions de l'article L. 491-6 du code de la sécurité sociale ;

« 6° Les produits divers, dons et legs dont le fonds peut bénéficier.

« Le fonds enregistre en dépenses :

« 1° La prise en charge des indemnités mentionnées au titre IX du livre IV du code de la sécurité sociale ;

« 2° Les frais de fonctionnement du fonds et ceux liés à sa gestion.

« Les dépenses et les recettes du fonds sont retracées dans les comptes du régime d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des salariés des professions agricoles mentionné à l'article L. 751-1. Si les recettes enregistrées par le fonds ne lui permettent pas d'assurer la couverture des dépenses correspondantes, l'équilibre financier de celui-ci est assuré par l'attribution à due concurrence d'une part du produit des cotisations mentionnées à l'article L. 751-13.

« Un décret en Conseil d'État définit les règles d'organisation et de fonctionnement du fonds ainsi que la composition et les compétences du conseil de gestion mentionné au premier alinéa. »

III.- A la dernière colonne de la vingt-troisième ligne du tableau du I de l'article 46 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012, dans sa rédaction résultant de l'ordonnance n° 2019-761 du 24 juillet 2019, le montant : « 6 300 » est remplacé par le montant : « 4 200 ».

IV.- Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1er janvier 2020.

V.- Par dérogation aux délais de dépôt des demandes de réparation prévues par les dispositions relatives aux régimes agricoles obligatoires d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles ou au régime général d'assurance accidents du travail et maladies

professionnelles, les personnes mentionnées au 1° et au *a* du 2° de l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale peuvent saisir le fonds mentionné à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime jusqu'au 31 décembre 2021, sous réserve que le premier certificat médical les informant du lien possible entre la maladie et l'exposition aux pesticides leur ait été délivré après le 31 décembre 2009.

Les personnes mentionnées au *b* du 2° de l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale peuvent saisir le fonds mentionné à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime jusqu'au 31 décembre 2021, quelle que soit la date de délivrance du certificat médical établissant le lien possible entre la maladie et l'exposition aux pesticides.

Par dérogation à l'article L. 491-7, les personnes mentionnées au *c* du 2° de l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale peuvent saisir le fonds mentionné à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime jusqu'au 31 décembre 2021, quelle que soit la date de délivrance du certificat médical établissant le lien possible entre la maladie et l'exposition aux pesticides.

### **Exposé des motifs**

La création d'un fonds d'indemnisation des victimes de pesticides s'inscrit dans la continuité des démarches volontaristes engagées par le Gouvernement en matière de réduction de l'utilisation de ces produits et de juste réparation des victimes.

En effet, des travaux visant à l'amélioration de l'indemnisation des victimes professionnelles dans le cadre des branches accidents du travail - maladies professionnelles (AT/MP) du régime général et du régime agricole ont été engagés par le Gouvernement dès 2018, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) ayant été saisis sur ce sujet. Leurs études – déjà remises par l'INSERM s'agissant de la chlordécone – alimenteront les travaux des instances dédiées à la création ou à la révision des tableaux de maladies professionnelles que sont, s'agissant du régime général, la commission des pathologies professionnelles (CS4) du Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT) et, pour le régime agricole, la commission supérieure des maladies professionnelles en agriculture (COSMAP).

En fonction des résultats de ces travaux, la création de tableaux dédiés aux pesticides, en plus de ceux existant déjà au régime agricole pour la maladie de Parkinson (tableau n°58) et les hémopathies malignes (tableau n°59), pourra simplifier l'instruction des demandes de reconnaissance de maladie professionnelle pour les assurés en remplissant les critères, qui bénéficieront dans un tel cas d'une présomption de reconnaissance de maladie professionnelle sans avoir à en apporter la preuve. Les autres assurés pourront, comme aujourd'hui, bénéficier d'une indemnisation après instruction de leur demande de reconnaissance par un comité médical dédié (comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles, CRRMP).

En complément, la création d'un fonds centralisant et instruisant les demandes de reconnaissance permettra de faciliter la reconnaissance des maladies professionnelles, en rendant la procédure plus simple, plus rapide et plus juste : le fonds, qui prendra la forme d'une entité dédiée au sein de la CCMSA ou de plusieurs caisses de MSA référentes, instruira en effet les demandes en lieu et place des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et des caisses de la mutualité sociale agricole (MSA) aujourd'hui compétentes, afin que les décisions soient rendues plus rapidement et de manière plus homogène sur le territoire.

La création du fonds garantira également la réparation de l'ensemble des personnes dont la maladie est liée à une exposition professionnelle aux pesticides, en étendant l'indemnisation, d'une part, aux non-salariés agricoles ayant accédé à la retraite avant la création du régime obligatoire AT/MP en 2002 et, d'autre part, aux enfants exposés pendant la période prénatale du fait de l'activité professionnelle de leurs parents. Enfin, le fonds assurera une réparation plus équitable des non-salariés agricoles, qui sera pour partie alignée sur celle, plus favorable, des salariés agricoles.

Le financement du fonds reposera à la fois sur les cotisations AT/MP du régime général et des régimes agricoles et sur l'affectation de ressources fiscales assises sur les ventes de produits phytopharmaceutiques, partageant ainsi les contributions entre les employeurs et les fabricants de ces produits.

### **Article 47**

#### **[Modernisation des structures de réadaptation des accidentés de la route : élargissement du FMESPP au secteur médico-social]**

Après le III de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 il est rétabli un III *bis* ainsi rédigé :

« III *bis*. - Par dérogation au III, le fonds peut financer les dépenses d'investissement des établissements mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles dans la limite des crédits affectés au fonds conformément au II de l'article 49 de la loi n° 2005-1719 du 30 décembre 2005 de finances pour 2006. »

#### **Exposé des motifs**

En 2016, 75 000 personnes ont été blessées dans un accident de la route et près de 30 000 ont dû être hospitalisées. Diverses structures sanitaires et médico-sociales interviennent dans la prise en charge de ces accidentés de la route.

Afin d'améliorer la qualité et l'efficacité des prises en charge des accidentés de la route, des investissements importants peuvent être nécessaires à la modernisation et à la transformation de ces structures dont la taille et la nature d'activité peuvent justifier un accompagnement spécifique au niveau national. En effet, bien que l'effort d'investissement soit dans une proportion très importante réalisé par les acteurs eux-mêmes par autofinancement ou par recours à l'emprunt, l'appui de l'échelon national peut être nécessaire pour conduire les opérations les plus lourdes. C'est la raison pour laquelle la mesure n° 4 du Comité interministériel de la sécurité routière (CISR) du 9 janvier 2018 prévoit la mise en place d'un accompagnement national à la modernisation des structures sanitaires de soins de suite et de réadaptation et des établissements et services médico-sociaux destinés à la prise en charge des accidentés de la route.

Conformément à l'article 31 de la loi de finances initiale pour 2019, le surcroît de recettes devant résulter de l'abaissement à 80 km/h de la vitesse maximale sur certaines routes à partir du 1er juillet 2018, estimé à 26 M€ au titre du reste de l'année 2018, a été affecté aux ressources 2019 du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) afin de financer cet accompagnement.

Or le champ des bénéficiaires du FMESPP est actuellement limité dans la loi aux établissements sanitaires. Ainsi, afin de garantir une mise en œuvre pleine et effective des engagements pris dans le cadre du CISR, la mesure proposée permettra aux établissements sociaux et médico-sociaux de bénéficier à compter de 2020 de crédits du FMESPP pour le financement de leurs investissements en lien avec les financements prévus par le CISR.

*CHAPITRE 2 : LUTTER CONTRE LA REPRODUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES*

**Article 48**

**[Création du service public de versement des pensions alimentaires]**

I.- Le code civil est ainsi modifié :

1° L'article 373-2-2 est ainsi modifié :

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

b) Les deuxième à cinquième alinéas sont remplacés par dix-sept alinéas ainsi rédigés :

« Les modalités et les garanties de cette pension alimentaire sont fixées, selon le cas, par :

« 1° une décision judiciaire ;

« 2° une convention homologuée visée à l'article 373-2-7 ;

« 3° une convention de divorce ou de séparation de corps par consentement mutuel prévue à l'article 229-1 ;

« 4° un acte reçu en la forme authentique par un notaire ;

« 5° la convention à laquelle l'organisme débiteur des prestations familiales a donné force exécutoire en application de l'article L. 582-2 du code de la sécurité sociale.

« Il peut être notamment prévu le versement de la pension alimentaire par virement bancaire ou par tout autre moyen de paiement.

« Cette pension peut en tout ou partie prendre la forme d'une prise en charge directe de frais exposés au profit de l'enfant ou être, en tout ou partie, servie sous forme d'un droit d'usage et d'habitation.

« II.- Lorsque la pension est fixée en tout ou partie en numéraire, son versement par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales à l'autre parent peut être prévu pour la part en numéraire, dans les conditions et selon les modalités prévues au chapitre 2 du titre 8 du livre 5 du code de la sécurité sociale et par le code de procédure civile, dans les cas suivants :

« 1° sur décision du juge, même d'office lorsque le parent débiteur a fait l'objet d'une plainte ou d'une condamnation pour des faits de menaces ou de violences volontaires sur le

parent créancier ou l'enfant, ou lorsque de telles menaces ou violences sont mentionnées dans une décision de justice ;

« 2° sur décision du juge, lorsqu'au moins un des parents en fait la demande ;

« 3° sur accord des parents mentionné dans l'un des titres visés aux 2° à 5° du I.

« Dans tous les cas, la date de paiement et les modalités de revalorisation annuelle du montant de la pension doivent respecter des conditions fixées par décret en Conseil d'État, sauf décision contraire du juge.

« Un décret en Conseil d'État précise également les éléments strictement nécessaires à la mise en œuvre de l'intermédiation que les greffes, les avocats et les notaires sont tenus de transmettre aux organismes débiteurs des prestations familiales en sus des extraits exécutoires des décisions mentionnées au 1° du I ou des copies exécutoires des conventions et actes mentionnés aux 2° à 4° du I, ainsi que les modalités de leur transmission.

« Il peut être mis fin à l'intermédiation sur demande de l'un des parents adressée à l'organisme débiteur des prestations sociales, sous réserve du consentement de l'autre parent, sauf lorsque l'intermédiation a été ordonnée dans les conditions du 1° du présent II. ».

2° L'article 373-2-3 est ainsi modifié :

a) Les mots : « sous les modalités et garanties prévues par la convention homologuée ou par le juge, » sont supprimés ;

b) Il est complété par les mots : «, sous les modalités et garanties prévues par la décision, l'acte ou la convention mentionnés aux 1° à 5° du I de l'article 373-2-2. » ;

3° L'article 373-2-6 est ainsi modifié :

a) Au quatrième alinéa, les mots : « la convention de divorce par consentement mutuel » sont remplacés par les mots : « l'un des titres mentionnés aux 1° à 2° du I de l'article 373-2-2 » ;

b) Au dernier alinéa, les mots : « d'une décision, d'une convention de divorce par consentement mutuel prenant la forme d'un acte sous signature privée contresigné par avocats déposé au rang des minutes d'un notaire ou d'une convention homologuée fixant les modalités d'exercice de l'autorité parentale » sont remplacés par les mots : « de l'un des titres mentionnés aux 1° à 5° du I de l'article 373-2-2 ».

II. – L'article L. 821-6 du code de la construction et de l'habitation est complété par un 3° ainsi rédigé :

« 3° Le recouvrement des créances mentionnées aux articles L. 581-1 et L. 581-3 du code de la sécurité sociale dues par le parent débiteur bénéficiaire, selon les modalités prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2 du même code. »

III.- Le code pénal est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article 227-3, les mots : « une convention judiciairement homologuée ou une convention prévue à l'article 229-1 du code civil » sont remplacés par les mots : « ou l'un des titres mentionnés aux 2° à 5° du I de l'article 373-2-2 du code civil » ;

2° À l'article 227-4, après le mot : « créancier », il est inséré les mots : « ou à l'organisme débiteur des prestations familiales lorsque le versement de la pension fait l'objet d'une intermédiation financière mentionnée à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, ».

IV.- Le code des procédures civiles et d'exécution est ainsi modifié :

1° Au 4° bis de l'article L. 111-3, après le mot : « divorce », il est inséré les mots : « ou à leur séparation de corps » ;

2° À l'article L. 161-3, le mot : « judiciaire » est remplacé par les mots : «, d'une convention ou d'un acte mentionnés aux 1° à 5° du I de l'article 373-2-2 du code civil ayant force exécutoire » ;

3° L'article L. 213-1 est ainsi modifié :

a) Au 2°, après le mot : « divorce », il est inséré les mots : « ou de séparation de corps » ;

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

« 4° Un titre exécutoire mentionné à l'article L. 582-2 du code de la sécurité sociale. » ;

4° Le dernier alinéa de l'article L. 213-4 est ainsi rédigé :

« Par dérogation aux alinéas ci-dessus, lorsqu'un organisme débiteur de prestations familiales agit pour le compte d'un créancier d'aliments, la procédure de paiement direct est applicable aux termes à échoir de la pension alimentaire et aux termes échus dans la limite des vingt-quatre derniers mois avant la notification de la demande de paiement direct. Dans ce cas, le règlement de ces sommes s'effectue sur une période maximale de vingt-quatre mois dans des conditions prévues par décret en conseil d'État. ».

