



N° 269

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 11 octobre 2017.

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2018,

(Renvoyé à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

PRÉSENTÉ

AU NOM DE M. Édouard PHILIPPE,
Premier ministre,

PAR M. Gérard DARMANIN,
ministre de l'action et des comptes publics,

ET PAR Mme Agnès BUZYN,
ministre des solidarités et de la santé

**PREMIÈRE PARTIE :
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2016**

Article 1^{er}

- ① Au titre de l'exercice 2016, sont approuvés :
- ② 1° Le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

③ *(en milliards d'euros)*

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	195,9	200,7	-4,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,1	13,3	0,8
Vieillesse	228,8	227,2	1,6
Famille	48,6	49,6	-1,0
Toutes branches (hors transferts entre branches)	473,7	477,1	-3,4
Fonds de solidarité vieillesse	16,7	20,3	-3,6
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	470,5	477,5	-7,0

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

⑤ *(en milliards d'euros)*

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	194,6	199,4	-4,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,6	11,8	0,8
Vieillesse	123,7	122,8	0,9
Famille	48,6	49,6	-1,0
Toutes branches (hors transferts entre branches)	366,6	370,7	-4,1
Fonds de solidarité vieillesse	16,7	20,3	-3,6
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	365,0	372,7	-7,8

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

⑦

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	16,7	20,3	-3,6

⑧

4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 185,1 milliards d'euros ;

⑨

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

⑩

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

⑪

7° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 14,4 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Les tableaux d'équilibre figurant au présent article sont ceux qui ont été arrêtés par les organismes de sécurité sociale. La Cour des comptes a certifié, pour la quatrième année consécutive l'exactitude et la sincérité des comptes de chacune des branches du régime général ainsi que de ceux des caisses nationales qui les établissent. Les réserves qui demeurent sont essentiellement liées aux limites des systèmes d'information sur certains aspects ou à la difficulté à apprécier la qualité des informations transmises par certains partenaires. De même, les comptes des régimes de base et des organismes concourant à leur financement, ainsi que ceux du FSV, ont tous été certifiés, pour la troisième année consécutive, par leurs commissaires aux comptes.

Le déficit du régime général et du fonds de solidarité vieillesse s'est réduit en 2016 en passant de -10,8 milliards d'euros en 2015 à -7,8 milliards d'euros en 2016. Cette amélioration des soldes du régime général a permis de poursuivre la résorption de la dette sociale, l'amortissement réalisé par la CADES en 2016 étant nettement supérieur au montant du déficit enregistré.

Article 2

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2016, 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 2016 figurant à l'article 1^{er}.

**DEUXIÈME PARTIE :
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2017**

Article 3

- ① I. – La loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 est ainsi modifiée :
- ② 1° L'article 57 est ainsi modifié :
- ③ a) Au I, le nombre : « 400 » est remplacé par le nombre : « 250 » ;
- ④ b) Au IV, le nombre : « 59,8 » est remplacé par le nombre : « 67,4 » ;
- ⑤ 2° L'article 100 est ainsi modifié :
- ⑥ a) Au premier alinéa, le montant : « 44,4 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 59,4 millions d'euros » ;
- ⑦ b) Au deuxième alinéa, le montant : « 70 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 30 millions d'euros » ;
- ⑧ II. - Par dérogation aux dispositions du IV de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, en 2017, la recette du fonds mentionnée au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale est réduite de 150 millions d'euros au profit de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du même code.

Exposé des motifs

La mesure proposée prévoit de porter de 70 millions d'euros à 30 millions d'euros le prélèvement sur les réserves du FEH au profit du FMESPP, soit une minoration du prélèvement de 40 millions d'euros au titre de 2017. Ce transfert nécessite de majorer de 15 millions d'euros supplémentaires (pour un total de 59,4 millions d'euros) la participation des régimes d'assurance maladie au FMESPP pour l'année 2017.

S'agissant du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, selon les prévisions actualisées d'exécution, les dépenses d'indemnisation s'élèveraient à 384,4 millions d'euros en 2017 contre 450,9 millions d'euros en 2016. Ces éléments permettent de ramener la dotation de la branche AT-MP de 400 millions d'euros à 250 millions d'euros pour 2017, tout en maintenant un fonds de roulement satisfaisant d'un point de vue prudentiel.

Par ailleurs, la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites a instauré un dispositif de départ en retraite anticipée à 60 ans en faveur des assurés justifiant d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 10% reconnu au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle. Ce dispositif est applicable depuis le 1er juillet 2011. Les dépenses supplémentaires liées à ce dispositif sont financées par le versement d'une contribution de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles (ATMP) du régime général au profit de la branche retraite. L'année 2017 fait apparaître un besoin de financement supérieur à la prévision initiale, notamment du fait de l'entrée en vigueur, au 1er octobre 2017, de l'ordonnance relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention, qui prévoit un élargissement du dispositif. Ainsi, le besoin de financement de ce dispositif s'élève à 67,4 millions d'euros, montant intégrant des frais de gestion évalués à 0,7 million d'euros. La mesure vise à opérer cette rectification.

Le Fonds CMU a constitué d'importants excédents, ses capitaux propres s'élevant à 285 millions d'euros fin 2016, du fait d'une affectation de recette de taxe de solidarité additionnelle (TSA) supérieure à ses besoins de financement en 2016. Il est prévu de diminuer les recettes du fonds de 150 millions d'euros en 2017 afin de réduire ses excédents, au profit de la CNAMTS, autre affectataire de la TSA qui aurait donc dû bénéficier de cette recette fiscale si elle avait été mieux calibrée.

Article 4

- ① I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa de l'article L. 241-3, les mots : « des contributions mentionnées aux articles L. 245-13, L. 245-13-1 et » sont remplacés par les mots : « de la contribution mentionnée à l'article » ;

- ③ 2° La section 4 du chapitre V du titre IV du livre II est abrogée ;
- ④ 3° À l'article L. 651-2-1, les mots : « et celui de la contribution additionnelle à cette contribution mentionnée à l'article L. 245-13, minorés des frais de recouvrement, sont affectés » sont remplacés par les mots : « , minoré des frais de recouvrement, est affecté » ;
- ⑤ 4° À la troisième phrase du premier alinéa de l'article L. 651-3, les mots : « par décret, dans la limite de 0,13 % » sont remplacés par les mots : « à 0,16 % » ;
- ⑥ 5° Au troisième alinéa de l'article L. 651-5, le mot : « cumulé » et les mots : « et de la contribution additionnelle instituée à l'article L. 245-13 du présent code » sont supprimés ;
- ⑦ 6° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 651-5-3, après le mot : « télédéclaration », sont insérés les mots : « et de télé-règlement ».
- ⑧ II. - Au 6° du 1. de l'article 39 du code général des impôts, les mots : « les contributions additionnelle et supplémentaire mentionnées aux articles L. 245-13 et L. 245-13-1, ainsi que » sont supprimés.
- ⑨ III. - Le second alinéa du III de l'article 112 de la loi n° 2016-1918 du 29 décembre 2016 de finances rectificative pour 2016 est supprimé.

Exposé des motifs

L'article vise à rationaliser la fiscalité applicable en matière de contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S). Il s'agit tout d'abord de rétablir l'obligation de télé-règlement de la C3S. Ensuite, l'article prévoit la suppression de la contribution supplémentaire à la C3S, instituée par la loi de finances rectificative pour 2016 : cette contribution supplémentaire, partiellement acquittée sous forme d'acompte versé en fin d'année, complexifie la fiscalité des entreprises et ne conduirait qu'à un gain temporaire pour les recettes de la sécurité sociale. Enfin, dans un même souci de simplification, il est proposé de fusionner la C3S actuelle et la contribution additionnelle à cette contribution, dont les modalités d'assiette, de recouvrement et d'affectation sont aujourd'hui strictement identiques mais qui constituent deux contributions juridiquement distinctes. Cette fusion, sans conséquence pour les redevables, renforcera la lisibilité de la fiscalité qui leur est applicable.

Article 5

① Au titre de l'année 2017, sont rectifiés :

② 1° Les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

③ *(en milliards d'euros)*

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	203,2	207,3	-4,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,3	13,2	1,1
Vieillesse	232,2	231,1	1,5
Famille	49,9	49,6	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	486,3	487,6	-1,3
Fonds de solidarité vieillesse	16,0	19,7	-3,6
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	483,1	488,0	-4,9

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

⑤ *(en milliards d'euros)*

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	201,9	206,0	-4,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,8	11,8	1,0
Vieillesse	126,2	124,9	1,3
Famille	49,9	49,6	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	377,8	379,4	-1,6
Fonds de solidarité vieillesse	16,0	19,7	-3,6
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	376,1	381,3	-5,2

⑥ 3° Les prévisions de recettes, les prévisions de dépenses et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

⑦

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	16,0	19,7	-3,6

⑧

4° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale qui est fixé à 14,8 milliards d'euros ;

⑨

5° Les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites qui demeurent fixées conformément au III de l'article 41 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 ;

⑩

6° Les prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse qui demeurent fixées conformément au IV de l'article 41 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

Exposé des motifs

En 2017, l'ensemble des branches du régime général voient leur résultat s'améliorer : le déficit de la CNAMTS est ramené à -4,1 milliards d'euros, soit son niveau le plus bas depuis 2001, tandis que les branches vieillesse, famille et accidents du travail et maladies professionnelles dégagent des excédents. Le déficit du Fonds de solidarité vieillesse se stabilise à -3,6 milliards d'euros

Article 6

①

Au titre de l'année 2017, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs sont rectifiés ainsi qu'il suit :

②

(en milliards d'euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	86,8
Dépenses relatives aux établissements de santé	79,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	10,9
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,3
Autres prises en charge	1,6
Total	190,7

Exposé des motifs

La progression de l'ONDAM 2017 a été fixée à 2,1% en loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, soit un niveau de dépenses de 190,7 milliards d'euros. Pour la huitième fois consécutive, cet objectif sera respecté, alors même que ce niveau d'ONDAM est historiquement bas et a nécessité la mise en œuvre d'importantes économies pour ralentir la progression spontanée très rapide des dépenses.

TROISIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2018

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE

CHAPITRE I^{ER}

Mesures relatives au pouvoir d'achat des actifs

Article 7

- ① I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le premier alinéa de l'article L. 131-9 est supprimé ;
- ③ 2° Au deuxième alinéa du III de l'article L. 136-7-1, les taux : « 9,5 % » et « 12 % » sont respectivement remplacés par les taux : « 11,2 % » et « 13,7 % » ;
- ④ 3° L'article L. 136-8 est ainsi modifié :
- ⑤ a) Au 1° du I, le taux : « 7,5% » est remplacé par le taux : « 9,2 % » ;
- ⑥ b) Au 2° du I, le taux : « 8,2 % » est remplacé par le taux : « 9,9 % » ;
- ⑦ c) Au 3° du I, le taux : « 6,9 % » est remplacé par le taux : « 8,6 % » ;
- ⑧ d) Au 2° du II, le taux : « 6,6 % » est remplacé par le taux : « 8,3 % » ;

- ⑨ e) Au *a* du 4° du IV, le taux : « 6,05 % » est remplacé par le taux : « 7,75 % » ;
- ⑩ f) Au *b* du 4° du IV, le taux : « 5,75 % » est remplacé par le taux : « 7,45 % » ;
- ⑪ g) Au *e* du 4° du IV, le taux : « 5,15 % » est remplacé par le taux : « 6,85 % » ;
- ⑫ h) Au 1° du IV *bis* de l'article L. 136-8, le taux : « 7,6% » est remplacé par le taux : « 9,3 % » ;
- ⑬ 4° Au sixième alinéa de l'article L. 162-14-1, les mots : « en application des articles L. 242-11, L. 612-1, L. 645-2 et L. 722-4 » sont remplacés par les mots : « en application des articles L. 613-1, L. 621-1, L. 621-2, L. 642-1, L. 645-2 et L. 722-4 » ;
- ⑭ 5° À l'article L. 172-3, les mots : « moyens correspondant aux cotisations versées » sont remplacés par les mots : « soumis à cotisations au sens de l'article L. 242-1 perçus » ;
- ⑮ 6° Au deuxième alinéa du II de l'article L. 241-2, les mots : « salariés des professions agricoles et non agricoles ainsi que par leurs employeurs » sont remplacés par les mots : « employeurs des professions agricoles et non agricoles » ;
- ⑯ 7° L'article L. 242-11 est abrogé ;
- ⑰ 8° À l'article L. 313-1, les mots : « avoir cotisé sur la base d'un salaire au moins égal » sont remplacés par les mots : « avoir perçu des rémunérations soumises à cotisations au sens de l'article L. 242-1 au moins égales » ;
- ⑱ 9° À l'article L. 381-30-4, les mots : « et salariale » sont supprimés ;
- ⑲ 10° Le deuxième alinéa de l'article L. 382-22 est supprimé ;
- ⑳ 11° Au sein du chapitre III du titre I^{er} du livre VI dans sa rédaction résultant de l'article 11 de la présente loi de financement de la sécurité sociale, il est créé un article L. 613-1 ainsi rédigé :
- ㉑ « *Art. L. 613-1.* – Le taux des cotisations d'allocations familiales des travailleurs indépendants dont les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret fait l'objet, dans des conditions fixées par décret, d'une réduction dans la limite de 5,25 points. Le bénéfice de cette réduction ne

peut être cumulé avec tout autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable à ces cotisations, à l'exception de ceux prévus aux articles L. 131-6-4 et L. 621-3. » ;

② 12° Au sein du chapitre I^{er} du titre II du livre VI dans sa rédaction résultant de l'article 11 de la présente loi de financement de la sécurité sociale, il est créé un article L. 621-3 ainsi rédigé :

③ « *Art. L. 621-3.* – Le taux des cotisations mentionnées aux articles L. 621-1 et L. 621-2 dues par les travailleurs indépendants dont les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret fait l'objet d'une réduction, dans la limite de 5 points, qui décroît à proportion de ces revenus, dans des conditions fixées par décret. Le bénéfice de cette réduction ne peut être cumulé avec aucun autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable à ces cotisations, à l'exception de ceux prévus aux articles L. 131-6-4 et L. 613-1. »

④ II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

⑤ 1° Au deuxième alinéa de l'article L. 731-25, les mots : « au dernier alinéa de l'article L. 242-11 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 613-1 » ;

⑥ 2° L'article L. 731-35 est ainsi modifié :

⑦ a) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

⑧ « Le taux de la cotisation due pour la couverture des risques mentionnés aux 1° et 3° de l'article L. 732-3 par le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole exerçant son activité à titre exclusif ou principal fait l'objet d'une réduction dans les conditions prévues à l'article L. 621-3 du code de la sécurité sociale. » ;

⑨ b) Au dernier alinéa, après la référence L. 321-5 sont ajoutés les mots : « du présent code » et après la référence L. 732-8 sont ajoutés les mots : « du même code ».

⑩ 3° Au *a* du I de l'article L. 741-9, les mots : « et des assurés » sont supprimés.

⑪ III. – Les I et II du présent article s'appliquent aux cotisations et contributions dues au titre des périodes intervenant à compter du 1^{er} janvier 2018.

- ③② IV. – Pour l’année 2018, les contributions salariales prévues à l’article L. 5422-9 du code du travail sont prises en charge par l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans la limite des contributions salariales dues, à hauteur de :
- ③③ 1° 1,45 point au titre des contributions dues au titre des périodes courant entre le 1^{er} janvier et le 30 septembre ;
- ③④ 2° 2,40 points au titre des contributions dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} octobre.
- ③⑤ Cette prise en charge est intégrée dans le calcul de la contribution globale prévue à l’article L. 5422-24 du code du travail.
- ③⑥ V. – Pour l’année 2018, l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la notification et le versement des produits correspondant au montant des contributions salariales mentionnées à l’article L. 5422-9 du même code dues au titre de ce même exercice à l’organisme mentionné au premier alinéa de l’article L. 5427-1, y compris pour les contributions qu’elle prend en charge en application du IV, déduction faite des frais de recouvrement prévus par le dernier alinéa de l’article L. 5422-16. Les branches mentionnées à l’article L. 200-2 du code de la sécurité sociale assurent l’équilibre financier de l’Agence au titre de cette mission, selon une répartition fixée par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en fonction de leurs soldes prévisionnels.
- ③⑦ Les contributions mentionnées à l’alinéa précédent recouvrées en application du *b* et du *e* de l’article L. 5427-1 et par l’organisme mentionné à l’article L. 133-9 du code de la sécurité sociale sont centralisées par l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale, qui en assure le reversement et notifie les produits correspondants dans les conditions définies à l’alinéa précédent.
- ③⑧ VI. – Par dérogation aux dispositions de l’article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, les dispositions du présent article ne donnent pas lieu à compensation intégrale du budget de l’État.
- ③⑨ VII. – Le *b* du 3° du I et le III du présent article sont applicables à Mayotte.

Exposé des motifs

Cet article met en œuvre une des mesures phare du programme présidentiel en matière de distribution de pouvoir d’achat. Elle permet un

allègement sans précédent des prélèvements sur les revenus d'activité en supprimant le paiement de certaines cotisations sociales dues par les actifs.

Pour les travailleurs salariés, la mesure voulue par le Gouvernement vise à supprimer le paiement de la cotisation salariale d'assurance maladie (0,75 %) ainsi que dispenser du paiement des contributions d'assurance chômage (2,40 %), soit une baisse de prélèvements équivalente à 3,15 % de la rémunération brute, sans aucun impact sur les droits sociaux des intéressés. Cette mesure s'appliquera en deux temps au cours de l'année 2018 et se traduira en rythme de croisière par un gain de pouvoir d'achat de 263 euros (après prise en compte de la hausse de CSG) par an pour une personne rémunérée au SMIC ou de 526 euros pour un couple dont chacun des membres est rémunéré au SMIC. Le gain financier de cette mesure sera visible par tous les salariés sur leur fiche de paye dès le mois de janvier 2018.

Pour les travailleurs indépendants, cette mesure se traduit par une quasi-suppression de la cotisation d'allocations familiales et par un accroissement de l'exonération des cotisations d'assurance maladie et maternité. En conséquence, 75 % des entrepreneurs bénéficieront d'une baisse de prélèvements équivalente à celle des salariés, tandis que la mesure sera neutre pour les 25 % les plus aisés.

Cet ensemble de mesures sera financé par l'augmentation du taux de la contribution sociale généralisée (CSG) de 1,7 point, qui s'appliquera à l'ensemble des revenus d'activité, de remplacement et du capital, à l'exception des allocations chômage et des indemnités journalières. En outre, parmi, les retraités, la hausse de CSG ne concernera que les pensionnés dont les revenus sont supérieurs au seuil permettant l'application d'un taux normal de CSG, soit les personnes ayant un revenu fiscal de référence (RFR) au moins égal à 14 375 euros par part (soit une pension au moins égale à 1 400 € par mois pour une personne seule de plus de 65 ans), excluant ainsi de cette hausse les 40 % des retraités ayant les revenus les plus faibles. La hausse de la CSG sera par ailleurs compensée dès 2018 par la réduction d'un tiers du montant de la taxe d'habitation au bénéfice de 80 % des foyers, que les personnes soient actives ou retraitées, proposée dans le projet de loi finances pour 2018.

Par ailleurs, pour les agents publics (contractuels et fonctionnaires), un dispositif de compensation des effets de la hausse de la CSG sera mis en œuvre à compter du 1er janvier 2018, comprenant la suppression de la contribution exceptionnelle de solidarité actuellement acquittée au titre du financement solidaire du risque chômage et le versement de primes.

Au global, cette mesure conduit à redistribuer à terme plus de 7 milliards d'euros aux actifs. Cette bascule des cotisations vers la CSG, recette universelle, plus large puisque portant sur les revenus du travail, du capital et de remplacement, est une mesure de justice sociale qui est cohérente avec l'objectif d'une contribution équitable de l'ensemble des Français au financement de la protection sociale. Elle permet de soutenir le pouvoir d'achat des actifs grâce à la solidarité intergénérationnelle et par la juste contributivité des revenus du capital.

Le relèvement du taux de CSG conduira également à une hausse du taux global des prélèvements sociaux sur les revenus du capital. En ce qui concerne les produits d'épargne qui ne sont pas soumis aux prélèvements sociaux au fil de l'eau, les gains acquis ou constatés avant l'entrée en vigueur continueront à être taxés en fonction des taux de prélèvement qui étaient ceux en vigueur lorsque ces gains ont été constatés. Ces modalités d'entrée en vigueur pourront être précisées lors des débats parlementaires.

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) centralisera, dans le cadre de ses missions de recouvreur des recettes de la sphère sociale, le reversement de la compensation à chaque organisme. S'agissant de l'UNEDIC, il est prévu une compensation à l'euro complètement transparente, puisque les URSSAF reverseront, de manière centralisée par le truchement de l'ACOSS, le montant exact des cotisations déclarées sans appliquer le montant de l'exonération. Ce mécanisme de compensation sera applicable uniquement pour l'année 2018, dans l'attente de l'issue des discussions sur l'avenir de l'assurance chômage prévues en 2018. L'ensemble des opérations de réaffectations de recettes est détaillé dans l'étude d'impact relative à l'article 18.

En conséquence, grâce à la hausse de la CSG, l'absence d'incidence de cette mesure sur le financement de l'assurance chômage sera garantie en 2018, l'UNEDIC bénéficiant d'une prise en charge par le régime général de sécurité sociale des cotisations non recouvrées.