V.- Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 1° du IV de l'article L. 523-1, après le mot : « divorce » sont insérés les mots : « ou à leur séparation de corps » ;

2° Le I de l'article L. 553-4 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi complété : « ou, sous réserve de l'accord du parent débiteur, le paiement de la pension alimentaire dans le cadre de l'intermédiation financière prévue à l'article L. 582-1 » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « dans la limite d'un montant mensuel déterminé dans les conditions » sont remplacés par les mots : « selon les modalités » ;

c) Au 1°, après les mots : « des enfants », il est inséré les mots : «, ou le recouvrement des créances mentionnées aux articles L. 581-1 et L. 581-3 » ;

d) Après le 2°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le recouvrement des créances mentionnées aux articles L. 583-1 et L. 581-3 est opéré par priorité sur celles d'autres créanciers. » ;

3° L'article L. 581-8 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour permettre le recouvrement des créances alimentaires impayées, le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales peut transmettre au créancier les renseignements dont il dispose concernant l'adresse et la solvabilité du débiteur défaillant, sans pouvoir opposer le secret professionnel. » ;

4° L'article L. 582-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 582-1.- I. – Les organismes débiteurs des prestations familiales sont chargés de l'intermédiation financière des pensions alimentaires mentionnées à l'article 373-2-2 du code civil dans les conditions et selon les modalités prévues présent chapitre.*

« Cette intermédiation s'applique :

« 1° lorsqu'elle est prévue dans l'acte, la convention ou la décision dans les conditions mentionnées au II de l'article 373-2-2 du code civil ;

« 2° ou, à défaut, à la demande d'au moins l'un des deux parents titulaires d'un titre mentionné au I de l'article 373 2 2 du code civil fixant la pension alimentaire en tout ou partie à un montant numéraire, pour la part en numéraire, à l'exception des cas où le titre prévoit son versement à un tiers ;

« Elle est mise en œuvre sous réserve que les conditions suivantes soient remplies :

« - le parent créancier remplit la condition de stabilité et de régularité de séjour prévue à l'article L. 512-1 ;

« - le parent débiteur remplit la condition de stabilité de résidence prévue à l'article L. 512-1 ;

« - le parent débiteur n'est pas considéré comme hors d'état de faire face au versement de la contribution à l'entretien et l'éducation de l'enfant au sens du 3° du I de l'article L. 523-1, sauf pour le motif qui a conduit l'autorité judiciaire à user de la faculté prévue au 1° du II de l'article 373-2-2 du code civil.

« Sauf décision judiciaire contraire, la pension versée par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales est revalorisée chaque année, encaissée et reversée à des dates et selon des modalités fixées par décret en conseil d'État.

« II.- Le parent créancier et le parent débiteur sont tenus de transmettre à l'organisme débiteur des prestations familiales les informations nécessaires à l'instruction et à la mise en œuvre de l'intermédiation financière ainsi que tout changement de situation qui a des conséquences sur le fonctionnement de l'intermédiation.

« Fait l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales, le refus du parent débiteur ou le silence gardé par lui de transmettre informations et changements de situation mentionnés au premier alinéa du II.

« Les modalités de contradictoire et les délais de transmission des informations et des changements de situation mentionnés au premier alinéa du II ainsi que le montant de la pénalité et ses modalités de recouvrement sont fixés par décret.

« En cas de silence gardé par le parent débiteur ou de refus de déférer à la demande de transmission de tout ou partie des informations sollicitées dans un délai fixé par décret, la

pension alimentaire est recouvrée dans les conditions prévues aux articles L. 581-1 à L. 581-10.

« III.- Le parent débiteur n'est déchargé de l'obligation de verser la pension alimentaire entre les mains du parent créancier qu'à compter de la date de mise en œuvre effective de l'intermédiation financière qui lui est notifiée par l'organisme débiteur des prestations familiales et tant que celle-ci est mise en œuvre.

« IV.- Lorsqu'elle est mise en œuvre en application du 2° du I, la mise en œuvre de l'intermédiation financière emporte mandat du parent créancier au profit de l'organisme débiteur des prestations familiales de procéder pour son compte au recouvrement de la créance alimentaire.

« Lorsque le parent créancier est bénéficiaire de l'allocation de soutien familial, l'organisme débiteur des prestations familiales est alors subrogé dans les droits du créancier selon les modalités propres à cette prestation.

« V.- Lorsque le débiteur opte pour un prélèvement bancaire, l'organisme bancaire est tenu d'aviser, l'organisme débiteur des prestations familiales de la clôture du compte du débiteur ou de l'insuffisance de provision de ce compte dans des conditions fixées par décret.

« VI.- En cas de défaut de versement de tout ou partie de la créance alimentaire par le parent débiteur, la créance fait l'objet d'un recouvrement par l'organisme débiteur des prestations familiales dès le premier impayé de la créance alimentaire selon toutes procédures appropriées.

« Le créancier est tenu de rembourser directement à l'organisme débiteur des prestations familiales les sommes de pension alimentaire versées à tort par son intermédiaire.

« VII.- L'intermédiation financière cesse :

« 1° En cas de décès de l'un ou de l'autre parent ou de l'enfant ;

« 2° Lorsque qu'un nouveau titre porté à la connaissance de l'organisme débiteur des prestations familiales a supprimé la pension alimentaire ou son intermédiation par l'organisme débiteur des prestations familiales ;

« 3° À la date de fin de l'intermédiation financière fixée dans le titre qui la prévoit ;

« 4° Sur demande d'un parent et sous réserve du consentement donné par l'autre parent, y compris lorsque l'intermédiation financière est prévue dans un titre exécutoire sauf lorsqu'elle est prévue par une décision judiciaire en application du 1° du II de l'article 373-2-2 du code civil.

« La qualification du parent débiteur comme hors d'état de faire face à son obligation de versement de la pension alimentaire emporte la suspension de l'intermédiation financière.

« VIII.- L'organisme compétent auquel incombe la demande de paiement est celui du lieu de résidence du parent créancier.

« La mission d'intermédiation financière ou de délivrance des titres exécutoires peut être confiée à un autre organisme débiteur des prestations familiales selon les modalités prévues à l'article L. 122-6.

« IX.- Les organismes débiteurs de prestations familiales peuvent se prévaloir des articles L. 152-1 et L. 152-2 du code des procédures civiles d'exécution et du 2° de l'article L. 152-A du livre des procédures fiscales pour l'exercice de la mission qui leur est confiée en vue de l'intermédiation financière. » ;

5° L'article L. 821-5 est ainsi modifié :

a) La première phrase du premier alinéa est complétée par les mots : «, et pour le recouvrement des créances mentionnées aux articles L. 581-1 et L. 581-3 dues par le parent débiteur bénéficiaire selon les modalités prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2. » ;

b) À la deuxième phrase, les mots : « de ces frais » sont remplacés par les mots : « des frais d'entretien de la personne handicapée » ;

6° L'article L. 845-5 est complété par les mots : «, sauf pour le recouvrement des créances mentionnées aux articles L. 581-1 et L. 581-3 dues par le parent débiteur bénéficiaire, selon les modalités prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2. ».

VI.- Le livre des procédures fiscales est ainsi modifié :

1° L'article L. 152 est ainsi modifié

a) Après le 7°, il est inséré un 8° ainsi rédigé :

« 8° A l'exercice des missions de délivrance des titres exécutoires et d'intermédiation financière confiées aux organismes débiteurs des prestations familiales en application des articles L. 582-1 et L. 582-2 du code de la sécurité sociale. » ;

b) au neuvième alinéa, la référence : « 7° » est remplacée par la référence : « 8° » ;

2° L'article L. 152 A est ainsi modifié :

a) Les mots : « nécessaires à l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul de ces prestations ainsi qu'au contrôle des déclarations des allocataires et des bailleurs. » sont remplacés par les mots : « nécessaires : » ;

b) Il est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« 1° À l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul de ces prestations ainsi qu'au contrôle des déclarations des allocataires et des bailleurs ;

« 2° A l'exercice des missions de délivrance des titres exécutoires et d'intermédiation financière confiées aux organismes débiteurs des prestations familiales en application des articles L. 582-1 à L. 581-2 du code de la sécurité sociale. » ;

3° L'article L. 162 A est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour la mise en œuvre de la mission d'intermédiation financière prévue à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, l'organisme débiteur des prestations familiales demande à l'administration fiscale et obtient de celle-ci la communication des informations détenues par celle-ci en application de l'article 1649 A du code général des impôts, afin d'identifier l'ensemble des comptes bancaires ouverts au nom du parent débiteur et du parent créancier en

vue de procéder au prélèvement et au versement de la pension alimentaire sur leur compte respectif. »

VII.- Au 2° de l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires, après le mot : « divorce » sont insérés les mots : « ou de séparation de corps ».

VIII.- Les dispositions des troisième à septième alinéas du II de l'article L. 373-2-2 du code civil dans sa rédaction issue du I du présent article, du 2° du III, du a du 2° et du 4° du V et du VI s'appliquent à compter du 1er juin 2020, à l'exception des dispositions du 2° du I de l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du 4° du V du présent article qui s'appliquent à compter du 1er juin 2020 uniquement dans les cas où la demande du parent fait suite à un impayé de pension alimentaire et à compter du 1er janvier 2021 dans les autres cas.

IX.- Les dispositions des articles 373-2-2, 373-2-3 et 373-2-6 du code civil, les articles 227-3 et 227-4 du code pénal, l'article L. 553-4 du code de la sécurité sociale et les articles 152, 152 A et 162 A du livre de procédure civile relatives à l'intermédiation financières des pensions alimentaires par les organismes débiteurs des prestations familiales ne s'appliquent pas à Saint-Pierre-et-Miquelon. Elles ne s'appliquent pas à Mayotte, à l'exception de celles du 1° du II de l'article 373-2-2.

### **Exposé des motifs**

La séparation des parents constitue un bouleversement de la vie du foyer qui impacte les membres qui le composent et oblige les parents à repenser leurs relations pour la poursuite de l'entretien et de l'éducation des enfants. Offrir aux parents séparés de nouveaux droits et de nouvelles garanties pour leur permettre de se concentrer sur les aspects essentiels de l'éducation et du développement des enfants est apparu comme un enjeu majeur pour le Gouvernement, enjeu à la frontière des politiques prioritaires qu'il conduit depuis maintenant plus de deux ans que sont notamment la grande cause de l'égalité homme-femme et la prévention de la pauvreté.

Le Grand débat national a par ailleurs fait émerger avec force la problématique des difficultés auxquelles sont confrontées les familles notamment du fait des impayés de pension alimentaire. La question du versement de la pension alimentaire par le parent débiteur revêt en effet une importance souvent cruciale pour le foyer créancier de cette pension alors qu'on estime que 30% des pensions alimentaires ne sont pas payées, ou payées de manière irrégulière. Cette problématique se pose avec d'autant plus d'acuité pour les familles monoparentales : les pensions alimentaires reçues représentent 18 % du revenu disponible du parent qui a la garde exclusive de l'enfant

Il apparaît donc nécessaire de renforcer l'accompagnement des familles dans le paiement des pensions alimentaires. L'objet de la mesure est de passer d'une logique de recouvrement a posteriori à une logique de prévention des impayés, en confiant à l'agence de recouvrement des impayés de pensions alimentaires (ARIPA) mise en place par la branche famille une mission d'intermédiation financière. Dans ce cadre, les pensions alimentaires seront payées par le parent débiteur à l'agence qui se chargera de les reverser immédiatement au parent créancier. En cas de carence, l'agence engagera immédiatement une procédure de recouvrement de l'impayé auprès du parent débiteur et versera au parent créancier lorsqu'il est un parent isolé l'allocation de soutien familial (ASF) afin de compenser ou limiter la perte de revenus.

Ce nouveau droit se mettra en place par étapes. Ouvert dès le 1<sup>er</sup> juin 2020 pour toutes les nouvelles séparations si un des parents en fait la demande au juge ou si les parents s'accordent sur ce point pour les séparations amiables devant notaire ainsi que, pour les parents déjà séparés, dans les cas où un impayé de pensions alimentaires a déjà été constaté, il sera élargi en janvier 2021 à l'ensemble des parents qui le souhaitent sans condition.

## **Article 49**

### **[Améliorer l'information sur l'accès aux modes d'accueil des jeunes enfants]**

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

1° Après l'article L. 214-1, il est inséré un article L. 214-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 214-1-1.* – Les établissements et services mentionnés aux deux premiers alinéas de l'article L. 2324-1 du code de la santé publique, accueillant des enfants de moins de six ans et dont l'activité est déterminée par décret, communiquent par voie électronique leurs disponibilités d'accueil à la Caisse nationale des allocations familiales et à la Caisse centrale de mutualité sociale agricole selon une périodicité et des modalités de transmission fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. » ;

2° La première phrase du cinquième alinéa de l'article L. 421-3 est complétée par les mots : « et, pour l'assistant maternel uniquement, s'il autorise la publication de son identité et de ses coordonnées dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État » ;

3° Avant le dernier alinéa de l'article L. 421-4 est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les assistants maternels respectent des obligations de déclaration et d'information, notamment relatives à leurs disponibilités d'accueil, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. »

II. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2020, y compris pour les assistants maternels agréés à cette date.