CHAPITRE II

Mesures en faveur de l'emploi et des entrepreneurs

Article 8

- ① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

- ② 1° Après l'article L. 241-2, il est inséré un article ainsi rédigé :
- ③ « Art. L. 241-2-1. - Le taux des cotisations mentionnées au 1° du II de l'article L. 241-2 est réduit de 6 points pour les salariés dont l'employeur entre dans le champ d'application du II de l'article L. 241-13 et dont les rémunérations ou gains n'excèdent pas 2,5 fois le salaire minimum de croissance calculé selon les modalités prévues au deuxième alinéa du III du même article. » ;
- ④ 2° L'article L. 241-13 est ainsi modifié :
- ⑤ a) Le I est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑥ « I. – Les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des assurances sociales et des allocations familiales, les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, les contributions mentionnées à l'article L. 834-1, les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4, les contributions mentionnées au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, les contributions à la charge de l'employeur dues au titre de l'assurance chômage prévues à l'article L. 5422-9 du code du travail qui sont assises sur les rémunérations inférieures au salaire minimum de croissance majoré de 60 % font l'objet d'une réduction dégressive. » ;
- ⑦ b) Au cinquième alinéa, les mots : « définies au même article L. 242-1 » sont remplacés par les mots : « définies au sixième alinéa du présent article » ;
- ⑧ c) Après le sixième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑨ « La rémunération prise en compte pour la détermination du coefficient est celle définie à l'article L. 242-1. Toutefois, elle ne tient compte des déductions au titre de frais professionnels calculées forfaitairement en pourcentage de cette rémunération que dans des limites et conditions fixées par arrêté ministériel. » ;
- ⑩ d) Il est rétabli un VII ainsi rédigé :
- ⑪ « VII. – Le montant de la réduction est imputé, lors de leur paiement, sur les cotisations et contributions mentionnées au premier alinéa du I respectivement déclarées d'une part aux organismes de recouvrement mentionnées aux articles L. 213-1 et L. 752-4 et d'autre part aux institutions mentionnées à l'article L. 922-4 en fonction de la part que

représente le taux de ces cotisations et contributions, tel que retenu pour son établissement, dans la valeur maximale fixée par le décret mentionné au troisième alinéa du III. » ;

- ⑫ e) Le VIII est abrogé ;
- ⑬ 3° L'article L. 243-6-1 est ainsi modifié :
- ⑭ a) Le premier alinéa est précédé par un « I » ;
- ⑮ b) L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« II. – Les dispositions prévues au I sont également applicables lorsque le cotisant est confronté aux interprétations contradictoires retenues par un ou plusieurs des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 ou L. 752-4 d'une part et par une ou plusieurs des institutions mentionnées à l'article L. 922-4 d'autre part concernant sa situation au regard de l'application des dispositions relatives à la réduction dégressive de cotisations sociales prévue à l'article L. 241-13 ou relative à tout point de droit dont l'application est susceptible d'avoir une incidence sur les allègements portant sur les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4. » ;
- ⑰ 4° L'article L. 243-6-2 est ainsi modifié :
- ⑱ a) Le premier alinéa est précédé par un : « I » ;
- ⑲ b) Au premier alinéa, après les mots : « aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 ne peuvent » sont insérés les mots : « demander à réaliser une rectification ou, lors d'un contrôle, » ;
- ⑳ c) L'article est complété par deux alinéas ainsi rédigés :
- ㉑ « II. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux institutions mentionnées à l'article L. 922-4 en tant que l'interprétation admise par les instructions et circulaires mentionnées au I portent sur la législation relative à la réduction dégressive de cotisations sociales mentionnée à l'article L. 241-13 ou sur tout point de droit dont l'application est susceptible d'avoir une incidence sur les allègements portant sur les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4.

- ② « III. – À compter du 1^{er} janvier 2019, un site internet présente l'ensemble des instructions et circulaires relatives à la législation applicable en matière d'allègements et de réductions de cotisations et contributions sociales mises à disposition des cotisants. » ;
- ③ 5° Le premier alinéa du III de l'article L. 243-6-3 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elle est également opposable, dans les mêmes conditions, aux institutions mentionnées à l'article L. 922-4 en tant qu'elle porte sur la législation relative à la réduction dégressive de cotisations sociales mentionnée à l'article L. 241-13 ou sur tout point de droit susceptible d'avoir une incidence sur les allègements portant sur les cotisations à la charge de l'employeur dues aux titres des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4. » ;
- ④ 6° Après l'article L. 243-6-5 sont insérés deux articles ainsi rédigés :
- ⑤ « *Art. L. 243-6-6.* - Lorsqu'une demande d'échéancier de paiement est adressée par un cotisant à un organisme mentionné à l'article L. 213-1 ou L. 752-4, cet organisme la communique, ainsi que sa réponse, à l'institution ou aux institutions mentionnées à l'article L. 922-4 dont le cotisant relève.
- ⑥ « Dans les conditions déterminées par décret, l'octroi d'un échéancier de paiement par un organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 213-1 ou à l'article L. 752-4 emporte également le bénéfice d'un échéancier de paiement similaire au titre des cotisations à la charge de l'employeur restant dues, le cas échéant, aux titres des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4.
- ⑦ Lorsqu'il est statué sur l'octroi à une entreprise d'un plan d'apurement par plusieurs créanciers publics, l'organisme mentionné à l'article L. 213-1 ou L. 752-4 reçoit mandat de la ou des institutions mentionnées à l'article L. 922-4 dont le cotisant relève pour prendre toute décision sur les créances qui la ou qui les concernent, le cas échéant.
- ⑧ « *Art. L. 243-6-7.* – Une convention, approuvée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, est conclue entre un représentant des institutions mentionnées à l'article L. 922-4 et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.
- ⑨ « Elle précise les modalités selon lesquelles les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 et les institutions mentionnées à l'article L. 922-4 mettent à disposition des employeurs ou leur délivrent des

informations de manière coordonnée, notamment, le cas échéant, les constats d'anomalies et les demandes de rectifications qu'ils adressent à la réception et à l'issue de l'exploitation des données de la déclaration mentionnée à l'article L. 133-5-3 et portant sur l'application de la législation relative à la réduction dégressive de cotisations sociales mentionnée à l'article L. 241-13 ou sur tout point de droit dont l'application est susceptible d'avoir une incidence sur les allègements portant sur les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4.

- ③⑩ « Elle précise les modalités selon lesquelles, pour permettre l'application des dispositions de l'alinéa précédent, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale valide les conditions selon lesquelles est effectuée par les organismes et institutions mentionnés à l'alinéa précédent la vérification de l'exactitude et de la conformité à la législation en vigueur des déclarations mentionnées à l'article L. 133-5-3 s'agissant des points mentionnés à cet alinéa.
- ③⑪ « Elle détermine notamment les modalités de coordination entre les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 ou L. 752-4 et les institutions mentionnées à l'article L. 922-4 permettant un traitement coordonné des demandes et réclamations des cotisants ainsi que la formulation de réponses coordonnées, lorsque ces sollicitations portent sur la législation relative à la réduction dégressive de cotisations sociales mentionnée à l'article L. 241-13 ou sur tout point de droit susceptible d'avoir une incidence sur les allègements portant sur les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4.
- ③⑫ « Les organismes et institutions mentionnés à l'alinéa précédent utilisent les données d'un répertoire commun relatif à leurs entreprises cotisantes qui sont nécessaires à la mise en œuvre des dispositions du présent article. » ;
- ③⑬ 7° L'article L. 243-6-6 devient l'article L. 243-6-8 ;
- ③⑭ 8° Le deuxième alinéa de l'article L. 243-7 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les modalités de mise en œuvre des contrôles, de la phase contradictoire et des procédures amiables et contentieuses sont définies de manière à garantir aux entreprises une unicité de procédures applicable pour l'ensemble des cotisations contrôlées en application du présent article. »

- ③⑤ II. – La part des cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4 du code de la sécurité sociale et les contributions à la charge de l'employeur dues au titre de l'assurance chômage prévues à l'article L. 5422-9 du code du travail donnant lieu à la réduction prévue à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant du présent article fait l'objet d'une prise en charge par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale pour les montants correspondant à la part de la réduction qui est imputée sur les cotisations recouvrées en application du VII de l'article L. 241-13.
- ③⑥ Les montants correspondants à cette prise en charge sont versés aux régimes mentionnés à l'article L. 921-4 du code de la sécurité sociale après transmission par ces derniers des justificatifs nécessaires à leur établissement. Pour les contributions à la charge de l'employeur prévues à l'article L. 5422-9 du code du travail, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la notification et le versement des contributions encaissées sans tenir compte de la part de la réduction imputée sur celles-ci.
- ③⑦ La prise en charge de la part exonérée des cotisations recouvrées en application du *b* et du *e* de l'article L. 5427-1 du code du travail et par l'organisme mentionné à l'article L. 133-9 du code de la sécurité sociale 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. 5422-9 du code du travail.
- ③⑧ Les branches mentionnées à l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale assurent l'équilibre financier de l'agence au titre de cette mission, selon une répartition fixée par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en fonction de leur soldes prévisionnels.
- ③⑨ III. – À l'article L. 741-1 du code rural et de la pêche maritime, après la référence : « L. 241-2 », sont insérés les mots : « , L. 241-2-1 et L. 241-3 du même code ».
- ④⑩ IV. – Le présent article s'applique aux cotisations et contributions dues pour les périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2019.

Exposé des motifs

Entré en vigueur en 2013, le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) a constitué un apport indéniable à la reprise économique en soutien des entreprises. Toutefois, si une partie importante du dispositif a permis aux entreprises de reconstituer leurs marges, les effets sur l'emploi seraient relativement limités, tandis que les employeurs ont pu critiquer une certaine complexité du dispositif, qui réside essentiellement dans le mécanisme même d'imputation en année décalée du crédit d'impôt. En outre, malgré un effort important de baisses de charges menées dans le précédent quinquennat, il reste encore un nombre important de contributions sociales qui ne sont pas exonérées au SMIC, ce qui pèse encore sur le coût du travail.

Conformément aux orientations du programme présidentiel, le Gouvernement souhaite remédier à cette situation en transformant à compter de 2019 le CICE en baisse de cotisations sociales pérennes pour les entreprises et dont elles pourront bénéficier de façon immédiate.

Cette transformation prendra la forme, à compter du 1er janvier 2019, d'un allègement permanent de cotisations sociales de 6 points pour les rémunérations n'excédant pas 2,5 SMIC. En outre, le Gouvernement souhaite faciliter encore davantage l'embauche des salariés peu qualifiés et rémunérés au SMIC en renforçant le dispositif des allègements généraux d'environ 10 points afin d'exonérer totalement, au niveau du SMIC, des cotisations et contributions sociales acquittées par toutes les entreprises. Ce renforcement orienté vers les plus bas salaires portera sur les cotisations patronales dues au titre du risque chômage et de la retraite complémentaire. Cela représentera ainsi un renforcement d'un tiers des exonérations au niveau du SMIC rapprochant ainsi fortement le coût net d'un emploi de son coût brut en particulier pour les petites entreprises, ces dernières étant par ailleurs non soumises à plusieurs contributions sociales.

Au titre de l'année 2019, les entreprises verront par ailleurs ces mesures se cumuler avec le bénéfice du CICE versé au titre de l'année 2018, offrant ainsi un apport sans précédent aux employeurs.

Dans le secteur de l'économie sociale et solidaire qui ne bénéficiait pas du CICE, ces baisses de cotisations leur seront très favorables, y compris avec la suppression, également prévue, du crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires (CITS) dont le niveau est inférieur (4 %). La conversion du CITS en réduction de cotisations patronales permettra au secteur non-lucratif

d'économiser 1,4 milliards d'euros chaque année à partir de 2019, soit trois fois plus que l'impact actuel du CITS.

En conséquence, ces mesures représenteront à horizon 2019 une baisse de charges supplémentaires de près 1 800 euros par an et par salarié, lorsque celui-ci est payé au SMIC. L'ensemble des baisses de charges leur seront désormais accordées au moment du paiement des salaires, ce qui pourra les inciter à faire de nouvelles embauches ou à investir dans de nouveaux projets ou équipements.

Le présent article prévoit dans son I la mise en œuvre opérationnelle de ces nouvelles réductions de cotisations sociales. Les allègements généraux portant dorénavant à la fois sur les cotisations et contributions recouvrées par les URSSAF et celles recouvrées par les régimes complémentaires obligatoire, le présent article précise en outre les modalités de coordination entre les deux réseaux qui sont indispensables pour ne pas faire supporter par les employeurs les conséquences d'éventuelles discordances dans l'application concrète des allègements par les différents organismes.

Les conséquences de ces allègements sur les ressources des régimes sociaux feront l'objet d'une compensation dont les modalités devront être examinées dans le courant de l'année 2018 en concertation avec l'ensemble des parties prenantes. Afin de tenir compte des exigences de la loi organique imposant de justifier l'impact du dispositif sur l'équilibre financier des régimes de sécurité sociale, le II de l'article retient, à titre conventionnel, un dispositif de compensation prenant la forme d'une prise en charge par l'ACOSS des pertes de recettes imputables aux affectataires, moyennant l'affectation à l'agence d'une recette en loi de finances. Le dispositif de compensation ainsi proposé correspond donc à une hypothèse de travail qui ne préempte pas les concertations à venir.

La discussion dès cet automne de ces mesures permet au Parlement de disposer d'une vue d'ensemble des baisses de prélèvements dont bénéficieront les entreprises en contrepartie de la suppression du CICE, et assure une visibilité suffisante aux entreprises.

Enfin, ce renforcement très significatif des allègements généraux de cotisations appelle un réexamen des autres dispositifs d'exonération ciblés (exonérations en outre-mer, dit LODEOM ; travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi, dit TO-DE ; exonérations zonées ; contrats aidés ou soutenus en faveur de l'insertion par l'activité économique) qui sera effectué de manière approfondie dans le cadre des lois financières pour 2019, en vue soit d'une révision soit d'une extinction de ces dispositifs dès

lors que certains deviendront pour la plupart des bénéficiaires moins favorables que le droit commun.

Article 9

- ① I. – Au chapitre I^{er} du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, il est créé une section VI intitulée « Exonération de début d'activité de création ou reprise d'entreprise » et l'article L. 161-1-1, déplacé dans cette section, devient l'article L. 131-6-4 et est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa, la première phrase est remplacée par l'alinéa suivant :
- ③ « I. - Bénéficient des exonérations des cotisations dues aux régimes d'assurance maladie, maternité, veuvage, vieillesse, invalidité et décès et d'allocations familiales dont elles sont redevables au titre de l'exercice de leur activité les personnes qui créent ou reprennent une activité professionnelle ou entreprennent l'exercice d'une autre profession non salariée, soit à titre indépendant relevant de l'article L. 611-1 du présent code ou de l'article L. 722-4 du code rural et de la pêche maritime, soit sous la forme d'une société, à condition d'en exercer effectivement le contrôle, notamment dans le cas où cette création ou reprise prend la forme d'une société mentionnée aux 11°, 12° ou 23° de l'article L. 311-3 du présent code ou aux 8° ou 9° de l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime. » ;
- ④ 2° Avant les mots : « Lorsque le revenu ou la rémunération est inférieur ou égal aux trois quarts », il est inséré le nouvel alinéa suivant :
- ⑤ « II. – L'exonération mentionnée au I est accordée pour une période de douze mois, pour une fraction et dans la limite d'un plafond de revenus ou de rémunérations fixées par décret. » ;
- ⑥ 3° L'article est complété par deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑦ « III. – Le bénéfice de cette exonération ne peut être cumulé avec tout autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable à ces cotisations, à l'exception de ceux prévus aux articles L. 613-1 et 621-3.
- ⑧ « IV. – Une personne ne peut bénéficier de cette exonération pendant une période de trois années à compter de la date à laquelle elle a cessé d'en bénéficier au titre d'une activité antérieure. »

- ⑨ II. – Le chapitre I^{er} du titre IV du livre I^{er} de la cinquième partie du code du travail est ainsi modifié :
- ⑩ 1° L'intitulé de la section 1 est remplacé par l'intitulé suivant : « Bénéficiaires» ;
- ⑪ 2° Au premier alinéa de l'article L. 5141-1, les mots : « Peuvent bénéficier des exonérations de cotisations de sécurité sociale prévues à l'article L. 161-1-1 du code de la sécurité sociale, » sont remplacés par les mots : « Peuvent bénéficier d'aides à la création ou à la reprise d'entreprise, dans les conditions prévues au présent chapitre, ».
- ⑫ III. – Le présent article s'applique aux cotisations et contributions sociales dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2019 pour les créations et reprises d'entreprise intervenues à compter de cette même date.

Exposé des motifs

Conformément aux engagements du programme présidentiel, le Gouvernement souhaite mettre en place des mesures d'allègement de charges en faveur des travailleurs indépendants qui s'engagent dans une aventure entrepreneuriale. Une « année blanche » pour tous les créateurs et repreneurs d'entreprises sera ainsi accordée afin de faciliter l'amorçage des nouvelles entreprises et de soutenir les modèles économiques encore fragiles.

La présente mesure vise à mettre en place à compter du 1er janvier 2019 un dispositif généralisé d'exonération de l'ensemble des cotisations de sécurité sociale dont sont redevables les créateurs et repreneurs d'entreprise au titre de leur début d'activité.

Cette exonération prendra la forme d'un élargissement des conditions d'éligibilité à l'exonération actuellement accordée aux seuls chômeurs créateurs et repreneurs d'entreprise (exonération ACCRE). Ce dispositif bénéficiera à tous les entrepreneurs ayant un revenu annuel net inférieur à 40 000 euros au titre de la première année d'activité. Pour les micro-entrepreneurs, l'exonération permettra un accompagnement dégressif sur trois ans du développement de leur activité.

En conséquence, ce sont plus de 350 000 créateurs d'entreprises qui seront à terme nouvellement bénéficiaires de cette exonération, en plus des 250 000 bénéficiaires actuels. Ce soutien est massif puisqu'il peut représenter par exemple, pour un travailleur indépendant ayant réalisé un

revenu net de 30 000 euros au titre de sa première année d'activité, un gain net de plus de 9 500 euros.

Cette mesure s'accompagne pour les entrepreneurs des mesures d'allègements pérennes de leurs prélèvements sociaux, qui permettront non seulement de compenser le surcoût de la hausse de CSG mais également d'accorder du pouvoir d'achat net pour les trois quarts des indépendants.

Un ensemble de mesures de simplification sera également octroyé dans le cadre de la transformation du RSI. A la suite de l'adossement du RSI au régime général, les URSSAF désigneront pour chaque créateur d'entreprise un interlocuteur dédié, qui accompagnera personnellement l'entrepreneur dans la période de lancement de son activité. Il sera la porte d'entrée « unique » pour les questions relatives aux cotisations et assurera au besoin le relais avec les autres services.

Enfin, cette réforme s'accompagne du doublement des plafonds de chiffres d'affaires pour bénéficier du régime micro-fiscal, prévue dans le projet de loi de finances pour 2018 et qui s'appliquera également au régime micro-social. Cette disposition doit permettre à davantage d'indépendants de bénéficier de démarches simplifiées pour le paiement des prélèvements sociaux et fiscaux. La franchise de TVA restera inchangée, afin d'éviter toute concurrence déloyale entre les petites entreprises au régime micro et celles dépassant le seuil.

Article 10

- ① I. - L'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au 35°, les mots : « l'article L. 324-1 du code du tourisme. » sont remplacés par les mots : « l'article L. 324-1 du code du tourisme ; »
- ③ 2° Après le 35°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « 36° Les particuliers qui font appel pour leur usage personnel à d'autres particuliers pour effectuer de manière ponctuelle un service de conseil ou de formation en contrepartie d'une rémunération au sens de l'article L. 242-1, pour des activités dont la durée et la nature sont définies au décret mentionné au 8° de l'article L. 133-5-6. »
- ⑤ II. - Le chapitre III du titre III du livre III du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

- ⑥ 1° L'article L. 133-5-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑦ a) Au 3°, après les mots : « Les particuliers » sont insérés les mots : « mentionnés à l'article L. 7221-1 du code du travail » et les mots : « relevant du champ des services à la personne mentionnés à l'article L. 7231-1 du code du travail » sont remplacés par les mots : « à l'exception de ceux mentionnés au 4° » ;
- ⑧ b) Après le 7°, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑨ « 8° Les particuliers qui font appel pour leur usage personnel à d'autres particuliers pour effectuer de manière ponctuelle un service de conseil ou de formation en contrepartie d'une rémunération au sens de l'article L. 242-1. Un décret précise la durée et les activités entrant dans le champ d'application du présent alinéa ;
- ⑩ « 9° Les personnes dont l'activité consiste à mettre en relation un particulier avec un salarié, un stagiaire aide familial placé au pair, un accueillant familial ou une personne effectuant un service mentionnée au 8°, lorsqu'elles sont mandatées par ce particulier pour effectuer tout ou partie des démarches mentionnées aux articles L. 133-5-7 et L. 133-5-8. » ;
- ⑪ c) Au dernier alinéa, après les mots : « Lorsqu'un employeur » sont insérés les mots : « mentionné au 1°, 2° ou 5° » ;
- ⑫ 2° L'article L. 133-5-7 du même code est ainsi modifié :
- ⑬ a) Au premier alinéa, le mot : « employeurs » est remplacé par les mots : « personnes les utilisant » ;
- ⑭ b) Au 2°, après le mot : « Satisfaire » sont insérés les mots : « , le cas échéant, » ;
- ⑮ 3° L'article L. 133-5-8 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑯ « *Art. L. 133-5-8.* – Toute personne utilisant un des dispositifs simplifiés mentionnés à l'article L. 133-5-6 est tenue de procéder par voie dématérialisée à son adhésion, à l'identification du salarié, du stagiaire aide familial placé au pair, de l'accueillant familial ou du particulier mentionné au 8° de l'article L. 133-5-6 qui a effectué un service, à la déclaration des rémunérations dues ainsi qu'au paiement des cotisations et contributions sociales dues.

- ⑰ « Cette personne est tenue de procéder, au plus tard à une date fixée par décret, à la déclaration des rémunérations dues au titre de chaque mois au cours duquel une activité a été effectuée par une des personnes mentionnées à l’alinéa précédent.
- ⑱ « L’employeur ou le particulier ayant recours à ces dispositifs et son salarié, son stagiaire aide familial placé au pair, son accueillant familial ou le particulier qui effectue un service mentionné au 8° de l’article L. 133-5-6 reçoivent, le cas échéant et chacun pour ce qui les concerne, par voie dématérialisée, un décompte des cotisations et contributions, une attestation fiscale et le bulletin de paie mentionné à l’article L. 3243-2 du code du travail ou, à destination des accueillants familiaux mentionnés au 7° de l’article L. 133-5-6 du présent code, le relevé mensuel des contreparties financières définies à l’article L. 442-1 du code de l’action sociale et des familles. La délivrance du bulletin de paie par l’organisme de recouvrement au salarié se substitue à sa remise par l’employeur prévue à l’article L. 3243-2 du code du travail. Les modalités de ces transmissions sont fixées par décret.
- ⑲ « Par dérogation au présent article, lorsqu’ils ne sont pas en capacité de procéder à ces déclarations et formalités par voie dématérialisée, les personnes mentionnées aux 3°, 5°, 6° et 7° de l’article L. 133-5-6 peuvent, après demande formulée auprès de l’organisme mentionné à l’article L. 133-5-10, y procéder sur des supports papier et recevoir les documents mentionnés au troisième alinéa sur papier également. » ;
- ⑳ 4° Au premier alinéa de l’article L. 133-5-10 du même code, après les mots : « contributions dues par les employeurs » sont ajoutés les mots : « ou les particuliers » et il est ajouté un dernier alinéa à cet article ainsi rédigé :
- ㉑ « Les particuliers qui effectuent de manière ponctuelle un service à d’autres particuliers au titre du 8° de l’article L.133-5-6 sont informés par l’organisme mentionné au premier alinéa qu’ils peuvent être tenus, le cas échéant, d’effectuer d’autres formalités de nature fiscale, sociale ou économique auprès d’autres administrations ou organismes, pour exercer leur activité dans les conditions prévues par la législation en vigueur. »
- ㉒ III. - L’article L. 1271-2 du code du travail est abrogé.
- ㉓ IV. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2019.