## **Exposé des motifs**

Trouver une solution de garde pour ses enfants constitue un prérequis indispensable à l'accès ou au maintien dans l'emploi des parents, particulièrement pour les familles monoparentales, qui trop souvent s'éloignent du marché du travail en l'absence de solution d'accueil de leurs enfants.

Si le Gouvernement, pleinement engagé dans le développement de l'offre des modes d'accueil des jeunes enfants sur les territoires, a mobilisé des moyens financiers conséquents notamment dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion signé avec la CNAF pour les années 2018 à 2022 pour répondre au besoin de création de places en crèches et à l'installation de nouveaux assistants maternels, la facilitation du recours aux modes d'accueil nécessite également d'améliorer l'information des familles sur l'offre disponible de manière à faciliter la mise en relation entre l'offre et la demande d'accueil des parents de jeunes enfants, dans le respect des prérogatives de l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ de la petite enfance.

Pour améliorer l'accès aux places disponibles, le Gouvernement souhaite ainsi conduire les professionnels et structures d'accueil de la petite enfance à déclarer au fil de l'eau leurs disponibilités d'accueil pour mieux utiliser les capacités d'accueil et favoriser notamment la réponse aux besoins d'accueil ponctuels des parents, qui peuvent être cruciaux dans des démarches d'entrée en formation ou de recherche d'emploi. L'ensemble de ces informations seraient centralisées sur le site d'information [www.mon-enfant.fr](http://www.mon-enfant.fr) déployé par la CNAF afin de donner aux familles et aux acteurs locaux une vision complète de l'offre sur le territoire et de développer sur ces bases des outils de recherche et de mise en relation entre les parents et les modes d'accueil susceptibles de répondre à leur besoin. À ce titre, cette mesure s'inscrit pleinement dans le cadre de l'engagement pris par le Premier ministre, dans sa déclaration de politique générale du 12 juin, de création d'un service unique d'information des familles en 2020 pour connaître en temps réel les places de crèches et d'assistants maternels disponibles.

## Article 50

### [Mesures de convergence des prestations familiales à Mayotte]

I.- L'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte est ainsi modifiée :

1° L'article 8 est ainsi modifié :

a) À la deuxième phrase du deuxième alinéa, après les mots « revalorisé par arrêté », les mots « conformément à l'évolution du montant fixé à Mayotte du salaire minimum prévu à l'article L. 3231-2 du code du travail. » sont remplacés par les mots « selon des modalités identiques au plafond de ressources mentionné au troisième alinéa de l'article L. 543-1 du code de la sécurité sociale » ;

b) Il est complété par un quatrième alinéa ainsi rédigé : « Une allocation différentielle est due lorsque les ressources excèdent le plafond mentionné au deuxième alinéa d'un montant inférieur à une somme déterminée. Ses modalités de calcul sont définies par le décret mentionné à l'article 14. » ;

2° La section 4 *bis* est ainsi modifiée :

- l'article 10-1 est ainsi rédigé :

« Art. 10-1.- Les articles L. 541-1, L. 541-2 et L. 541-4 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte. » ;

- l'article 10-2 est abrogé ;

3° À l'article 12, après le mot : « articles » est insérée la référence : « L.133-3 ».

II. – 1° Le *a* du 1° du I du présent article entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Le bénéfice des dispositions du *b* du 1° et du 3° du I est ouvert au titre de de la rentrée scolaire 2020, et la prestation peut être versée jusqu'au 31 décembre 2020. Cette échéance peut être retardée par décret jusqu'au 30 juin 2021.

2° Le 2° du I entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1<sup>er</sup> décembre 2020. Cette échéance peut être retardée par décret jusqu'au 30 juin 2021.

## Exposé des motifs

Conformément au plan d'action pour l'avenir des mahorais annoncé par le Gouvernement au printemps 2018, le présent article a pour objectif de compléter la dynamique de convergence progressive du régime de prestations familiales applicable à Mayotte sur celui de la métropole, dans un souci de simplification et d'équité. Cette dynamique de convergence des prestations s'est traduite notamment par l'alignement, qui sera complètement achevé en 2021, des dispositions applicables aux allocations familiales, ainsi que par la mise en place de la majoration du complément familial. Le régime des prestations familiales se caractérise en outre, comme pour les autres départements d'outre-mer, par l'application de certaines dispositions plus favorables que sur le territoire métropolitain, comme le versement d'allocations familiales dès le premier enfant ou l'absence de modulation des allocations familiales en fonction des ressources.

Le présent article procède à une nouvelle étape de cette dynamique en prévoyant le rapprochement de certaines règles applicables à l'allocation de rentrée scolaire (en mettant en place le mécanisme de l'ARS différentielle, lorsque la famille dépasse de peu le plafond permettant le bénéfice de l'ARS) et à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (étendue aux taux de handicap moins élevés), afin de permettre un accès à cette prestation dans les conditions de droit commun dans des délais rapides, qui seront précisés par voie réglementaire.

### Article 51

#### **[Élargissement des possibilités de créer des caisses communes de sécurité sociale]**

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

I.- À l'article L. 216-4, les mots : « des départements dont toutes les communes ont été classées en zone de revitalisation rurale en application de l'article 1465 A du code général des impôts » et les mots : « à titre expérimental pour une durée de cinq ans » sont remplacés par les mots : « aux fins d'opérer des mutualisations et de consolider l'implantation territoriale ».

II.- L'article L. 216-5 est ainsi modifié :

1° Les mots : « créée à titre expérimental » et les mots : « sanitaire et » sont supprimés ;

2° La dernière phrase du septième alinéa est remplacée par la phrase : « Toutefois, en matière de politique d'action sociale, le conseil délibère sur les dossiers présentés par le directeur dans le respect des orientations définies également par la Caisse nationale d'allocations familiales. »

## Exposé des motifs

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a introduit la possibilité d'expérimenter, dans le régime général, la création de caisses multi-branches dans des départements particulièrement désertifiés en s'appuyant sur un critère de classement en zones de revitalisation rurale de l'ensemble des communes du département.

À l'époque, sur les trois départements remplissant cette condition (la Lozère, la Creuse et le Lot) c'est en Lozère qu'a été créée la seule caisse commune de sécurité sociale existante

à ce jour. Créée à titre expérimental le 1er janvier 2009, pour une durée de cinq ans, la caisse commune de sécurité sociale (CCSSL) a été pérennisée par arrêté ministériel en date du 4 janvier 2014.

Aujourd'hui le critère de classement intégral en zones de revitalisation rurale apparaît très restrictif et empêche le développement de ce type de structure commune entre réseaux.

À titre d'exemple, dans le département des Hautes-Alpes où les instances de gouvernance de la CAF et de la CPAM souhaitent la création d'une caisse commune des Hautes-Alpes, celle-ci n'est pas possible dans la mesure où 91% des communes sont classées en ZRR, et non la totalité ainsi que le prévoit l'article L. 216-4 du code de la sécurité sociale.

L'objectif est donc de lever les restrictions empêchant la création de caisses communes sur des territoires ruraux notamment, sur initiative des conseils, afin de maintenir, ou d'accroître quand cela est nécessaire, les implantations sur le territoire dans les départements où la situation socio-démographique le justifierait, d'apporter aux assurés une offre globale de prise en charge en matière de sécurité sociale et d'assurer la soutenabilité des activités dans les organismes départementaux de taille réduite.

### *CHAPITRE 3 : PRENDRE EN COMPTE LES PARCOURS, LES SITUATIONS ET LES TRANSITIONS*

#### **Article 52**

##### **[Revalorisation différenciée des prestations sociales]**

I.- Au titre de 2020, par dérogation à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale, les montants des prestations et pensions servies par les régimes obligatoires de base relevant du même article L. 161-25 sont revalorisés de 0,3 %.

Toutefois, ne sont pas concernés par cette dérogation :

1° Les pensions de vieillesse ou d'invalidité, de droit direct ou de droit dérivé, y compris leurs majorations, accessoires et suppléments, à l'exception de la majoration mentionnée à l'article L. 355-1 du même code, lorsqu'elles sont servies par les régimes obligatoires de base à des assurés dont le montant total des pensions, ainsi définies, reçues de l'ensemble des régimes légalement obligatoires, est inférieur ou égal, le mois précédent celui auquel intervient la revalorisation, à 2 000 euros par mois.

Pour les assurés dont le montant total des pensions avant revalorisation est supérieur à 2 000 euros et inférieur ou égal à 2 008 euros, le coefficient mentionné à l'article L. 161-25 du même code est égal à 1,008. Pour les assurés dont le montant total des pensions avant revalorisation est supérieur à 2 008 euros et inférieur ou égal à 2 012 euros, le coefficient est égal à 1,006. Pour les assurés dont le montant total des pensions avant revalorisation est supérieur à 2 012 euros et inférieur ou égal à 2 014 euros, le coefficient est égal à 1,004.

Pour les régimes de retraite dont tout ou partie de la pension est exprimée en points, un décret précise les modalités selon lesquelles il est procédé à l'attribution de points

supplémentaires ou à l'application d'un coefficient pour la mise en œuvre de la revalorisation définie aux quatre alinéas précédents ;

2° Les majorations mentionnées aux articles L. 351-10 du code de la sécurité sociale, L. 732 54-1 du code rural et de la pêche maritime et L. 17 du code des pensions civiles et militaires de retraite, ainsi que les minima de pension faisant référence à cet article, pour leurs montants accordés à la liquidation ;

3° Le montant minimum de la pension de réversion mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 353-1 du code de la sécurité sociale ;

4° L'allocation de veuvage mentionnée à l'article L. 356-2 du même code ;

5° L'allocation de solidarité aux personnes âgées mentionnée à l'article L. 815-1 du même code et les prestations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, ainsi que l'allocation spéciale pour les personnes âgées mentionnée à l'article 28 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte et l'allocation de solidarité aux personnes âgées et les prestations mentionnées, respectivement, aux 1° et 9° de l'article 7 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon ;

6° L'allocation supplémentaire d'invalidité mentionnée à l'article L. 815-24 du code de la sécurité sociale.

II.- Le titre V du livre VI du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À l'article L. 652-4, les mots : « et le montant des retraites » sont supprimés ;

2° La section 1 du chapitre 3 est complétée par un article L. 653-7-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 653-7-1.* - Le montant de la pension de retraite servie par le régime d'assurance vieillesse de base des avocats est revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1. »

### **Exposé des motifs**

Conformément aux engagements pris par le Président de la République à l'issue du grand débat national, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 traduit la priorité donnée au pouvoir d'achat des retraités dont la retraite brute est inférieure à 2 000 euros par mois, en garantissant une revalorisation au niveau de l'inflation de leurs pensions pour l'année 2020. Cet effort financier est également étendu aux personnes en situation d'invalidité, dont les pensions brutes sont inférieures à 2 000 euros.

Toutes les autres prestations sociales seront revalorisées en 2020, comme ce fut le cas en 2019, à hauteur de 0,3 %. Toutefois, les minima sociaux ne sont pas concernés par cette disposition et évolueront en fonction de l'inflation.

### **Article 53**

**[Simplification de la transition vers la retraite des bénéficiaires des minima sociaux  
(AAH et RSA)]**

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

1° Après l'article L. 351-7, il est inséré un article L. 351-7-1-A ainsi rédigé :

« *Art. L. 351-7-1-A.* – Sans préjudice de l'application du neuvième alinéa de l'article L. 821-1 et sauf si l'assuré s'y oppose, la pension de vieillesse allouée au titre de l'inaptitude au travail est substituée à l'allocation aux adultes handicapés mentionnée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 à l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1. L'entrée en jouissance de la pension de vieillesse est fixée au premier jour du mois suivant la date à laquelle le pensionné atteint cet âge.

« La substitution prévue au premier alinéa n'est pas applicable lorsque l'assuré qui bénéficie de l'allocation aux adultes handicapés exerce une activité professionnelle à l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1. » ;

2° À la première phrase du onzième alinéa de l'article L. 821-1, après les mots : « de l'allocation aux adultes handicapés » sont insérés les mots : « se voit allouer une pension de vieillesse au titre de l'inaptitude dans les conditions prévues à l'article L. 351-7-1-A ou ».

II. – L'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte est ainsi modifiée :

1° Après l'article 11, il est inséré un article 11-1 ainsi rédigé :

« *Art. 11-1.* – Sans préjudice de l'application du deuxième alinéa de l'article 35, sauf si l'assuré s'y oppose, la pension de vieillesse allouée au titre de l'inaptitude au travail prévue à l'article 10 est substituée à l'allocation aux adultes handicapés mentionnée à l'article 35 à l'âge prévu au premier alinéa de l'article 6. L'entrée en jouissance de la pension de vieillesse est fixée au premier jour du mois suivant la date à laquelle le pensionné atteint cet âge.

« La substitution prévue au premier alinéa n'est pas applicable lorsque l'assuré qui bénéficie de l'allocation aux adultes handicapés exerce une activité professionnelle à l'âge prévu au premier alinéa de l'article 6. » ;

2° L'article 11 *bis* devient l'article 11-2.

III. – A.- Après le mot : « conventionnelles », la fin du premier alinéa de l'article L. 262-10 du code de l'action sociale et des familles est remplacée par les dispositions suivantes : « , à l'exception :

« - des allocations mensuelles mentionnées à l'article L. 222-3 ;

« - des pensions de vieillesse des régimes légalement obligatoires avant l'âge mentionné au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale, sauf pour les personnes reconnues inaptes au travail dont l'âge excède celui mentionné au premier alinéa de l'article L. 351-1 du même code ;

« - de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-1 du même code avant l'âge mentionné au 1° de l'article L. 351-8 du même code, sauf pour les personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 815-7 de ce code. »

B.– À la première phrase de l'article L. 262-12 du même code, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « cinquième ».