Exposé des motifs

La mesure vise à poursuivre la modernisation et l'extension des offres de titres simplifiés pour les petits déclarants, et plus particulièrement les particuliers qui exercent une activité au domicile d'autres particuliers et qui sont actuellement, en raison de leur type d'activité ou du cadre dans lequel ils exercent, non éligibles au chèque emploi service universel (CESU). Cette mesure, en facilitant les démarches sociales réalisées par les particuliers, permettra d'améliorer les droits sociaux des bénéficiaires tout en mettant à disposition de ces « petits déclarants » une offre de service adaptée facilitant la déclaration de leur activité auprès des URSSAF.

Article 11

- ① I. - Le livre II du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Les quatre premiers alinéas de l'article L. 200-1 sont remplacés par les dispositions suivantes :
- ③ « Le régime général de sécurité sociale couvre :
- ④ « 1° D'une part, pour le versement des prestations en espèces mentionnées à l'article L. 311-1, les personnes salariées ou assimilées visées aux articles L. 311-2, L. 311-3, L. 311-6, L. 381-1, L. 382-1 et L. 382-31 et, d'autre part, pour le versement des prestations en espèces au titre des assurances maladie, maternité, paternité et vieillesse, les personnes non salariées visées respectivement aux articles L. 611-1 et L. 631-1 ;
- ⑤ « 2° Au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, les personnes visées aux articles L. 412-1, L. 412-2 et L. 412-9 ;
- ⑥ « 3° Au titre des prestations familiales, les personnes visées à l'article L. 512-1 ;
- ⑦ « 4° Au titre de la protection universelle maladie, telle que définie à l'article L. 160-1, les personnes mentionnées au 1° et aux articles L. 381-4, L. 381-20, L. 381-25, L. 381-30 ainsi que les personnes inactives rattachées aux organismes du régime général en application des dispositions du premier alinéa de l'article L. 160-17. » ;
- ⑧ 2° Les cinq derniers alinéas de l'article L. 200-2 sont supprimés ;
- ⑨ 3° À l'article L. 200-3, les deux occurrences des mots : « des travailleurs salariés » sont supprimées ;

- ⑩ 4° L'article L. 211-1 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑪ « *Art. L. 211-1.* – Les caisses primaires d'assurance maladie assurent la prise en charge des frais de santé et le service des prestations d'assurance maladie, maternité, paternité, invalidité, décès et d'accidents du travail et maladies professionnelles dont bénéficient dans leur circonscription les assurés salariés et non-salariés, ainsi que les autres personnes mentionnées aux 1° et 4° de l'article L. 200-1. » ;
- ⑫ 5° L'article L. 213-1 est ainsi modifié :
- ⑬ a) Au 1°, le mot : « assurés » est remplacé par les mots : « salariés ou assimilés » ;
- ⑭ b) Au 3°, les mots : « Avec les caisses de base du régime social des indépendants, le recouvrement » sont remplacés par les mots : « Le recouvrement », et les mots : « dans les conditions prévues aux articles L. 133-1-2, L. 133-1-3 et L. 133-5-2 » sont remplacés par les mots : « autres que celles mentionnées aux articles L. 642-1 et L. 723-3 » ;
- ⑮ c) Après le 6°, il est inséré un 7° ainsi rédigé :
- ⑯ « 7° La mise en œuvre des décisions prises par les instances régionales de la protection sociale des travailleurs indépendants destinées à venir en aide aux travailleurs indépendants qui éprouvent des difficultés pour régler leurs cotisations et contributions sociales. » ;
- ⑰ 6° Après le 4° de l'article L. 215-1, il est inséré un 4° *bis* ainsi rédigé :
- ⑱ « 4° *bis* Mettent en œuvre les décisions prises par les instances régionales du conseil mentionné à l'article L. 612-1 destinées à venir en aide aux travailleurs indépendants en vue de leur retraite ; »
- ⑲ 7° L'article L. 221-1 est ainsi modifié :
- ⑳ a) Au premier alinéa, les mots : « des travailleurs salariés » sont supprimés ;
- ㉑ b) Au dernier alinéa, les mots : « des travailleurs salariés » sont supprimés et la phrase est complétée par les mots : « , et des données relatives aux services rendus aux travailleurs indépendants. » ;
- ㉒ 8° L'article L. 221-3-1 est ainsi modifié :

- ②③ a) Au dixième alinéa, les mots : « des travailleurs salariés » sont supprimés ;
- ②④ b) Le dernier alinéa est complété par les mots suivants : « ainsi que, s’agissant des travailleurs indépendants, du service rendu à ces assurés au conseil mentionné à l’article L. 612-1. » ;
- ②⑤ 9° L’article L. 222-1 est ainsi modifié :
- ②⑥ a) Au premier alinéa, après les mots : « d’assurance vieillesse » sont insérés les mots : « gère la branche mentionnée au 3° de l’article L. 200-2 et, à cet effet, » ;
- ②⑦ b) Le 1° est remplacé par les dispositions suivantes :
- ②⑧ « 1° De veiller à l’équilibre financier de cette branche. À ce titre, elle établit les comptes consolidés de celle-ci, assure en lien avec l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement des organismes locaux, effectue le règlement de toute opération relevant de cette branche dont la responsabilité n’est pas attribuée aux organismes locaux » ;
- ②⑨ c) Au 2°, après les mots : « des travailleurs salariés » sont insérés les mots : « et des non-salariés » ;
- ③⑩ d) Le 4° est complété par les dispositions suivantes : « et de mettre en œuvre, pour les travailleurs indépendants, les décisions prises dans le même domaine par les instances régionales du conseil mentionné à l’article L. 612-1 ; »
- ③⑪ e) Au 5°, les mots : « des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « du régime général » ;
- ③⑫ f) Le 6° est abrogé ;
- ③⑬ 10° L’article L. 223-1 est ainsi modifié :
- ③⑭ a) Au premier alinéa, après les mots : « des allocations familiales » sont insérés les mots : « gère la branche mentionnée au 4° de l’article L. 200-2 et, à cet effet, » ;
- ③⑮ b) Le 1° est remplacé par les dispositions suivantes :
- ③⑯ « 1° De veiller à l’équilibre financier de cette branche. À ce titre, elle établit les comptes consolidés de celle-ci, assure en lien avec l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement des organismes

locaux, effectue le règlement de toute opération relevant de cette branche dont la responsabilité n'est pas attribuée aux organismes locaux » ;

- ③7 c) Le 4° est abrogé ;
- ③8 11° À l'article L. 225-1-1, le 2° est remplacé par les dispositions suivantes :
- ③9 « 2° De définir, pour les travailleur salariés et non-salariés, ses orientations en matière de contrôle et de recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale ainsi que de coordonner et de vérifier leur mise en œuvre par les organismes locaux. » ;
- ④0 12° À l'article L. 227-1, après le dixième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ④1 « Les conventions relatives aux branches mentionnées aux 1° et 3° de l'article L. 200-2 et celle relative aux organismes du régime général chargés du recouvrement identifient les objectifs et actions dédiés au service des prestations et au recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants. » ;
- ④2 13° L'intitulé du chapitre III du titre III est remplacé par l'intitulé suivant : « Dispositions propres au service des prestations et au recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants » ;
- ④3 14° Il est inséré au sein du chapitre mentionné au 13° un article L. 233-1 ainsi rédigé :
- ④4 « *Art. L. 233-1.* - Les missions que les organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 215-1, L. 222-1, L. 225-1 et L. 752-4 exercent auprès des travailleurs indépendants le sont dans le cadre d'un schéma stratégique d'organisation établi conjointement par les directeurs des organismes mentionnés aux articles L. 222-1 et L. 225-1 et approuvé par les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. Celui-ci fixe les orientations et les modalités d'organisation permettant :
- ④5 « – d'assurer une bonne articulation des activités réalisées auprès des travailleurs indépendants des organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 215-1 et L. 752-4 qui le nécessitent, notamment l'accueil et l'accompagnement des assurés, la réception de leurs demandes, l'instruction de leurs demandes d'action sociale, l'enregistrement et la fiabilisation des droits futurs que le paiement de leurs cotisations permet d'ouvrir ;

- ④⑥ « – de sécuriser l’atteinte des objectifs de qualité de service fixés par les conventions mentionnées à l’article L. 227-1 en ce qui concerne les assurés mentionnés au premier alinéa. »
- ④⑦ II. – L’intitulé du livre VI du code de la sécurité sociale est remplacé par l’intitulé : « Dispositions applicables aux non-salariés », et ce livre est ainsi modifié :
- ④⑧ 1° L’intitulé du titre I^{er} est remplacé par l’intitulé : « Dispositions générales », l’intitulé de son premier chapitre est remplacé par l’intitulé : « Champ d’application », et la subdivision de ce dernier en sections est supprimée ;
- ④⑨ 2° L’article L. 613-1 devient l’article L. 611-1 et son premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑤⑩ « Sous réserve des dispositions de l’article L. 671-1, les dispositions du présent livre s’appliquent aux personnes suivantes : » ;
- ⑤⑪ 3° L’intitulé du chapitre II du même titre est remplacé par l’intitulé : « Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants », et sa subdivision en sections est supprimée ;
- ⑤⑫ 4° Les articles L. 612-1 à L. 612-6 sont remplacés par les dispositions suivantes :
- ⑤⑬ « *Art. L. 612-1.* - Le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants a pour rôle :
- ⑤⑭ « 1° De veiller, sans préjudice des prérogatives des organismes mentionnés aux articles L. 641-1 et L. 723-1, à la bonne application aux travailleurs indépendants des règles du présent code relatives à leur protection sociale et à la qualité du service rendu aux travailleurs indépendants par les organismes assurant le recouvrement des cotisations et le service des prestations ;
- ⑤⑮ « 2° De déterminer des orientations générales relatives à l’action sanitaire et sociale déployée spécifiquement en faveur des travailleurs indépendants ; ces orientations sont soumises pour approbation à l’autorité compétente de l’État ;
- ⑤⑯ « 3° De piloter le régime complémentaire d’assurance vieillesse obligatoire et le régime invalidité-décès des travailleurs indépendants et la gestion du patrimoine y afférent ;

- ⑤7 « 4° D’animer, coordonner et contrôler l’action des instances régionales de la protection sociale des travailleurs indépendants.
- ⑤8 « Le conseil peut faire au ministre chargé de la sécurité sociale toute proposition de modification législative ou réglementaire dans son domaine de compétence. Il peut être saisi par le ministre chargé de la sécurité sociale de toute question relative à la protection sociale des travailleurs indépendants. Il est saisi pour avis des projets de loi de financement de la sécurité sociale, ainsi que des projets de mesures législatives ou réglementaires lorsque celles-ci concernent spécifiquement la sécurité sociale des travailleurs indépendants.
- ⑤9 « Les organismes mentionnés aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 225-1 rendent compte au moins une fois par an de la qualité de service rendu aux travailleurs indépendants. Le conseil national rend un avis sur la qualité de ce service et formule, le cas échéant, des recommandations d’évolution ou d’amélioration de celui-ci.
- ⑥0 « Le conseil peut en outre formuler des recommandations relatives à la mise en œuvre par les organismes mentionnés aux articles L. 211-1 et L. 752-4 d’actions de prévention menées plus particulièrement à destination des travailleurs indépendants.
- ⑥1 « Le conseil formule également des propositions relatives notamment à la politique de services rendus aux travailleurs indépendants, qui sont transmises aux caisses nationales du régime général en vue de la conclusion des conventions d’objectifs et de gestion prévues à l’article L. 227-1 et notamment leur partie relative aux objectifs et actions mentionnés au onzième alinéa de ce même article.
- ⑥2 « *Art. L. 612-2.* - Le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants est un organisme de droit privé doté de la personnalité morale.
- ⑥3 « Il est doté d’une assemblée générale délibérante et d’un directeur nommé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.
- ⑥4 « Il dispose également d’instances régionales dans les conditions définies à l’article L. 612-4.
- ⑥5 « Les dispositions des articles L. 217-2, L. 231-5, L. 231-12, L. 272-1, L. 272-2-1, L. 281-1 et L. 281-3 s’appliquent au conseil et aux membres de son assemblée générale et de des instances régionales. Les délibérations de

l'assemblée générale et de ses instances régionales sont respectivement soumises à l'application des dispositions des articles L. 224-10 et L. 151-1.

- ⑥⑥ « *Art. L. 612-3.* - L'assemblée générale du conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants comprend :
- ⑥⑦ « 1° Des représentants des travailleurs indépendants, désignés par les organisations professionnelles représentatives de ces travailleurs au niveau national, telles qu'elles sont définies à l'article L. 612-6 ;
- ⑥⑧ « 2° Des personnalités qualifiées, désignées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.
- ⑥⑨ « L'État est représenté auprès du conseil d'administration par des commissaires du gouvernement.
- ⑦⑩ « Participent également aux réunions, en fonction de l'ordre du jour, les directeurs ou directeurs généraux des organismes mentionnés aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 225-1 ou leurs représentants.
- ⑦⑪ « L'assemblée générale désigne parmi ses membres une personne titulaire et une personne suppléante qui la remplace en cas d'empêchement pour représenter le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants au sein du conseil ou du conseil d'administration des organismes mentionnés à l'alinéa précédent. Cette personne dispose dans ce conseil ou ces conseils d'administration d'une voix consultative. L'assemblée générale procède aux autres désignations nécessaires à la représentation des travailleurs indépendants dans les instances ou organismes au sein desquels ceux-ci sont amenés à siéger.
- ⑦⑫ « *Art. L. 612-4.* - Les instances régionales de la protection sociale des travailleurs indépendants sont composées de représentants des travailleurs indépendants désignés par les organisations professionnelles représentatives de ces travailleurs au niveau national.
- ⑦⑬ « Le ressort géographique de ces instances est la circonscription administrative régionale en métropole et à La Réunion. Toutefois, une délibération de l'assemblée générale mentionnée à l'article L. 612-3 peut prévoir qu'une instance régionale couvre plusieurs de ces circonscriptions. Une instance unique est mise en place pour les autres collectivités mentionnées à l'article L. 751-1.
- ⑦⑭ « Les instances régionales décident de l'attribution des aides et prestations individuelles en matière d'action sanitaire et sociale accordées

aux travailleurs indépendants dans le cadre des orientations définies par le conseil mentionné à l'article L. 612-1. Les demandes sont déposées auprès des organismes locaux et régionaux du régime général, qui les instruisent, saisissent les instances régionales pour décision et procèdent au paiement des aides et prestations attribuées.

- ⑦⑤ « Au sein des conseils et conseils d'administration des caisses mentionnées aux articles L. 211-1, L. 213-1, L. 215-1, L. 215-5, L. 216-5 et L. 752-4, un membre de l'instance régionale de la protection sociale des travailleurs indépendants de la région dans laquelle se situe ces caisses, désigné par cette instance, représente le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants. Il dispose dans ces conseils et conseils d'administration d'une voix consultative. Les instances régionales de la protection sociale des travailleurs indépendants procèdent aux autres désignations nécessaires à la représentation des travailleurs indépendants dans les instances ou organismes au sein desquels ceux-ci sont amenés à siéger.
- ⑦⑥ « Les instances régionales désignent en outre un médiateur chargé d'accompagner dans leur circonscription les travailleurs indépendants amenés à former une réclamation relative au service de leurs prestations de sécurité sociale ou au recouvrement de leurs cotisations par les organismes du régime général.
- ⑦⑦ « *Art. L. 612-5.* - Les dépenses nécessaires à la gestion administrative du conseil mentionné à l'article L. 612-1 et celles nécessaires à la mise en œuvre de l'action sanitaire et sociale mentionnée au même article, sont couvertes par des dotations annuelles attribuées par les branches mentionnées au 1° et au 3° de l'article L. 200-2 et les régimes mentionnés aux articles L. 635-1 et L. 635-5.
- ⑦⑧ « Le montant global de chacune des deux dotations est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget après avis du conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants.
- ⑦⑨ « Le conseil mentionné à l'article L. 612-1 procède à la répartition de la dotation nécessaire à la mise en œuvre de l'action sanitaire et sociale mentionnée au 2° du même article attribuée à chaque instance régionale.
- ⑧⑩ « Un décret fixe les modalités de répartition de ces dotations entre les branches et régimes mentionnés au premier alinéa du présent article.

- ⑧① « *Art. L. 612-6.* – Peuvent désigner des membres au sein des instances mentionnées aux articles L. 612-3 et L. 612-4 en application, respectivement, du 1° et du premier alinéa de ces deux articles, les organisations qui en expriment la demande, lorsqu’elles remplissent cumulativement les critères suivants :
- ⑧② « 1° Le respect des valeurs républicaines ;
- ⑧③ « 2° L’indépendance ;
- ⑧④ « 3° La transparence financière ;
- ⑧⑤ « 4° Une ancienneté minimale de deux ans. Cette ancienneté s’apprécie à compter de la date de dépôt légal des statuts ;
- ⑧⑥ « 5° L’influence, prioritairement caractérisée par l’activité et l’expérience ;
- ⑧⑦ « 6° L’audience, qui se mesure en fonction du nombre de travailleurs indépendants volontairement adhérents.
- ⑧⑧ « Un décret en conseil d’État précise les conditions d’appréciation de ces critères, les modalités de recueil et d’examen des candidatures préalables à ces désignations et la règle permettant d’établir, sur la base de l’audience mentionnée au 6°, le nombre de membres que chaque organisation peut désigner pour siéger au sein de l’assemblée générale et des instances mentionnées aux articles L. 612-3 et L. 612-4. » ;
- ⑧⑨ 5° Le chapitre III du même titre est ainsi modifié :
- ⑨① a) L’intitulé du chapitre est remplacé par l’intitulé : « Dispositions relatives au financement communes à l’ensemble des indépendants » ;
- ⑨② b) L’intitulé de la section première est remplacé par l’intitulé : « Cotisations d’allocations familiales », et sa subdivision en sous-sections est supprimée ;
- ⑨③ c) L’intitulé de la section 2 est remplacé par l’intitulé : « Modernisation et simplification des formalités », sa subdivision en sous-sections est supprimée, et sont insérés dans cette section les articles L. 613-2 à L. 613-5 tels qu’ils résultent des *d* à *g* du présent 5° ;
- ⑨④ d) L’article L. 133-5-2 devient l’article L. 613-2 ;

- 94) e) L'article L. 133-6-7 devient l'article L. 613-3, et les mots : « Les personnes exerçant une activité non salariée non agricole mentionnées » sont remplacés par les mots : « Les travailleurs indépendants mentionnés » ;
- 95) f) L'article L. 133-6-7-1 devient l'article L. 613-4, et les mots : « au régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « à la sécurité sociale » ;
- 96) g) L'article L. 133-6-7-2 devient l'article L. 613-5, les mots : « non agricoles » sont supprimés, et la référence : « L. 613-7-1 » est remplacée par la référence : « L. 613-9 » ;
- 97) h) L'intitulé de la section 3 est remplacé par l'intitulé : « Dispositions diverses » et sa subdivision en sous-sections est supprimée ;
- 98) i) L'article L. 131-6-3 devient l'article L. 613-9 et est inséré dans la section mentionnée au *h* et en son sein les mots : « de leur part effectuée dans les conditions fixées par décret, les montants minimaux de cotisation prévus, pour les personnes mentionnées au 2° de l'article L. 611-1, au deuxième alinéa de l'article L. 612-13 et L. 633-10 » sont remplacés par les mots : « de la part des travailleurs indépendants effectuée dans des conditions fixées par décret, les montants minimaux de cotisations prévus aux articles L. 621-1, L. 622-2 et L. 633-1 » ;
- 99) 6° L'intitulé du chapitre V du même titre est remplacé par l'intitulé : « Contrôle et sanctions », sa subdivision en sections est supprimée, et sont insérés dans ce chapitre les articles L. 615-1 à L. 615-5 tels qu'ils résultent des *a* à *e* du présent 6° ;
- 100) a) L'article L. 652-7 devient l'article L. 615-1 ;
- 101) b) L'article L. 637-1 devient l'article L. 615-2, et est ainsi modifié :
- 102) – au premier alinéa, après les mots : « personnes » sont insérés les mots : « mentionnées à l'article L. 611-1 » ;
- 103) – au dernier alinéa, les mots : « du régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « d'assurance maladie et maternité et d'assurance vieillesse auprès desquelles sont affiliés les travailleurs indépendants » ;
- 104) c) L'article L. 637-2 devient l'article L. 615-3 ;

- ⑩⑤ d) L'article L. 652-4 devient l'article L. 615-4, et son premier alinéa est ainsi modifié :
- ⑩⑥ – les mots : « toute personne légalement tenue » sont remplacés par les mots : « tout travailleur indépendant légalement tenu » ;
- ⑩⑦ – les mots : « institué par le présent livre » sont supprimés ;
- ⑩⑧ – il est complété par la phrase : « Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les contrats d'assurance complémentaire en matière de santé. » ;
- ⑩⑨ e) Il est complété par un article L. 615-5 ainsi rédigé :
- ⑩⑩ « *Art. L. 615-5.* - Les dispositions du chapitre VII du titre VII du livre III sont applicables aux prestations servies aux bénéficiaires du présent livre. » ;
- ⑩⑪ 7° L'intitulé du titre II est remplacé par l'intitulé : « Assurance maladie, maternité » ;
- ⑩⑫ 8° Le chapitre I^{er} de ce titre est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑩⑬ « *CHAPITRE I^{ER}*
- ⑩⑭ « *Cotisations*
- ⑩⑮ « *Art. L. 621-1.* – Au titre de la couverture des risques d'assurance maladie et maternité, les travailleurs indépendants entrant dans le champ d'application des dispositions de l'article L. 622-1 sont redevables d'une cotisation assise sur leurs revenus d'activité selon les modalités prévues aux articles L. 131-6 à L. 131-6-2 et L. 133-6-8, dont le taux est fixé par décret.
- ⑩⑯ « Ce taux peut être réduit par décret, sans toutefois pouvoir être inférieur au taux fixé à l'article L. 621-2, pour la fraction de ces revenus qui dépasse un plafond fixé par décret.
- ⑩⑰ « Pour les travailleurs indépendants ne relevant pas des dispositions prévues à l'article L. 133-6-8 dont les revenus sont inférieurs à un montant fixé par décret, cette cotisation est calculée sur ce montant. Dans ce cas, le taux mentionné au premier alinéa fait l'objet d'une réduction qui décroît, dans des conditions fixées par décret, en fonction des revenus des personnes concernées. Le bénéfice de cette réduction s'ajoute à celui de la

réduction mentionnée à l'article L. 621-3 sans toutefois que le total des deux réductions puisse excéder la valeur du taux fixé à l'article L. 621-2.