IV.– Le présent article entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2020.

### **Exposé des motifs**

Le présent article vise à simplifier la transition des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et du revenu de solidarité active (RSA) vers la retraite.

Il est prévu de substituer la retraite à l'AAH à l'âge légal et de repousser l'âge auquel la condition de subsidiarité du RSA par rapport à l'ASPA doit être remplie, qui est aujourd'hui de 65 ans, à l'âge d'obtention d'une retraite à taux plein.

Cette mesure permettra d'assurer une continuité des droits de l'assuré entre l'AAH et la retraite en évitant une rupture de ressources, d'éviter que des bénéficiaires du RSA ne soient contraints de liquider leur retraite avec décote et ainsi d'alléger les démarches des assurés aujourd'hui multiples. Elle permettra également de simplifier l'instruction des dossiers par les caisses de retraite.

### **Article 54**

#### **[Suppression du dispositif de rachat de rentes d'accident du travail (AT) ou de maladie professionnelle (MP) et simplification de la notification du taux AT/MP des employeurs]**

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

1° Après le troisième alinéa de l'article L. 242-5, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :

« Les décisions relatives au taux de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles et au classement des risques dans les différentes catégories sont notifiées par voie électronique par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail compétente selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

« Après la réalisation par l'employeur des démarches nécessaires à la mise à disposition de ces décisions, celles-ci sont réputées notifiées à leur date de consultation et au plus tard dans un délai de quinze jours suivant leur mise à disposition.

« L'absence de réalisation des démarches nécessaires à la mise à disposition de ces décisions entraîne l'application d'une pénalité, notifiée par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail compétente, dont le montant, qui peut être distinct selon l'effectif de l'établissement, est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, dans la limite de 1,5 % du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur, arrondi à l'euro supérieur, au titre de chaque personne comprise dans les effectifs calculés selon les modalités prévues au deuxième alinéa du I de l'article L. 130-1. Cette pénalité ne peut excéder un montant annuel,

revalorisé dans des conditions fixées par le même arrêté, de 10 000 €. Ces pénalités sont versées auprès de l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales dont l'employeur relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à ces cotisations et contributions. Les modalités de notification des décisions mentionnées au dixième alinéa, en l'absence de réalisation des démarches nécessaires à leur mise à disposition électronique, sont précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. »

2° L'article L. 434-3 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est abrogé ;

b) La première phrase du deuxième alinéa est ainsi rédigée :

« La pension allouée à la victime de l'accident peut être convertie en rente viagère réversible au bénéfice du conjoint, du partenaire d'un pacte civil de solidarité ou du concubin. » ;

c) Au troisième alinéa, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « premier » ;

3° À l'article L. 434-4 et à l'article L. 434-5, les mots : « le rachat ou les conversions de rente prévus » sont remplacés par les mots : « les conversions de rente prévues ».

II. – Les 2° et 3° du I du présent article entrent en vigueur à compter du 1er janvier 2020.

Les dispositions du 1° du I du présent article sont applicables :

1° À compter du 1er janvier 2020 aux entreprises dont l'effectif est supérieur à 149 salariés et redevables de la cotisation prévue à l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale, à l'exception des entreprises ou de leurs établissements ayant demandé, du 21 octobre au 18 décembre 2019, à la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail compétente, à ne pas bénéficier, jusqu'au 31 décembre 2020, du procédé électronique de notification mentionné au I du présent article ;

2° À compter du 1er janvier 2021 à l'ensemble des entreprises redevables de la cotisation prévue à l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale.

### **Exposé des motifs**

La réglementation prévoit aujourd'hui la possibilité pour les bénéficiaires d'une rente accidents du travail – maladies professionnelles (AT/MP) de demander la conversion d'une partie de celle-ci en capital.

Cette option constitue une dérogation à la logique transversale portée par la sécurité sociale selon laquelle l'indemnisation s'effectue sous forme de rente, revalorisée chaque année, pour accompagner l'assuré tout au long de sa vie. La pension d'invalidité, par exemple, qui comme la réparation en matière d'AT/MP se caractérise par le versement de prestations sur une durée potentiellement longue, ne peut faire l'objet d'aucune conversion en capital.

Par ailleurs, le taux de recours à la capitalisation de la rente demeure réduit pour les victimes d'AT/MP susceptibles d'en bénéficier : il se situe entre 11 % et 15 % selon les années et connaît une tendance baissière sur longue période.

La suppression du dispositif aux victimes d'un AT/MP de recourir à la capitalisation partielle de leur rente présente deux avantages :

- Sécuriser l'indemnisation au long cours des assurés au moyen d'une rente versée mensuellement ou trimestriellement et mettre fin à une sortie partielle en capital qui leur est peu favorable en l'absence d'actualisation d'un barème ancien (1954) qui ne tient pas compte de l'espérance de vie actuelle ;

- Simplifier la gestion des incapacités permanentes par caisses, de fait elles n'auront plus à gérer que deux types d'indemnisation (en capital jusqu'à 9 % de taux d'incapacité permanente et en rente au-delà).

Dans ce contexte, la suppression du dispositif de rachat de rente AT/MP permettra à chaque victime de bénéficier du versement d'une prestation de compensation tout au long de la vie.

Par ailleurs, les organismes de sécurité sociale sont engagés dans un processus de dématérialisation la plus exhaustive des possibilités de contact avec leurs assurés et cotisants, qu'il s'agisse de démarches entrantes ou sortantes, dans le cadre notamment des axes stratégiques fixés avec les pouvoirs publics dans leurs conventions pluriannuelles d'objectifs et de gestion. La convention d'objectifs et de gestion de la branche AT/MP 2018-2022 prévoit ainsi le développement d'une offre de services dématérialisée aux entreprises qui se traduira plus spécifiquement, s'agissant de la tarification AT/MP, par le déploiement puis la généralisation de la notification dématérialisée du taux de cotisation. Un service de dématérialisation de la notification des taux AT/MP a donc été ouvert au dernier trimestre 2018, sur le site net-entreprises.fr, dans le cadre du nouveau compte AT/MP. Le présent article propose de systématiser, avec une entrée en vigueur progressive selon la taille des entreprises, la notification dématérialisée de l'ensemble des taux AT/MP. Cette mesure sera conçue pour s'articuler avec les procédures mises en place dans le cadre de la déclaration sociale nominative pour faciliter les modifications au début de chaque année des taux de cotisations dues et éviter les erreurs déclaratives.

## **Article 55**

### **[Rénovation des politiques d'indemnisation de l'incapacité de travail longue durée]**

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

1° L'article L. 323-2 est ainsi modifié :

a) Les mots : « l'indemnité journalière due aux » sont remplacés par le mot : « les » ;

b) Les mots : « dont le montant annuel dépasse un chiffre fixé par décret est réduite d'une somme égale au montant desdites pension, rente et allocation correspondant à la même période ou supprimée si ce montant dépasse celui de l'indemnité journalière. » sont remplacés par les mots : « peuvent bénéficier d'un nombre d'indemnités journalières qui ne peut excéder une limite fixée par décret pour l'ensemble de la durée du bénéfice de cet avantage vieillesse » ;

c) La dernière phrase du premier alinéa et le dernier alinéa sont supprimés.

2° L'article L. 325-1 est ainsi modifié :

a) Au II, les cinq occurrences des mots : « départements d'outre-mer » sont remplacées par les mots : « collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 du présent code à l'exception de Saint-Barthélemy et Saint-Martin, ou à Mayotte » ;

b) Au 4° du II, après les mots : « régime local », sont insérés les mots : « au titre des 1° à 3° et des 5° à 11° » et après les mots : « maintien de droit », sont insérés les mots : « aux prestations en espèces » ;

c) Au 7° du II, après les deux occurrences des mots : « ayants droit », sont insérés les mots : « du régime général » ;

d) Aux 9° et 10° du II, après le mot : « justifient », sont insérés les mots «, en tant que salariés, » ;

e) Au 11° du II, les mots : « n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 précité » sont remplacés par les mots : « n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale » ;

f) Au dernier alinéa du II, après le mot : « effective » est inséré le mot : «, totale » ;

g) Le III est supprimé ;

3° Au 2° du I de l'article L. 325-2, les mots : « élaborés par la conférence régionale de santé en vertu de l'article L. 767 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « développés dans le Bas-Rhin, le Haut-Rhin et la Moselle » ; » ;

4° L'article L. 341-1 est ainsi modifié :

a) Les mots : « déterminées, sa » sont remplacés par les mots : « déterminées sa » et les mots : «, dans une profession quelconque, un salaire supérieur à une fraction de la rémunération normale perçues dans la même région par des travailleurs de la même catégorie » sont remplacés par les mots : « un salaire supérieur à une fraction de la rémunération soumise à cotisations et contributions sociales qu'il percevait » ;

b) À la fin de l'article, les mots : « si celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme » sont supprimés ;

5° À l'article L. 341-2, le mot : « social » est supprimé ;

6° L'article L. 341-3 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est complété par les mots : « Il est constaté une fois l'état de santé stabilisé, ne pouvant plus s'améliorer par des soins et ne permettant pas une reprise complète de l'activité. Cette stabilisation est appréciée : » ;

b) Au 3°, les mots : « après stabilisation de son état intervenue avant l'expiration du délai susmentionné » sont remplacés par les mots : « au cours de la période de versement des prestations en espèces susmentionnées » ;

c) Le dernier alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« La stabilisation peut également être appréciée au moment de la constatation médicale de l'invalidité, lorsque l'assuré ne perçoit pas les prestations en espèces susmentionnées dans les cas ne relevant pas du 1° et 2°. » ;

7° À l'article L. 341-7, après le mot : « maladie » sont insérés les mots : « dont relève l'assuré » ;

8° À l'article L. 341-8, le mot : « social » est supprimé ;

9° L'article L. 341-9 est ainsi modifié :

a) Le mot : « concédée » est remplacé par le mot : « attribuée » ;

b) Le dernier alinéa est supprimé ;

10° La section 4 du chapitre Ier du titre IV comprend un article L. 341-10 ainsi rétabli :

« Art. L. 341-10. - La pension prend effet à compter de la date de stabilisation de l'état de santé mentionnée à l'article L. 341-3. » ;

11° À l'article L. 341-11, après le mot : « l'intéressé » sont insérés les mots : « à l'initiative de la caisse ou de l'assuré » ;

12° À l'article L. 341-12, les mots : « du salaire ou du gain » sont remplacés par les mots : « de la rémunération » et les mots : « dans les conditions » sont remplacés par les mots : «, au-delà d'un seuil et dans des conditions » ;

13° À l'article L. 341-14, les mots : « son salaire ou gain, lorsqu'il aura » sont remplacés par les mots : « sa rémunération, lorsqu'il a » et le mot : « suivi » est remplacé par le mot : « suit » ;

14° À l'article L. 341-14-1, après la référence : « L. 351-1-4 », les mots : « du présent code » sont remplacés par les mots : « L. 351-15 du présent code ou » et après la référence : « L. 732-18-3 » est ajoutée la référence : «, L. 732-29 » ;

15° À l'article L. 341-16, le mot : « concédée » est remplacé par le mot : « attribuée » et les mots : « pour laquelle » sont remplacés par les mots : « à laquelle » ;

II.- Le livre VIII du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 815-24 est ainsi modifié :

a) À la fin du premier alinéa, les mots : « fixé par décret » sont remplacés par les mots : « déterminé pour garantir l'atteinte d'un niveau de ressources minimal, fixé par décret, correspondant aux plafonds fixés par décret en application de l'article L. 815-24-1 » ;

b) Le dernier alinéa est supprimé ;

2° L'article L. 815-28 est abrogé ;

3° À l'article L. 816-3, les mots : « de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-24 » sont supprimés et les mots : « son attribution » sont remplacés par les mots : « l'allocation de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-24 ».

III. –À l'article L. 732-8 du code rural et de la pêche maritime, après le quatrième alinéa est inséré un cinquième alinéa ainsi rédigé :

« Les montants des pensions servies au titre d'une invalidité totale ou partielle ne peuvent être inférieurs à des montants minimaux fixés par décret en Conseil d'Etat, ni être supérieurs à des montants exprimés en pourcentage du plafond annuel visé à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale. »

IV.- Une contribution destinée à financer le relèvement des prestations d'invalidité mentionnées à l'article L. 732-8 du code rural et de la pêche maritime, est prélevée au titre des exercices 2020 et 2021 sur les excédents du fonds mentionné à l'article L. 731-35-2 du même code. Cette contribution versée en début d'exercice est égale à 11 millions d'euros au titre de 2020 et à 6 millions d'euros au titre de 2021.

IV.- À l'article L. 153 du livre des procédures fiscales, les mots : «, au troisième alinéa de l'article L. 815-28 » sont supprimés.

V.- Les dispositions prévues au I s'appliquent à compter du 1er janvier 2020, à l'exception de celles du 1° de ce même I qui s'appliquent aux arrêts prescrits à compter du 1er janvier 2021.

Les dispositions prévues aux 1° et 3° du II du présent article s'appliquent à compter des allocations versées au titre du mois d'avril 2020.

Les dispositions prévues au 2° du II et au IV s'appliquent à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, y compris au titre des prestations antérieurement versées au 1<sup>er</sup> janvier 2020.

Les dispositions prévues au III s'appliquent aux prestations d'invalidité versées à compter du 1er janvier 2020 au titre de l'incapacité totale ou partielle. Les montants de la pension servies au titre d'une invalidité totale ou partielle dont la date d'effet est antérieure au 1er janvier 2020, seront portés, par décret, à des niveaux correspondants aux montants minimum résultant de l'application de l'article L. 732-8 du code rural et de la pêche maritime, dans sa rédaction résultant de la présente loi.

### **Exposé des motifs**

Le dispositif de l'invalidité n'a pas connu de réforme majeure depuis sa création au sortir de la seconde guerre mondiale et se révèle aujourd'hui largement inadapté, comme l'ont souligné plusieurs rapports de la Cour des comptes comme de l'Inspection générale des affaires sociales. Ses dispositions actuelles tiennent insuffisamment compte des articulations avec d'autres politiques ayant connu des développements plus ou moins récents, notamment celle de l'incapacité de travail temporaire, du handicap ou des dispositifs de cumul emploi-retraite. En outre, l'évolution des pratiques médicales et de la structure du marché du travail a profondément bouleversé la situation des pensionnés d'invalidité. Ainsi, un nombre croissant exerce une activité professionnelle sans pour autant bénéficier d'un niveau de ressources satisfaisant, la réglementation n'étant ni adaptée à ces situations de cumul ni systématiquement favorable à la reprise de travail.

Il apparait nécessaire d'adapter la réglementation de l'invalidité en conséquence pour :

- Favoriser davantage le cumul entre des revenus d'activité et une pension d'invalidité afin de lisser les effets de seuil et ainsi éviter que certains invalides n'aient aucun bénéfice à reprendre une activité professionnelle ;
- Améliorer les modalités d'attribution de l'allocation supplémentaire d'invalidité, minimum social dont peuvent bénéficier les personnes en situation d'invalidité, en revoyant ses modalités de calcul, en revalorisant exceptionnellement le plafond pour y être éligible à 750 euros en 2020 (soit un gain de près de 45 euros par mois pour les bénéficiaires actuels), et enfin en supprimant le recouvrement sur succession de l'allocation ;
- Relever significativement le niveau, aujourd'hui extrêmement faible, des pensions d'invalidité des non-salariés agricoles, en relevant les niveaux minimum de 290 € par mois à 319€ pour une invalidité partielle, et de 368 € mensuels à 565 € pour une invalidité totale.

Une modification plus profonde des règles d'ouverture des droits et d'évaluation de l'invalidité, notamment pour mieux adapter l'indemnisation en fonction de l'état de santé et de son évolution dans le temps, sera expérimentée début 2020 dans quelques départements, sans impact sur les prestations versées qui resteront liquidées sur les règles actuelles. Un rapport tirera les enseignements de cette expérimentation de six mois pour poursuivre la réforme de l'invalidité.

## Article 56

### **[Assouplissement des conditions de recours au travail aménagé ou à temps partiel et évolution des modalités de versement et indemnités journalières]**

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

1° Après le troisième alinéa de l'article L. 323-3, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 323-1 n'est pas applicable pour le versement de cette indemnité. » ;

2° L'article L. 323-4 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 323-4.* - L'indemnité journalière est égale à une fraction des revenus d'activité antérieurs soumis à cotisations à la date de l'interruption du travail, retenus dans une limite déterminée par décret et ramenés à une valeur journalière.

« Le revenu d'activité antérieur journalier est déterminé d'après la ou les dernières payes antérieures à la date de l'interruption du travail.

« Le taux et le maximum des indemnités journalières, ainsi que les modalités de détermination de la valeur journalière des revenus d'activité mentionnée au premier alinéa sont fixés par décret en Conseil d'État. » ;

3° Après l'article L. 382-21, il est inséré un article L. 382-21-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 382-21-1.* - I.- Les ministres des cultes bénéficient des indemnités journalières prévues à l'article L. 323-1 lorsque leur incapacité physique, constatée par le médecin traitant selon les règles définies par l'article L. 162-4-1, les met dans l'impossibilité de continuer ou de reprendre leur activité.

« L'indemnité journalière est égale à une fraction de l'assiette des cotisations à la charge des associations, congrégations ou collectivités religieuses dont relève le ministre du culte.

« Les indemnités journalières sont servies, à l'expiration d'un délai de carence et pour une durée maximale, aux assurés ayant la durée minimale d'affiliation prévue au dernier alinéa de l'article L. 313-1. Le point de départ du délai de carence et la durée maximale de versement sont ceux prévus à l'article L. 323-1.

« Le contrôle du versement des indemnités journalières s'effectue dans les mêmes conditions que celles prévues aux articles L. 323-4-1 à L. 323-6.

« Un décret détermine les modalités d'application du présent I.

« II.- Les ministres des cultes bénéficient des indemnités journalières prévues aux articles L. 331-3 à L. 331-8. » ;

4° Le troisième alinéa de l'article L. 433-1 est ainsi rédigé :

« Une indemnité journalière est servie en cas de délivrance par le médecin traitant d'un certificat autorisant un travail aménagé ou à temps partiel, si ce dernier est reconnu par le médecin-conseil de la caisse primaire comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure. Les modalités de calcul de cette indemnité journalière sont déterminées par décret en Conseil d'État. ».

II. – 1° L'article L. 752-5-1 code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes : « Une indemnité journalière est servie en cas de délivrance par le médecin traitant d'un certificat autorisant un travail aménagé ou à temps partiel, si ce dernier est reconnu par le médecin-conseil de la mutualité sociale agricole comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure » ;

b) Le deuxième alinéa est abrogé ;

c) Au troisième alinéa, les mots : « la reprise d'un travail léger » sont remplacés par : « l'autorisation d'effectuer un travail aménagé ou à temps partiel » et les mots : « cette reprise » sont remplacés par les mots : « ce travail ».

2° Le septième alinéa de l'article L. 732-4 est ainsi modifié :

« Après les mots : « L. 323-3 » sont insérés les mots : « à l'exception de son quatrième alinéa ».

III.- À titre expérimental et au plus tard jusqu'au 30 juin 2021, la Caisse nationale de l'assurance maladie est autorisée à mettre en place une plateforme départementale pluridisciplinaire de compétences mutualisées en matière de prévention de la désinsertion professionnelle, dont elle assure la coordination avec les caisses d'assurance maladie désignées. Cette plateforme départementale intervient à la suite d'une détection la plus précoce possible des assurés en arrêt de travail exposés à un risque de désinsertion professionnelle. Elle a pour objet de réaliser un diagnostic de la situation de l'assuré, de définir un parcours d'accompagnement approprié à sa situation et de coordonner l'ensemble des acteurs autour de l'assuré, dont les professionnels de santé (médecin du travail, médecin traitant et médecin conseil).

Au plus tard le 30 septembre 2021, le Gouvernement remet au Parlement un rapport qui dresse le bilan de l'expérimentation et détermine les conditions de son éventuelle généralisation.

IV.- Les dispositions du 2° du I du présent article s'appliquent aux arrêts de travail prescrits à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2020 et aux arrêts de travail prescrits avant cette date dont la durée n'a pas atteint 30 jours consécutifs au 1<sup>er</sup> juillet 2020.

### **Exposé des motifs**

À l'instar du temps partiel pour motif thérapeutique ouvert aux assurés en cas de maladie d'origine non professionnelle, le « travail léger » prévu en cas d'accident du travail (AT) ou de maladie professionnelle (MP) a pour objet de permettre le retour à l'emploi tout en favorisant l'amélioration de l'état de santé du salarié. Il constitue, à ce titre, un outil majeur des politiques de maintien en emploi et de prévention de la désinsertion professionnelle.

Les indemnités journalières versées dans ce cadre représentent, pour la branche AT-MP, 3 % des indemnités versées en 2017, pour un montant de 88 millions d'euros. Ce montant, même s'il demeure relativement limité au vu du volume global des dépenses d'indemnités journalières de la branche, connaît une augmentation significative depuis quelques années (+ 6,2 % par an en moyenne sur la période 2014-2017). Il est proposé, dans une logique de cohérence avec l'assouplissement des conditions d'accès au temps partiel pour motif thérapeutique prévues en cas de maladie d'origine non professionnelle porté par l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, de supprimer la condition d'arrêt de travail préalable à temps complet pour ouvrir droit au bénéfice du « travail léger ».

Le présent article prévoit en outre, pour les accidents et maladies d'origine non professionnelle, dans une même logique de développement du recours à ces modes adaptés de retour à l'emploi, de supprimer le délai de carence applicable aux arrêts de travail initiaux prescrits lors d'un temps partiel pour motif thérapeutique afin de renforcer l'incitation à son recours. Les assurés seront ainsi pris en charge par la sécurité sociale dès leur premier jour de temps partiel thérapeutique.

Par ailleurs, comme préconisé par le rapport IGAS-IGF relatif à l'évolution des dépenses d'indemnités journalières publié en 2017, il importe de poursuivre l'effort de simplification de la réglementation dans un double objectif d'équité entre assurés et de maîtrise de la dépense. Cet article prévoit à cet effet de fixer un unique taux de remplacement par les indemnités journalières servies par l'assurance maladie, à hauteur de 50 % des revenus antérieurs, quelle que soit la composition familiale.

Il est proposé d'instaurer des indemnités journalières en cas de maladie ou de maternité ou de paternité des ministres des cultes affiliés à la Caisse des d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes (Cavimac).

Enfin, en cohérence avec les objectifs du Gouvernement en matière de prévention de la désinsertion professionnelle, une expérimentation sera mise en place concernant l'accompagnement des assurés en arrêt de travail, afin de prévenir l'éloignement durable de l'emploi. Sera ainsi expérimentée une plateforme départementale pluridisciplinaire sous la coordination de la Caisse nationale de l'assurance maladie et de certaines caisses de l'assurance maladie désignées.

### **Article 57**

#### **[Dotation AM au FMESPP, à l'ONIAM, de la CNSA aux ARS]**

I.- Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés 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 649 millions d'euros pour l'année 2020.

II.- Le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 139 millions d'euros pour l'année 2020.

III.- Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionné à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 150 millions d'euros pour l'année 2020.

### **Exposé des motifs**

Cette mesure fixe le montant de la dotation de l'assurance maladie au FMESPP pour l'année 2020 à hauteur de 649 M€. Cette dotation permet de poursuivre l'accompagnement à hauteur de 250 M€ supplémentaires des opérations d'investissement et de modernisation des établissements de santé conformément aux engagements pris dans le cadre du plan « Ma santé 2022 ».

La présente mesure fixe également à 139 M€ le montant de la contribution de la CNSA aux ARS au titre de l'exercice 2020, montant qui se décline comme suit :

- 42,3 M€ au titre des groupements d'entraide mutuelle (GEM) ;
- 96,8 M€ au titre des maisons pour l'intégration et l'autonomie des malades d'Alzheimer (MAIA).

Enfin, en application de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) est financé par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour sa mission d'indemnisation des accidents médicaux et des préjudices résultant de contaminations par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites B et C (VHB et VHC) et du virus T-lymphotropique humain (HTLV). Compte tenu de ces prévisions de dépenses d'une part, et du niveau élevé du fonds de roulement d'autre part, il est proposé une dotation de l'assurance maladie pour 2020 de 150 millions d'euros.

### **Article 58**

#### **[Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès]**

Pour l'année 2020, 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 223,8 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 222,3 milliards d'euros.

### **Exposé des motifs**

La progression des dépenses d'assurance-maladie est maîtrisée, comme en témoigne la fixation d'un ONDAM à 2,3 %. La progression spontanée des dépenses demeure en effet soutenue.

### **Article 59**

#### **[ONDAM et sous-ONDAM]**

Pour l'année 2020, 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	93,6
Dépenses relatives aux établissements de santé	84,2
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,9
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,7
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,5
Autres prises en charge	2,4
Total	205,3

### **Exposé des motifs**

L'objectif national des dépenses d'assurance-maladie est fixée à 2,3% en 2020, soit un niveau de 205,3 Md€. Ce niveau permet à la fois de maîtriser les dépenses tout en finançant les priorités du Gouvernement en matière d'innovation, d'investissement numérique en santé et de développement de l'accès aux soins.

### **Article 60**

#### **[Dotation au FIVA, au FCAATA et transfert compensation sous-déclaration ATMP]**

I.- Le montant de la contribution de la branche des 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 260 millions d'euros au titre de l'année 2020.

II.- Le montant de la contribution de la branche des 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 414 millions d'euros au titre de l'année 2020.

III.- Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 1 000 millions d'euros au titre de l'année 2020.

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 157,4 millions d'euros et 11,4 millions d'euros pour l'année 2019.

### **Exposé des motifs**

Le présent article a pour objet de fixer les montants des dotations versées par la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT/MP) du régime général au Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA), au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), à la branche maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des AT/MP ainsi que le montant correspondant aux dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente et par le compte professionnel de prévention.