- ⑪⑧ « Art. L. 621-2. – Les travailleurs indépendants qui n'entrent pas dans le champ des dispositions de l'article L. 622-1 sont redevables pour la couverture des risque maladie et maternité d'une cotisation assise sur leurs revenus d'activité dont le taux est fixé par décret dans la limite de celui mentionné au premier de l'article L. 621-1. » ;
- ⑪⑨ 9° Le chapitre II du même titre est ainsi modifié :
- ⑪⑩ a) L'intitulé du chapitre est remplacé par l'intitulé : « Prestations maladie en espèces » ;
- ⑪⑪ b) L'article L. 622-1 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑪⑫ « Art. L. 622-1. – Sous réserve d'adaptation par décret, les assurés mentionnés au présent livre, excepté ceux mentionnés aux articles L. 640-1 et L. 723-1, bénéficient en cas de maladie de prestations en espèces qui sont calculées, liquidées et servies dans les conditions définies aux articles L. 321-1 à L. 321-3, L. 323-1, L. 323-3, L. 323-3-1, L. 323-6 et L. 323-7. » ;
- ⑪⑬ c) L'article L. 613-20 devient l'article L. 622-2, est inséré dans ce chapitre et est ainsi modifié :
- ⑪⑭ – les deux premiers alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑪⑮ « Les prestations supplémentaires peuvent être instituées, modifiées ou supprimées par décret pour une ou plusieurs catégories de professions libérales sur proposition conjointe du Conseil national de la protection sociale des travailleurs indépendants et des sections professionnelles mentionnées à l'article L. 641-1 correspondantes ou, s'agissant des avocats, du conseil d'administration de la Caisse nationale des barreaux français. Dans ce cas, l'équilibre financier est assuré dans le cadre des catégories professionnelles correspondantes. » ;
- ⑪⑯ – au dernier alinéa, les mots : « , dans les conditions précisées à l'article L. 612-13 » sont remplacés par les mots : « recouvrées dans les mêmes conditions que les cotisations mentionnées à l'article L. 621-2. » ;
- ⑪⑰ – il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

- ⑫⑧ « Le service des prestations mentionnées au présent article est délégué, dans des conditions fixées par convention entre le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la caisse nationale d'assurance maladie, aux organismes mentionnés aux articles L. 211-1 et L. 752-4. » ;
- ⑫⑨ *d)* L'article L. 613-8 devient l'article L. 622-3, et est inséré dans ce chapitre ;
- ⑫⑩ 10° Le chapitre III du même titre est ainsi modifié :
- ⑫⑪ *a)* L'intitulé du chapitre est remplacé par l'intitulé : « Assurance maternité », sa subdivision en sections est supprimée, et sont transférés dans ce chapitre les articles L. 623-1 à L. 623-4 tels qu'ils résultent des b à e du présent 10° ;
- ⑫⑫ *b)* L'article L. 613-19 devient l'article L. 623-1, et les deux occurrences des mots : « régime institué par le » sont supprimées ;
- ⑫⑬ *c)* L'article L. 613-19-1 devient l'article L. 623-2 et les mots : « régime institué par le » sont supprimés ;
- ⑫⑭ *d)* L'article L. 613-19-2 devient l'article L. 623-3 et les mots : « régime institué au » sont supprimés ;
- ⑫⑮ *e)* L'article L. 613-19-3 devient l'article L. 623-4, les mots : « du régime d'assurance » sont remplacés par les mots : « de l'assurance », la référence : « L. 613-8 » est remplacée par la référence : « L. 622-3 », et les mots : « L. 613-19 et L. 613-19-1 » sont remplacés par les mots : « L. 623-1 et L. 623-2 » ;
- ⑫⑯ *f)* À l'article L. 613-21, les mots : « L. 217-1, L. 160-11 » et les mots : « et organismes » sont supprimés ;
- ⑫⑰ 11° L'intitulé du titre III est remplacé par l'intitulé : « Assurance invalidité et assurance vieillesse » ;
- ⑫⑱ 12° Le chapitre Ier du même titre est ainsi modifié :
- ⑫⑲ *a)* L'intitulé du chapitre est remplacé par l'intitulé : « Champ d'application » ;
- ⑫⑳ *b)* Il est inséré un article L. 631-1 ainsi rédigé :

- ①41 « *Art. L. 631-1.* – Les dispositions du présent titre s’appliquent aux travailleurs indépendants mentionnés à l’article L. 611-1 qui ne relèvent pas des régimes mentionnés aux articles L. 640-1 et L. 723-1. » ;
- ①42 13° Le chapitre II du même titre est ainsi modifié :
- ①43 a) L’intitulé du chapitre est remplacé par l’intitulé : « Assurance invalidité et décès », et sont insérés dans ce chapitre les articles L. 632-1 à L. 632-4 tels qu’ils résultent des b à e du présent 13° ;
- ①44 b) L’article L. 635-5 devient l’article L. 632-1 et, en son sein, les mots : « au 2° de l’article L. 611-1 » sont remplacés par les mots : « à l’article L. 631-1 », les mots : « le régime concerné » sont remplacés par les mots : « leur régime », et après les mots : « des caisses » sont insérés les mots : « d’assurance maladie à laquelle elles sont rattachées » ;
- ①45 c) Il est inséré un article L. 632-3 ainsi rédigé :
- ①46 « *Art. L. 632-3.* - Le service des prestations mentionnées à la présente section est délégué, dans des conditions fixées par convention entre le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la caisse nationale d’assurance maladie, aux organismes mentionnés aux articles L. 211-1 et L. 752-4. » ;
- ①47 d) L’article L. 635-6 devient l’article L. 632-4 et, en son sein, les mots : « un règlement de la caisse nationale compétente » sont remplacés par les mots : « un règlement du conseil national de la protection sociale des travailleurs indépendants » ;
- ①48 14° Le chapitre III du même titre est ainsi modifié :
- ①49 a) L’intitulé du chapitre est remplacé par l’intitulé : « Cotisations d’assurance vieillesse » et sa subdivision en sections est supprimée ;
- ①50 b) L’article L. 633-10 devient l’article L. 633-1 et est inséré dans ce chapitre et est ainsi modifié :
- ①51 – le premier alinéa est supprimé ;
- ①52 – au deuxième alinéa, les mots : « dues par les travailleurs indépendants non agricoles » sont remplacés par les mots : « d’assurance vieillesse dues par les travailleurs indépendants mentionnés à l’article L. 631-1 » ;

- ①53 c) À l'article L. 633-11, les mots : « par le régime prévu au titre I^{er} du présent livre » sont remplacés par les mots : « au titre de l'assurance vieillesse prévue par les dispositions du présent titre » ;
- ①54 15° Le chapitre IV du même titre est ainsi modifié :
- ①55 a) L'intitulé du chapitre est remplacé par l'intitulé : « Prestations d'assurance vieillesse » ;
- ①56 b) À l'article L. 634-2 :
- ①57 – les mots : « de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « d'assurance vieillesse dont bénéficient les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 631-1 » ;
- ①58 – les mots : « à l'article L. 351-1-2 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 351-1-1 et L. 351-1-2 » ;
- ①59 – après les mots : « L. 351-13, » sont insérés les mots : « aux I et II de l'article L. 351-14-1, aux articles » ;
- ①60 – la référence : « L. 633-10 » est remplacée par la référence : « L. 633-1 » ;
- ①61 c) À l'article L. 634-3-1, les mots : « du régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « des travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 631-1 » ;
- ①62 d) À l'article L. 634-6, les mots : « du régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « des travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 631-1 » ;
- ①63 16° Le chapitre V est ainsi modifié :
- ①64 a) L'intitulé du chapitre est remplacé par l'intitulé : « Assurance vieillesse complémentaire » et sa subdivision en sections est supprimée ;
- ①65 b) L'article L. 635-1 est ainsi modifié :
- ①66 – les mots : « Toute personne relevant de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « Les personnes mentionnées à l'article L. 631-1 » ;

- ①67 – au deuxième alinéa, les mots : « Le régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse du régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « Le régime mentionné au premier alinéa » ;
- ①68 – le troisième alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :
- ①69 « La couverture des charges est assurée par des cotisations calculées en application des articles L. 131-6 à L. 131-6-2 et L. 133-6-8. » ;
- ①70 – les mots : « le conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants » ;
- ①71 c) À l'article L. 635-4, les mots : « d'assurance vieillesse du régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « d'assurance vieillesse prévu au présent chapitre. » et les mots : « de la Caisse nationale du régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants » ;
- ①72 d) La section 1 est complétée par un article L. 635-4-1 ainsi rédigé :
- ①73 « *Art. L. 635-4-1.* - Le service des prestations mentionnées à la présente section est délégué, dans des conditions fixées par convention entre le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la caisse nationale d'assurance vieillesse, aux organismes mentionnés aux articles L. 215-5 et L. 752-4. » ;
- ①74 17° Le titre IV est ainsi modifié :
- ①75 a) L'article L. 640-1 est ainsi modifié :
- ①76 – le 1° est complété par les mots : « psychothérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, ostéopathes ; »
- ①77 – au 2°, les mots : « artiste non mentionné à l'article L. 382-1, ingénieur-conseil, architecte, géomètre, » et le mot : « vétérinaire » sont supprimés ;
- ①78 – les deux derniers alinéas sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :
- ①79 « 3° Architecte, géomètre, ingénieur-conseil ;
- ①80 « 4° Artiste non mentionné à l'article L. 382-1 ;

- ①81 « 5° Vétérinaire ;
- ①82 « 6° Moniteur de ski titulaire d'un brevet d'État ou d'une autorisation d'exercer mettant en œuvre son activité dans le cadre d'une association ou d'un syndicat professionnel, quel que soit le public auquel il s'adresse. » ;
- ①83 *b)* L'article L. 641-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ①84 « Les dispositions des articles L. 216-1 et L. 231-5, du 1° de l'article L. 231-6-1 et des articles L. 213-12, L. 256-3, L. 272-1, L. 272-2, L. 273-1, L. 281-1, L. 281-3, L. 355-2, L. 355-3 et L. 377-2 sont applicables à ces organismes. » ;
- ①85 *c)* Le chapitre I^{er} est complété par une section 3 intitulée : « Contrôle et sanctions » ;
- ①86 *d)* L'article L. 652-6 devient l'article L. 641-8 et est inséré dans la section mentionnée au *b* ; en son sein, les mots : « non agricoles » sont supprimés, et le mot : « livre » est remplacé par le mot : « titre » ;
- ①87 *e)* La section 2 du chapitre II est complétée par un article L. 642-6 ainsi rédigé :
- ①88 « *Art. L. 642-6.* – Sont applicables aux organismes et personnes entrant dans le champ d'application du présent titre et sous réserve des dispositions particulières dudit titre, les articles L. 243-4, L. 243-5, L. 243-6-2, L. 243-9, L. 243-11, L. 244-1 à L. 244-5, L. 244-7 et L. 244-8-1 à L. 244-14. » ;
- ①89 *f)* L'article L. 133-6-10 devient l'article L. 643-0 et est inséré dans la section première du chapitre III ; en son sein, la référence : « L. 133-6-9 » est remplacée par la référence : « L. 243-6-3 », et le deuxième alinéa est supprimé ;
- ①90 18° La section 4 du chapitre III est complétée par un article L. 643-10 ainsi rédigé :
- ①91 « *Art. L. 643-10.* – Des décrets en conseil d'État déterminent, après avis du conseil d'administration de la caisse nationale intéressée, la structure des organisations, leurs règles de fonctionnement ainsi que le mode d'élection des membres des conseils d'administration de leurs caisses ou sections de caisses. » ;
- ①92 19° Le livre VI est complété par un titre VII ainsi disposé :

193 a) Le titre est intitulé : « Dispositions applicables aux conjoints collaborateurs » et comporte un chapitre unique intitulé : « Affiliation » ;

194 b) L'article L. 622-8 devient l'article L. 671-1 et est inséré au sein du chapitre mentionné au a du présent 19° ; en son sein les mots : « au régime d'assurance vieillesse auquel » sont remplacés par les mots : « aux régimes d'assurance vieillesse et invalidité-décès auxquels » ;

195 20° Le livre VI est complété par un titre VIII ainsi rédigé :

196 « *TITRE VIII*

197 « *DISPOSITIONS D'APPLICATION*

198 « *Art. L. 681-1.* - Des dispositions réglementaires déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application du livre VI. Sauf disposition contraire, elles sont prises par décret en Conseil d'État. »

199 III. – A. – La deuxième phrase du troisième alinéa et la troisième phrase du quatrième alinéa de l'article L. 160-17 du code de la sécurité sociale sont supprimées.