Concernant en premier lieu le FIVA, la hausse des demandes enregistrées au premier semestre 2019, qui s'explique essentiellement par l'augmentation des demandes supplémentaires formées par les ayants droit (davantage sujettes à rejet et impliquant en général des montants d'indemnisation moins élevés que pour les demandes initiales et celles des victimes directes), conduit à une évaluation du total des dépenses de 385 millions d'euros pour 2020, dont 320 millions d'euros au titre des seules dépenses d'indemnisation. Compte tenu d'une dotation nette de l'État maintenue à 7,8 millions d'euros (après mise en réserve) et des autres produits du fonds (prévus à hauteur de 86 millions d'euros dont 52 millions d'euros de reprises sur provisions), une dotation de la branche AT/MP de 260 millions d'euros (au même niveau qu'en 2019) est nécessaire pour 2020. Elle permettra de réajuster le fonds de roulement du FIVA (52,3 millions d'euros à fin 2020), tout en le maintenant à un niveau suffisant correspondant à plus de deux mois de dépenses d'indemnisation.

En deuxième lieu, la baisse tendancielle des dépenses du FCAATA devrait se poursuivre en 2020, bien que la diminution du nombre d'allocataires soit légèrement atténuée par l'augmentation du montant moyen de l'allocation : le total des charges est ainsi évalué à 475 millions d'euros. Dans ce contexte, marqué également par un résultat et un résultat cumulé excédentaires en 2019, il est proposé de calibrer la dotation 2020 de la branche AT/MP de manière à dégager un déficit 2020 de 61 millions d'euros et, de ce fait, assurer l'équilibre du résultat cumulé ; la dotation serait ainsi fixée à hauteur de 414 millions d'euros.

En troisième lieu, la commission de la sous-déclaration des AT-MP, qui s'est réunie au cours du deuxième trimestre 2017, a évalué le montant de cette sous-déclaration dans une fourchette comprise entre 815 et 1 530 millions. Au regard de cette estimation, il est proposé de maintenir le montant du versement pour 2020 au même niveau qu'en 2017, soit 1 milliard.

En quatrième lieu, en application de l'ordonnance relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains risques professionnels et au compte

professionnel de prévention, la loi de financement de la sécurité sociale détermine le montant couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente et les dépenses supplémentaires engendrées par le compte professionnel de prévention. Le montant total des dépenses au titre des deux dispositifs est évalué pour la branche AT/MP du régime général à 157,4 millions d'euros en 2020 :

- 74,4 millions d'euros au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente,

- 83 millions d'euros au titre du compte professionnel de prévention.

Le montant total des dépenses au titre des deux dispositifs est évalué pour la branche AT/MP du régime des salariés agricoles à 11,4 millions d'euros en 2020.

## **Article 61**

### **[Objectif de dépense de la branche ATMP]**

Pour l'année 2020, 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 13,6 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 12,2 milliards d'euros.

### **Exposé des motifs**

Les dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles des régimes obligatoires de base augmentent de 100 millions d'euros entre 2019 et 2020.

## **Article 62**

### **[Objectif de dépense de la branche vieillesse]**

Pour l'année 2020, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 247,3 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 141,7 milliards d'euros.

### **Exposé des motifs**

Les dépenses d'assurance-vieillesse des régimes obligatoires de base de sécurité sociale continuent à progresser, à hauteur de 2,4% entre 2019 et 2020.

## **Article 63**

### **[Objectif de dépense de la branche famille]**

Pour l'année 2020, les objectifs de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale sont fixés à 50,3 milliards d'euros.

### **Exposé des motifs**

Les dépenses de la branche famille sont relativement stables, elles ne progressent que de 0,1 Md€ entre 2019 et 2020.

### **Article 64**

#### **[Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV)]**

Pour l'année 2020, 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	18,2

### **Exposé des motifs**

Les dépenses du Fonds de solidarité vieillesse devraient diminuer de 0,7 Md€ entre 2019 et 2020. Ceci s'explique par la baisse de la prise en charge par le FSV au titre du minimum contributif.

**ANNEXES**

**ANNEXE A**

**RAPPORT RETRAÇANT LA SITUATION PATRIMONIALE, AU 31 DÉCEMBRE 2018, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT À LEUR FINANCEMENT, À L'AMORTISSEMENT DE LEUR DETTE OU À LA MISE EN RÉSERVE DE RECETTES À LEUR PROFIT ET DÉCRIVANT LES MESURES PRÉVUES POUR L'AFFECTATION DES EXCÉDENTS ET LA COUVERTURE DES DÉFICITS CONSTATÉS POUR L'EXERCICE 2018**

I. - Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2018 :

(en milliards d'euros)

<b>ACTIF</b>	<b>2018 (net)</b>	<b>2017 (net)</b>	<b>PASSIF</b>	<b>2018</b>	<b>2017</b>
<b>Immobilisations</b>	<b>7,3</b>	<b>7,4</b>	<b>Capitaux propres</b>	<b>-77,0</b>	<b>-88,5</b>
Immobilisations non financières	5,0	5,0	Dotations	22,3	23,7
			<i>Régime général</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>
Prêts, dépôts de garantie	1,4	1,5	<i>Autres régimes</i>	<i>6,4</i>	<i>5,8</i>
			<i>Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>
Avances/ prêts accordés à des organismes de la sphère sociale	0,9	0,9	<i>Fonds de réserve pour les retraites (FRR)</i>	<i>15,5</i>	<i>17,6</i>
			Réserves	21,6	18,8
			<i>Régime général</i>	<i>3,8</i>	<i>2,9</i>
			<i>Autres régimes</i>	<i>7,7</i>	<i>8,1</i>
			<i>FRR</i>	<i>10,1</i>	<i>7,7</i>
			Report à nouveau	-136,9	-143,5
			<i>Régime général</i>	<i>-5,0</i>	<i>-3,4</i>
			<i>Autres régimes</i>	<i>-4,3</i>	<i>-4,0</i>
			<i>FSV</i>	<i>-6,6</i>	<i>-0,1</i>
			<i>CADES</i>	<i>-121,0</i>	<i>-136,0</i>
			Résultat de l'exercice 2016 en instance d'affectation	-	-3,6
			<i>FSV</i>	<i>-</i>	<i>-3,6</i>
			Résultat de l'exercice	14,9	12,6
			<i>Régime général</i>	<i>0,5</i>	<i>-2,2</i>
			<i>Autres régimes</i>	<i>-0,2</i>	<i>0,2</i>
			<i>Fonds de solidarité vieillesse (FSV)</i>	<i>-1,8</i>	<i>-2,9</i>
			<i>CADES</i>	<i>15,4</i>	<i>15,0</i>

			<i>FRR</i>	0,9	2,4
			Ecart d'estimation (réévaluation des actifs du FRR en valeur de marché)	1,1	3,5
			<b>Provisions pour risques et charges</b>	<b>17,5</b>	<b>17,2</b>
<b>Actif financier</b>	<b>55,8</b>	<b>55,6</b>	<b>Passif financier</b>	<b>142,6</b>	<b>158,5</b>
Valeurs mobilières et titres de placement	43,4	44,7	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, europapiers commerciaux)	131,1	152,0
<i>Régime général</i>	0,0	0,0	<i>Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)</i>	23,1	27,3
<i>Autres régimes</i>	11,5	8,7	<i>CADES</i>	108,0	124,7
<i>CADES</i>	0,0	1,0	Dettes à l'égard d'établissements de crédits	6,1	5,7
<i>FRR</i>	31,8	35,0	<i>Régime général (ordres de paiement en attente)</i>	4,8	4,2
Encours bancaire	12,0	9,1	<i>Autres régimes</i>	0,3	0,5
<i>Régime général</i>	2,2	0,9	<i>CADES</i>	1,0	1,0
<i>Autres régimes</i>	6,8	4,0			
<i>FSV</i>	0,0	0,0	Dépôts reçus	0,4	0,5
<i>CADES</i>	2,3	3,2	<i>ACOSS</i>	0,4	0,5
<i>FRR</i>	0,7	0,9			
Créances nettes au titre des instruments financiers	0,5	1,9	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,0	0,2
<i>CADES</i>	0,4	1,3	<i>ACOSS</i>	0,0	0,2
<i>FRR</i>	0,1	0,6	Autres	5,0	0,1
			<i>Autres régimes</i>	4,8	0,0
			<i>CADES</i>	0,3	0,1
<b>Actif circulant</b>	<b>77,3</b>	<b>82,1</b>	<b>Passif circulant</b>	<b>57,4</b>	<b>57,9</b>
Créances de prestations	9,1	9,0	Dettes et charges à payer à l'égard des bénéficiaires	29,8	29,8
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	8,5	8,9	Dettes et charges à payer à l'égard des cotisants	2,4	2,7
Produits à recevoir de cotisations, contributions	43,2	47,6			

sociales et autres impositions					
Créances sur entités publiques et organismes de sécurité sociale	10,7	10,7	Dettes et charges à payer à l'égard d'entités publiques	11,0	7,8
Produits à recevoir de l'Etat	0,7	0,8			
Autres actifs	5,2	5,1	Autres passifs	14,2	17,6
<b>Total de l'actif</b>	<b>140,5</b>	<b>145,1</b>	<b>Total du passif</b>	<b>140,5</b>	<b>145,1</b>

Sur le champ des régimes de base, du FSV, de la CADES et du 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 77,0 milliards d'euros au 31 décembre 2018. L'encours de dette sur les produits techniques est de l'ordre de 15%, soit environ 2 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 est en diminution depuis cinq exercices. Cette inversion de tendance s'est confirmée et s'est amplifiée entre 2017 et 2018 (baisse de 7,9 milliards d'euros entre 2015 et 2016, de 12,8 milliards d'euros entre 2016 et 2017 puis de 11,6 milliards d'euros en 2018 par rapport à 2017). Cette amélioration se traduit en particulier par un résultat consolidé positif sur le périmètre d'ensemble de la sécurité sociale retracé ci-dessus (14,9 milliards d'euros en 2018, contre 12,6 milliards d'euros en 2017). Elle reflète la réduction continue des déficits des régimes de base et du FSV (1,4 milliards d'euros en 2018 contre 4,8 milliards d'euros en 2017, 7,0 milliards d'euros en 2016, 10,2 milliards d'euros en 2015, 12,8 milliards d'euros en 2014 et 16,0 milliards d'euros en 2013) dans un contexte de maintien d'un niveau élevé d'amortissement de la dette portée par la CADES (15,4 milliards d'euros en 2018 après 15,0 milliards d'euros en 2017).

Le financement du passif net de la sécurité sociale est assuré à titre principal par un recours à l'emprunt, essentiellement porté par la CADES et l'ACOSS. L'endettement financier net de la sécurité sociale, qui correspond à la différence entre les dettes financières et les actifs financiers placés ou détenus en trésorerie, suit donc en premier lieu les mêmes tendances que le passif net auquel il est fait référence ci-dessus, en subissant secondairement les effets de la variation du besoin en fonds de roulement lié au financement des actifs et passifs circulants (créances et dettes) et des acquisitions d'actifs immobilisés, qui ont également un impact sur la trésorerie. Après l'infléchissement observé depuis 2015, l'endettement financier continue de reculer ainsi fortement en 2018 (86,8 milliards d'euro contre 102,9 Md€ fin 2017), en cohérence avec l'évolution du passif net ainsi que celle du besoin en fonds de roulement.

### **Evolution 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
Passif net au 31/12 (capitaux propres négatifs)	- 66,3	- 87,1	- 100,6	- 107,2	- 110,9	-110,7	-109,5	-101,4	-88,5	-77,0

Endettement financier net au 31/12	- 76,3	- 96,0	- 111,2	- 116,2	- 118,0	-121,3	-120,8	-118,0	-102,9	-86,8
Résultat comptable consolidé de l'exercice (régimes de base, FSV, CADES et FRR)	-19,6	-23,9	-10,7	-5,9	-1,6	+1,4	+4,7	+8,1	+12,6	+14,9

## II. - Couverture des déficits et affectation des excédents constatés sur l'exercice 2018

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

L'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a modifié ce schéma et supprimé le plafond annuel de 10 milliards d'euros afin de tenir compte de conditions de financement à moyen et long termes particulièrement favorables. Il a ainsi ouvert la possibilité d'une saturation du plafond de 62 milliards d'euros dès 2016 et d'une reprise anticipée dont les modalités de mise en œuvre ont été précisées par le décret n°2016-110 du 4 février 2016 et un arrêté du 14 septembre 2016.

Un montant total de 23,6 milliards d'euros a été repris en 2016, correspondant au transfert de la totalité des déficits de la branche famille et de la branche maladie au titre de 2013 et 2014 et de ceux de la branche vieillesse et du FSV au titre de 2015, ainsi que d'une partie du déficit de la branche maladie au titre de 2015.

Ce plafond de reprise par la CADES ayant été saturé après les transferts intervenus en 2016, c'est l'ACOSS qui porte en dette à court terme les déficits des derniers exercices. Après s'être accru de 6,4 milliards d'euros entre 2016 et 2017, sous l'effet du financement des déficits du régime général et du FSV, l'endettement financier brut de l'ACOSS a reculé de 4,4 milliards d'euros pour s'établir à 23,5 milliards d'euros au 31 décembre 2018, suite à l'évolution favorable des comptes sociaux.

Au titre de l'exercice 2018, le résultat cumulé des régimes de base autres que le régime général est déficitaire de 0,2 milliard d'euros. La plupart de ces 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'Etat (SNCF, RATP, régimes des mines et des marins) et des régimes d'employeurs (fonction publique de l'Etat, 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.

Concernant les régimes ne bénéficiant pas de tels mécanismes d'équilibrage, le résultat de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, encore excédentaire en 2017, ressort en déficit de 0,6 milliard d'euros en 2018.

La branche retraite du régime des exploitants agricoles, qui était déficitaire en 2017, présente un bénéfice de 0,01 milliard d'euros en 2018. Ses déficits cumulés depuis 2011 (les déficits 2009 et 2010 ayant été repris par la CADES en 2011) atteignent cependant 3,7 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 recouru jusque-là la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pour couvrir ces déficits cumulés. Au 31 décembre 2018, ces déficits ont été financés en totalité par une avance de l'ACOSS.

Enfin, l'excédent du régime de retraite des professions libérales (0,1 milliard d'euros en 2018) recule à nouveau en 2018 (- 0,2 milliard d'euros par rapport à 2017). Ceux de la branche vieillesse du régime de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (0,09 milliard d'euros en 2018) et du régime de base de la caisse nationale des barreaux français (0,06 milliard d'euros en 2018) restent globalement stables. Ces excédents sont affectés aux réserves des régimes concernés.

## ANNEXE B

### RAPPORT DECRIVANT LES PREVISIONS DE RECETTES ET LES OBJECTIFS DE DEPENSES PAR BRANCHE DES REGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU REGIME GENERAL, LES PREVISIONS DE RECETTES ET DE DEPENSES DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES REGIMES AINSI QUE L'OBJECTIF NATIONAL DES DEPENSES D'ASSURANCE-MALADIE POUR LES QUATRE ANNEES A 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 2020-2023.

Par rapport aux prévisions du PLFSS pour 2019, le solde des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est dégradé, dans le contexte des mesures d'urgence décidées à la fin de l'année 2018, ainsi que du fait d'une situation économique moins favorable qu'anticipée. En conséquence, il est nécessaire de revenir sur la mesure d'accélération du désendettement et de transfert de recettes au budget de l'État qui avaient été décidées l'an dernier, et de décaler la date de retour à l'équilibre tenant compte de ce contexte (I). Cette trajectoire tient compte de l'absence de hausse de prélèvement sur les ménages ou les entreprises, des efforts de maîtrise de la dépense, et le cadre renouvelé des relations financières entre l'État et la sécurité sociale (II). Ces efforts permettront à la branche famille et la branche AT-MP de dégager des excédents dès 2020 puis à l'ensemble du régime général et du FSV d'atteindre l'équilibre en 2023 (III).

#### I. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 tire les conséquences d'une situation économique moins favorable que prévue et des mesures d'urgence économiques et sociales de fin 2018.

Pour 2020, le Gouvernement retient des hypothèses de croissance du PIB de 1,3 % en 2020 (après 1,4% en 2019) et de 2,8% de la masse salariale privée (après 3,3% en 2019) ainsi qu'une hypothèse d'inflation hors tabac (1,0 %) stable par rapport à 2019.

Pour les années 2021 à 2023, le Gouvernement retient un scénario de croissance robuste et régulière sur l'ensemble de la trajectoire. L'inflation augmenterait progressivement avec un effet à la hausse sur les salaires nominaux conduisant à une accélération progressive de la masse salariale.

Le Haut Conseil des finances publiques a rendu le 27 septembre 2019 un avis sur ces prévisions macroéconomiques qu'il considère comme atteignables pour 2019 et plausibles pour 2020. Il estime ainsi que les prévisions d'inflation, d'emploi et de masse salariale retenues par le Gouvernement pour 2019 sont cohérentes avec les informations disponibles et raisonnables pour 2020.

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 :

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
PIB en volume	2,2%	1,7%	1,4%	1,3%	1,3%	1,4%	1,4%
Masse salariale	3,5%	3,5%	3,3%	2,8%	3,0%	3,3%	3,4%
Inflation hors tabac	1,0%	1,6%	1,0%	1,0%	1,3%	1,6%	1,8%
ONDAM	2,2%	2,2%	2,5%	2,3%	2,3%	2,3%	2,3%

L'amélioration de la conjoncture économique et la maîtrise des dépenses ont permis une réduction significative des déficits sociaux en 2018 prolongeant la trajectoire positive lors des sept années précédentes.

En 2019 les perspectives de croissance, moins favorables que prévu en raison notamment d'un environnement international moins porteur, reportent le retour à l'équilibre durable de l'ensemble des régimes de base, sans remettre toutefois en cause la stratégie du Gouvernement en matière de redressement des comptes sociaux, ni l'objectif de désendettement de la sécurité sociale.

En effet, le retour à l'équilibre global du régime général serait atteint en 2023 (+0,4 Md€). A cette même date, le déficit du fonds de solidarité vieillesse (FSV) ne serait plus que de -0,3 Md€ ; le déficit consolidé régime général + FSV atteindrait ainsi +0,1Md€. L'équilibre des comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement ne serait quant à lui pas atteint à cette même date, en raison de la trajectoire plus dégradée de la CNRACL. En 2023, le déficit global pour l'ensemble des régimes obligatoires atteindrait -1,1 Md€.

En l'absence de retour à l'équilibre dès 2020 sur le champ du régime général, il n'est par ailleurs plus envisageable de prévoir des transferts de recettes à la CADES et à l'Etat. Par conséquent, pour les années 2020 à 2022, le PLFSS pour 2020 supprime les dispositions de la LFSS pour 2019 qui avaient prévu l'affectation à la CADES des ressources de CSG (1,6 Md€ en 2019, 1,8 Md€ l'année suivante, et 1,5 Md€ supplémentaires à compter de 2022) destinés à l'apurement de la dette qu'il était envisagé de lui transférer dans une limite de 15 Md€. Symétriquement, en l'absence d'excédent des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, la loi de finances prévoit la suppression de la réduction à due concurrence de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale.

Le désendettement de la sécurité sociale se poursuivra néanmoins à un rythme élevé. La prévision d'amortissement de dette par la CADES est fixée à 16,7 Md€, après 16 Md€ prévus en 2019 et 15,4 Md€ constatés en 2018. Fin 2020, la CADES devrait avoir remboursé près de 190 Md€ de dettes depuis sa création, confortant l'objectif de remboursement de la totalité des dettes transférées restantes, soit 105,3 Md€ d'ici 2025. Ces niveaux sont très supérieurs à celui du déficit courant prévu par la loi (-5,6 Md€ sur le champ des ROBSS + FSV en 2020), ce qui permet de constater un désendettement effectif au niveau de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

II. Cette trajectoire s'inscrit dans un cadre particulièrement exigeant de maîtrise de la dépense, d'absence de hausses de prélèvement et de simplification des relations entre l'État et la sécurité sociale

L'année 2019 a été marquée par une importante évolution du financement de la sécurité sociale du fait de la mise en place de la réduction de 6 points de cotisations d'assurance maladie pour les rémunérations inférieures à 2,5 fois le SMIC en substitution du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) et du crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS). En outre, depuis le 1<sup>er</sup> octobre (le 1<sup>er</sup> janvier pour certains secteurs), les allègements généraux de cotisations sociales ont été renforcés au niveau du SMIC afin d'encourager la création d'emploi. Ils portent désormais sur les contributions d'assurance chômage et de retraite complémentaire. Ainsi, au niveau du SMIC, plus aucune cotisation ou contribution sociale, payée habituellement par toutes les entreprises, n'est plus due, à la seule exception de la cotisation au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles pour la part correspondant à la sinistralité des entreprises. Le PLFSS pour 2020 ne revient pas sur ce schéma.

Le PLFSS ne prévoit par ailleurs aucune mesure de hausse des cotisations ou contributions dues par les employeurs ou les entreprises. Il est prévu de limiter l'effet favorable de la déduction forfaitaire spécifique (DFS), abattement d'assiette originellement représentatif des frais professionnels dans certains secteurs, sur la réduction générale de cotisations employeurs qui a été renforcée dans la LFSS 2018 et qui exonère, à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2019, l'employeur de la totalité des cotisations patronales pour l'emploi d'un salarié au SMIC. Cet avantage sera plafonné à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020 par voie réglementaire à 130% des allègements généraux de droit commun. Cette mesure permettra de limiter les interférences entre différents dispositifs d'exonérations et se traduira par un effet positif sur les recettes d'environ 0,4 Md€ sans impact sur la rémunération nette des salariés.

Le projet de loi de finances prévoit de limiter le bénéfice de l'exonération de cotisations sociales dont bénéficient les micro-entrepreneurs créateurs d'entreprise pour qu'elles n'excèdent pas celles dont bénéficient les autres travailleurs indépendants, et se limitent à une année blanche de cotisations sociales pour la création ou la reprise d'une entreprise. Le coût de cette exonération étant compensé par le budget de l'État, cette mesure n'a pas d'effet direct sur les ressources des branches.

Conformément, par ailleurs, aux recommandations du rapport remis au Parlement en 2018 sur les relations financières entre l'État et la sécurité sociale, et à l'exception des suppressions de taxes à faible rendement, les baisses de prélèvements obligatoires décidées depuis 2019 sont supportées par l'État ou la sécurité sociale, en fonction de l'affectation de ces derniers, sans qu'il soit nécessaire ensuite de procéder à des transferts de compensation dans un sens ou dans l'autre.

Aussi, en cohérence avec la LFSS pour 2019, le PLFSS pour 2020 prévoit donc par exception à l'article L.131-7 du code de la sécurité sociale que ne feront pas l'objet d'une compensation budgétaire par l'État les pertes de recettes correspondant à l'exonération de cotisations salariales au titre des heures supplémentaires réalisées du 1<sup>er</sup> janvier au 31 août 2019 du fait de la loi portant mesures d'urgence économiques et sociales ainsi que la révision à la baisse du taux de contribution sociale généralisée (CSG) applicable aux retraités ayant un revenu fiscal de référence inférieur à 22 580 € pour une personne seule (34 636 € pour un couple). Les mesures en dépenses porteront l'essentiel de l'effort pour corriger l'évolution des soldes des branches prestataires par rapport à leur évolution tendancielle. En effet, en dehors des dispositions revenant sur les affectations de recettes à l'Etat et la CADES à compter de 2020 déjà mentionnés, qui sont sans effet du point de vue des redevables de prélèvements sociaux, l'ensemble des mesures nouvelles en recettes n'a un impact positif qu'à hauteur de 0,2 Md€ pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Par conséquent, l'effort le plus important pour permettre le retour à l'équilibre de ces régimes sera réalisé sur la progression des dépenses, en particulier les dépenses d'assurance maladie entrant dans le champ de l'ONDAM. Par ailleurs, la revalorisation maîtrisée et différenciée des prestations versées par les branches famille et vieillesse limitera la progression des dépenses des branches prestataires en permettant, par rapport à une mesure générale d'indexation sur l'inflation, une économie de 0,5 Md€ à l'échelle de l'ensemble des régimes.

III. D'ici 2023, l'ensemble des branches, à l'exception de l'assurance vieillesse, reviendrait à l'équilibre sur la base des mesures proposées dans le PLFSS 2020

**S'agissant de la branche maladie**, depuis 2019, les ressources de la CNAM ont été profondément transformées, du fait de l'affectation d'une fraction supplémentaire de TVA à la CNAM en contrepartie de la suppression de 6 points de cotisations d'assurance maladie pour les salaires inférieurs à 2,5 SMIC. Du fait de cette affectation supplémentaire, la fraction de TVA affectée à la CNAM s'élève à 41,1 Md€ en 2019 et les impôts et taxes représentent désormais 28% des ressources de la branche.

Cette structure des ressources sera peu modifiée en 2020. Les mesures en recettes de la LFSS amélioreront les ressources de la CNAM du fait de la suppression des affectations de recettes à la CADES et à l'État (3,1 Md€), excédant le coût de la baisse de la CSG sur les revenus de remplacement (1,6 Md€). Les mesures de limitation des niches sociales, notamment la limitation des allègements généraux dont bénéficient les rémunérations sur lesquelles s'applique la déduction forfaitaire spécifique (DFS) pour frais professionnels permettront un gain de 0,1 Md€ pour la branche maladie, gain dont une partie sera toutefois compensée par la limitation de la compensation par l'État de l'exonération des jeunes entreprises innovantes (JEI).

Les autres mesures de recettes sont globalement neutres pour la branche maladie en 2020

Au global, les mesures en recettes permettront un accroissement de ses ressources de 1,6 Md€ environ à compter de 2020.

En dépenses, pour 2020, le taux de progression de l'ONDAM est fixé par le Gouvernement à 2,3 %. Cela représente plus de 205 Md€ consacrés à l'assurance maladie et 4,6Md€ de dépenses nouvelles prises en charge par la collectivité sur le champ de la maladie. Le respect de cet objectif suppose cependant 4,2 Md€ d'économies par rapport à la progression tendancielle des dépenses de 4,4%.

Sous l'effet de l'importance de ces économies et du maintien d'une progression de l'ONDAM à 2,3% par an sur la période 2021-2023, le solde de l'assurance maladie devrait s'améliorer continûment sur la période quadriennale. A partir de 2021, afin d'accélérer cette tendance de retour à l'équilibre, un rééquilibrage des ressources des branches sera réalisé à son profit. De ce fait, le solde devrait passer de -3Md€ en 2020 à +2,5Md€ en 2023.

**S'agissant de la branche AT-MP**, aucune mesure n'est prévue par le PLFSS 2020 pour modifier les ressources de la branche en 2020.

Le PLFSS 2020 permettra à cette branche de réaliser 0,1 Md€ d'économies en dépenses, du fait de la revalorisation différenciée des prestations sociales et de la suppression de la possibilité d'opter pour un versement des rentes en capital.

Ces mesures permettront à la branche de dégager un excédent de 1,1 Md€ en 2019 et de 1,4 Md€ en 2020, ce niveau de solde étant par la suite conventionnellement stabilisé sur 2021-2023.

**La branche vieillesse du régime général** serait à nouveau déficitaire de 2,1 Md€ en 2019, après trois années en excédent, malgré des dépenses modérées par la revalorisation des pensions limitée à 0,3%. Ce déficit s'accroîtrait à 2,7 Md€ en 2020. En revanche, l'évolution en 2020 sera favorable en prenant en compte l'amélioration du solde du fonds de solidarité vieillesse (FSV) de -2,3 Md€ à -1,4 Md€. Cette évolution contrastée résulte principalement de la fin du financement du minimum contributif par le fonds.

Au niveau de l'ensemble des régimes vieillesse de base, en tenant compte du FSV, le solde resterait inchangé en 2020 par rapport à 2019 à -4,6 Md€.

Le PLFSS pour 2020 ne prévoit pas de mesure affectant les ressources de la branche vieillesse, à l'exception de la disposition prévoyant l'absence de compensation à cette branche du coût de l'anticipation au 1<sup>er</sup> janvier 2019 de l'entrée en vigueur de l'exonération de cotisations sociales au titre des heures supplémentaires, disposition qui n'a pas d'effet au-delà de la seule année 2019. En effet, pour 2020, la LFSS pour 2019 avait déjà prévu de compenser à cette branche le coût de l'exonération des cotisations salariales au titre des heures supplémentaires et complémentaires et de préserver ses recettes. L'assurance vieillesse bénéficiera à compter de 2020 de l'affectation de ressources aujourd'hui affectées à la branche famille à hauteur de 2 Md€. En 2020, les recettes de la branche vieillesse bénéficieront comme celles de la branche maladie de la limitation des allègements généraux pour un gain de 0,1 Md€.

Les dépenses de la branche évolueront à un rythme supérieur à celui des recettes jusqu'en 2023, en dépit de la mesure de revalorisation différenciée des dépenses de prestations en 2020 dont la branche vieillesse est la principale bénéficiaire puisque cette disposition permettra une économie en 2020 de 0,3 Md€ pour la branche vieillesse du régime général et 0,4 Md€ pour l'ensemble des régimes de retraite.

De 2021 à 2023, le déficit de la branche vieillesse s'accroîtrait progressivement pour atteindre -6,6 Md€ en fin de période (ROBSS+FSV). L'hypothèse retenue de revalorisation des pensions des régimes de base est celle de la prévision d'inflation pour l'ensemble des retraités.

**Pour la branche famille**, en 2020, les recettes seront principalement améliorées sous l'effet de la suppression des affectations de recettes à la CADES et à l'Etat auxquelles la branche devait contribuer à hauteur de 1,2 Md€. En contrepartie elles seront réduites, en application des dispositions de la LFSS pour 2019, déjà prises en compte, à hauteur de 2,0 Md€ correspondant au coût pour la branche vieillesse des exonérations de cotisations salariales sur les rémunérations perçues au titre des heures supplémentaires.

Les dépenses seront ralenties en 2020 du fait de la revalorisation différenciée et maîtrisée des prestations servies par la branche, qui permettra une économie de 0,1 Md€ après 0,3 Md€ en 2019. Les charges seront en contrepartie accrues par les coûts inhérents au dispositif d'intermédiation des pensions alimentaires ainsi que par la réduction des frais de gestion supportés par l'Etat au titre des prestations servies pour son compte par la branche (-0,1 Md€).

Le solde de la branche sera positif : 0,7Md) en 2020, après 0,8Md€ en 2019.

A compter de 2021, l'hypothèse retenue de revalorisation des prestations familiales est celle de la prévision d'inflation. Le solde de la branche serait amélioré sur la période 2021-2023, y compris en tenant compte des rééquilibrages entre branches envisagés et atteindrait 1,6 Md€ en 2023.

**Prévisions des recettes, dépenses et soldes du régime général, de l'ensemble des régimes de base et du FSV (milliards d'euros)**

		2016	2017	2018	2019 (p)	2020(p)	2021(p)	2022(p)	2023(p)
<b>Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble du régime général</b>									
<b>Maladie</b>	Recettes	194,6	201,3	210,8	214,3	219,2	225,7	232,6	239,8
	Dépenses	199,4	206,2	211,5	217,2	222,3	227,2	232,2	237,3
	<b>Solde</b>	<b>-4,8</b>	<b>-4,9</b>	<b>-0,7</b>	<b>-3,0</b>	<b>-3,0</b>	<b>-1,5</b>	<b>0,3</b>	<b>2,5</b>
<b>AT-MP</b>	Recettes	12,6	12,9	12,7	13,2	13,5	13,7	13,9	14,1
	Dépenses	11,8	11,7	12,0	12,1	12,2	12,3	12,5	12,7
	<b>Solde</b>	<b>0,8</b>	<b>1,1</b>	<b>0,7</b>	<b>1,1</b>	<b>1,4</b>	<b>1,4</b>	<b>1,4</b>	<b>1,4</b>
<b>Famille</b>	Recettes	48,6	49,8	50,4	51,1	51,0	51,3	52,4	53,5
	Dépenses	49,6	50,0	49,9	50,2	50,3	50,4	51,1	51,9
	<b>Solde</b>	<b>-1,0</b>	<b>-0,2</b>	<b>0,5</b>	<b>0,8</b>	<b>0,7</b>	<b>0,9</b>	<b>1,3</b>	<b>1,6</b>
<b>Vieillesse</b>	Recettes	123,7	126,6	133,8	135,5	139,0	142,4	146,5	151,1
	Dépenses	122,8	124,8	133,6	137,5	141,7	146,3	151,3	156,2
	<b>Solde</b>	<b>0,9</b>	<b>1,8</b>	<b>0,2</b>	<b>-2,1</b>	<b>-2,7</b>	<b>-3,9</b>	<b>-4,8</b>	<b>-5,1</b>
<b>RG consolidé</b>	Recettes	366,6	377,6	394,6	400,9	409,5	419,6	431,6	444,5
	Dépenses	370,7	379,8	394,1	403,9	413,2	422,7	433,3	444,1
	<b>Solde</b>	<b>-4,1</b>	<b>-2,2</b>	<b>0,5</b>	<b>-3,1</b>	<b>-3,8</b>	<b>-3,1</b>	<b>-1,8</b>	<b>0,4</b>
<b>Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base</b>									
<b>Maladie</b>	Recettes	196,0	203,1	212,3	215,8	220,8	227,3	234,2	241,5
	Dépenses	200,7	208,0	213,1	218,8	223,8	228,8	233,8	239,0
	<b>Solde</b>	<b>-4,7</b>	<b>-4,9</b>	<b>-0,8</b>	<b>-3,0</b>	<b>-3,0</b>	<b>-1,5</b>	<b>0,3</b>	<b>2,5</b>
<b>AT-MP</b>	Recettes	14,1	14,4	14,1	14,6	15,0	15,3	15,4	15,6
	Dépenses	13,3	13,2	13,4	13,5	13,6	13,9	14,0	14,2
	<b>Solde</b>	<b>0,8</b>	<b>1,2</b>	<b>0,7</b>	<b>1,2</b>	<b>1,4</b>	<b>1,4</b>	<b>1,4</b>	<b>1,4</b>
<b>Famille</b>	Recettes	48,6	49,8	50,4	51,1	51,0	51,3	52,4	53,5
	Dépenses	49,6	50,0	49,9	50,2	50,3	50,4	51,1	51,9
	<b>Solde</b>	<b>-1,0</b>	<b>-0,2</b>	<b>0,5</b>	<b>0,8</b>	<b>0,7</b>	<b>0,9</b>	<b>1,3</b>	<b>1,6</b>
<b>Vieillesse</b>	Recettes	228,7	232,7	236,4	239,2	244,1	249,2	255,0	261,4
	Dépenses	227,2	230,7	236,5	241,5	247,3	253,6	260,6	267,7
	<b>Solde</b>	<b>1,6</b>	<b>2,0</b>	<b>-0,1</b>	<b>-2,3</b>	<b>-3,2</b>	<b>-4,4</b>	<b>-5,6</b>	<b>-6,3</b>
<b>ROBSS consolidé</b>	Recettes	473,7	486,2	499,7	507,0	517,1	529,1	542,8	557,5
	Dépenses	477,0	488,1	499,3	510,3	521,3	532,7	545,4	558,3
	<b>Solde</b>	<b>-3,4</b>	<b>-1,9</b>	<b>0,3</b>	<b>-3,3</b>	<b>-4,2</b>	<b>-3,6</b>	<b>-2,6</b>	<b>-0,8</b>
<b>Fonds de solidarité vieillesse</b>									
<b>FSV</b>	Recettes	16,7	16,6	17,2	16,6	16,8	17,4	17,9	18,5
	Dépenses	20,3	19,6	19,0	18,9	18,2	18,3	18,5	18,8
	<b>Solde</b>	<b>-3,6</b>	<b>-2,9</b>	<b>-1,8</b>	<b>-2,3</b>	<b>-1,4</b>	<b>-1,0</b>	<b>-0,6</b>	<b>-0,3</b>
<b>Régime général et fonds de solidarité vieillesse</b>									
<b>RG + FSV</b>	Recettes	365,0	376,5	394,6	400,2	409,7	420,2	432,6	445,8
	Dépenses	372,7	381,6	395,8	405,6	414,8	424,3	435,0	445,7
	<b>Solde</b>	<b>-7,8</b>	<b>-5,1</b>	<b>-1,2</b>	<b>-5,4</b>	<b>-5,1</b>	<b>-4,1</b>	<b>-2,4</b>	<b>0,1</b>
<b>Régimes obligatoires de base et fonds de solidarité vieillesse</b>									
<b>ROBSS + FSV</b>	Recettes	470,5	483,7	498,4	505,2	516,2	528,6	542,6	557,7
	Dépenses	477,5	488,6	499,8	510,7	521,8	533,1	545,8	558,7
	<b>Solde</b>	<b>-7,0</b>	<b>-4,8</b>	<b>-1,4</b>	<b>-5,5</b>	<b>-5,6</b>	<b>-4,6</b>	<b>-3,2</b>	<b>-1,1</b>

## 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

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies profession nelles	Régimes de base	Fonds de solidarité vieillesse	Régimes de base et FSV
<b>Cotisations effectives</b>	75,5	141,2	31,1	14,1	260,2	0,0	260,2
<b>Cotisations prises en charge par l'État</b>	2,0	2,5	0,6	0,1	5,2	0,0	5,2
<b>Cotisations fictives d'employeur</b>	0,4	41,1	0,0	0,3	41,9	0,0	41,9
<b>Contribution sociale généralisée</b>	73,0	0,0	12,3	0,0	84,9	17,1	102,0
<b>Impôts, taxes et autres contributions sociales</b>	62,1	22,2	6,5	0,0	90,9	0,0	90,9
<b>Charges liées au non recouvrement</b>	-0,5	-0,6	-0,3	-0,2	-1,5	-0,3	-1,9
<b>Transferts</b>	3,0	37,1	0,2	0,1	28,7	0,0	10,9
<b>Produits financiers</b>	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2
<b>Autres produits</b>	5,3	0,5	0,6	0,5	6,9	0,0	6,9
<b>Recettes</b>	<b>220,8</b>	<b>244,1</b>	<b>51,0</b>	<b>15,0</b>	<b>517,1</b>	<b>16,8</b>	<b>516,2</b>

## II.- Régime général

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies professionnelles	Régime général	Fonds de solidarité vieillesse	Régime général et FSV
<b>Cotisations effectives</b>	74,7	91,0	31,1	13,1	208,2	0,0	208,2
<b>Cotisations prises en charge par l'État</b>	2,0	2,3	0,6	0,1	5,0	0,0	5,0
<b>Cotisations fictives d'employeur</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Contribution sociale généralisée</b>	73,0	0,0	12,3	0,0	84,9	17,1	102,0
<b>Impôts, taxes et autres contributions sociales</b>	62,1	17,5	6,5	0,0	86,1	0,0	86,1
<b>Charges liées au non recouvrement</b>	-0,5	-0,4	-0,3	-0,2	-1,4	-0,3	-1,7
<b>Transferts</b>	3,0	28,3	0,2	0,0	20,3	0,0	3,7
<b>Produits financiers</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
<b>Autres produits</b>	5,0	0,3	0,6	0,4	6,3	0,0	6,3
<b>Recettes</b>	<b>219,2</b>	<b>139,0</b>	<b>51,0</b>	<b>13,5</b>	<b>409,5</b>	<b>16,8</b>	<b>409,7</b>

## III. Fonds de solidarité vieillesse

	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	17,1
Impôts, taxes et autres contributions sociales	0,0
Charges liées au non recouvrement	-0,3
Transferts	0,0
Produits financiers	0,0
Autres produits	0,0
<b>Recettes</b>	<b>16,8</b>