200 B - L'article L. 611-20 du même code est abrogé.

201 IV. - Les chapitres VI et VII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale sont ainsi modifiés :

202 1° L'article L. 161-8 est remplacé par les dispositions suivantes :

203 « *Art. L. 161-8.* - Tant qu'elles continuent de remplir les conditions de résidence et de séjour mentionnées à l'article L. 111-2-3 et ne viennent pas à justifier de nouveau des conditions d'ouverture du droit aux mêmes prestations dans ce régime ou un autre régime, les personnes qui cessent de remplir les conditions d'activité requises pour l'affiliation à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès d'un régime dont elles relevaient jusqu'alors bénéficient du maintien de leur droit aux prestations en espèces pour ces risques pendant une durée déterminée par décret. Cette durée est prolongée, dans des conditions fixées par décret, pour les personnes qui relèvent des dispositions de l'article L. 5411-1 du code du travail. » ;

204 2° À l'article L. 161-18, les mots : « un régime d'assurance vieillesse de salariés ou le régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « le régime général et le régime des salariés agricoles » ;

- 205 3° À l'article L. 162-14-1, les mots : « L. 242-11, L. 612-1 » sont remplacés par les mots : « L. 613-1, L. 621-2 » ;
- 206 4° L'intitulé du chapitre I^{er} du titre VII est remplacé par l'intitulé : « Dispositions générales » et sa subdivision en sections est supprimée ;
- 207 5° L'article L. 613-4 devient l'article L. 171-2-1 et est remplacé par les dispositions suivantes :
- 208 « *Art. L. 171-2-1.* - Les personnes exerçant simultanément plusieurs activités dont l'une relève du présent livre sont affiliées et cotisent simultanément aux régimes dont relèvent ces activités. » ;
- 209 6° L'article L. 171-3 est remplacé par les dispositions suivantes :
- 210 « *Art. L. 171-3.* - Par dérogation à l'article L. 611-5, les personnes qui exercent simultanément une activité indépendante agricole et une activité indépendante non agricole sont affiliées, dans le seul régime de leur activité la plus ancienne, sauf option contraire exercée dans des conditions fixées par décret.
- 211 « Elles cotisent et s'acquittent des contributions sociales sur l'ensemble de leurs revenus selon les modalités en vigueur dans ce seul régime.
- 212 « Le premier alinéa ne s'applique pas :
- 213 « 1° Aux personnes dont l'une des activités est permanente et l'autre saisonnière. Ces personnes sont alors affiliées au régime qui correspond à leur activité permanente ;
- 214 « 2° Aux personnes exerçant simultanément une activité indépendante agricole et une activité entrant dans le champ d'application de l'article L. 133-6-8. Ces personnes sont affiliées et cotisent simultanément auprès des régimes dont relèvent ces activités. » ;
- 215 7° L'article L. 622-1 devient l'article L. 171-6-1 et est remplacé par les dispositions suivantes :
- 216 « *Art. L. 171-6-1.* - Les personnes exerçant simultanément plusieurs activités professionnelles indépendantes relevant du présent livre sont affiliées et cotisent, dans des conditions fixées par décret, au régime d'assurance vieillesse dont relève leur activité principale.

- ②17 « Pour les personnes ayant exercé simultanément plusieurs activités professionnelles indépendantes relevant de régimes d'assurance vieillesse distincts, l'allocation est à la charge du régime d'assurance vieillesse dont relevait ou aurait relevé son activité principale. Toutefois, les personnes admises à percevoir une demi-allocation agricole et une demi-allocation d'un autre régime non salarié continueront à recevoir ces deux demi-allocations jusqu'à ce qu'elles soient appelées à percevoir une allocation intégrale du régime dont relève leur activité principale. » ;
- ②18 8° À l'article L. 171-7, les mots : « des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants » sont supprimés ;
- ②19 9° L'article L. 172-2 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ②20 « *Art. L. 172-2.* - La coordination entre régimes pour l'indemnisation en cas de maladie-maternité est assurée par l'application des dispositions de maintien de droit prévues à l'article L. 161-8.
- ②21 « Lorsqu'un assuré ne peut bénéficier des dispositions mentionnées à l'alinéa précédent et que le versement de l'indemnisation en cas de maladie-maternité est subordonné par les dispositions du présent code ou du code rural et de la pêche maritime à des conditions d'affiliation, de cotisation ou de durées du travail préalables, les organismes de sécurité sociale tiennent compte pour la mise en œuvre de ces dispositions de l'ensemble des périodes d'affiliation, de cotisations versées ou de travail effectuées, même lorsqu'elles relèvent d'un autre régime de sécurité sociale régi par le présent code ou le code rural et de la pêche maritime. »
- ②22 V. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ②23 1° À l'article L. 111-11, les mots : « des travailleurs salariés, de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants non agricoles » sont supprimés ;
- ②24 2° À l'article L. 114-16-3, les mots : « les agents de la Caisse nationale du régime social des indépendants désignés par son directeur à cet effet ; » sont supprimés ;
- ②25 3° À l'article L. 114-23 les mots : « de la Caisse nationale du régime social des indépendants » sont supprimés, les mots : « et L. 611-1 » sont supprimés, et les mots : « et L. 611-7 » sont supprimés ;
- ②26 4° À l'article L. 114-24, au deuxième alinéa, les mots : « de la Caisse nationale du régime social des indépendants » sont supprimés ;

- 227 5° À l'article L. 115-9, les mots : « , la Caisse nationale du régime social des indépendants » sont supprimés ;
- 228 6° À l'article L. 123-1, les mots : « d'une part » et les mots : « d'autre part le régime social des indépendants » sont supprimés ;
- 229 7° À l'article L. 123-2-1, les mots : « et du régime social des indépendants » sont supprimés ;
- 230 8° L'article L. 133-1-4 devient l'article L. 133-4-11, il est inséré dans la section 3 du chapitre III du titre III du livre I^{er} et en son sein les mots : « du régime social des indépendants » sont supprimés ;
- 231 9° L'article L. 134-1 est ainsi modifié :
- 232 a) Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
- 233 « Il est institué une compensation entre les régimes obligatoires d'assurance vieillesse de base comportant un effectif minimum. Pour les besoins de cette compensation, sont distinguées au sein du régime général les personnes visées aux articles L. 311-2, L. 311-3, L. 311-6, L. 381-1, L. 382-1 et L. 382-31, d'une part, et les personnes visées à l'article L. 611-1, d'autre part. » ;
- 234 b) Après les mots : « les différents régimes », sont insérés les mots : « au titre des droits propres » ;
- 235 10° L'article L. 134-3 est ainsi modifié :
- 236 a) Les mots : « des travailleurs salariés » sont supprimés ;
- 237 b) Le 1° est abrogé, les 2° et 3° deviennent respectivement les 1° et 2° et au cinquième alinéa, la référence au 2° est remplacée par une référence au 1° ;
- 238 11° À l'article L. 134-4, le 1° est abrogé et les 2°, 3° et 4° deviennent respectivement les 1°, 2° et 3° ;
- 239 12° À l'article L. 135-2, les mots : « le régime des salariés agricoles et le régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « et le régime des salariés agricoles » ;
- 240 13° À l'article L. 135-6, les mots : « des régimes obligatoires d'assurance vieillesse visés à l'article L. 222-1 et au 2° de l'article

L. 611-2 » sont remplacés par les mots : « de l'assurance vieillesse du régime général » ;

(241) 14° À l'article L. 136-3, les mots : « ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8 » sont supprimés ;

(242) 15° À l'article L. 173-2, les mots : « aux articles L. 200-2 et L. 382-15 et au 2° de l'article L. 611-1 du présent code » sont remplacés par les mots : « au 1° de l'article L. 200-1 du présent code » ;

(243) 16° À l'article L. 182-2-2, les mots : « conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « de l'assemblée générale du conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants », et le neuvième alinéa est supprimé ;

(244) 17° Au I de l'article L. 182-2-4, les mots : « , sur mandat du collège des directeurs » sont supprimés ;

(245) 18° À l'article L. 182-2-6, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « deux » ;

(246) 19° Au premier alinéa de l'article L. 241-2, les mots : « des travailleurs salariés » sont supprimés ;

(247) 20° À l'article L. 243-6-3, après les mots : « une situation précise » sont insérés les mots : « de la législation relative aux conditions d'affiliation au régime général au titre des différentes catégories mentionnées au 1° de l'article L. 200-1 ou » ;

(248) 21° Au 35° de l'article L. 311-3, la référence : « L. 613-1 » est remplacée par la référence : « L. 611-1 » ;

(249) 22° À l'article L. 351-15, les mots : « le régime social des indépendants, » sont supprimés ;

(250) 23° Dans l'intitulé du chapitre II du titre II du livre VII, le mot : « maladie » est supprimé, et dans l'intitulé de la section 2 du même chapitre, le mot : « financement » est supprimé ;

(251) 24° À l'article L. 722-1, les mots : « , aux régimes » sont remplacés par les mots : « et aux régimes » et les mots : « et au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants non agricoles pour l'ensemble des groupes de professions mentionnés au 1° de l'article L. 615-1 » sont supprimés ;

- 252 25° À L'article L. 722-1-1, les mots : « à être affiliés au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants non agricoles » sont remplacés par les mots : « à ne pas être affiliés au régime institué par le présent chapitre », les mots : « Le choix pour ces médecins entre l'un ou l'autre régime » sont remplacés par les mots : « Cette option », et les mots : « à être affiliés au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants des professions non agricoles » sont remplacés par les mots : « à ne pas être affiliés au régime institué par le présent titre » ;
- 253 26° L'article L. 612-3 devient l'article L. 722-4 et son premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
- 254 « Outre les cotisations mentionnées aux articles L. 621-1 et L. 621-2, les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés mentionnés à l'article L. 722-1 sont redevables d'une contribution dont le taux est égal à 3,25%. » ;
- 255 27° À l'article L. 722-5, les mots : « des cotisations prévues » sont remplacés par les mots : « de la contribution prévue » et la référence : « L. 133-6-7-2 » est remplacée par la référence : « L. 613-5 » ;
- 256 28° Au premier alinéa de l'article L. 722-6, les mots : « maladie, » sont supprimés et les mots : « le 1° de l'article L. 160-8 et par les articles L. 160-9 et » sont remplacés par les mots : « l'article » ;
- 257 29° À L'article L. 722-9, les mots : « d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants non agricoles institué par le titre I du livre VI du présent code » sont remplacés par le mot : « général » ;
- 258 30° L'article L. 742-6 est ainsi modifié :
- 259 a) Les mots : « non-salariés » sont remplacés par les mots : « indépendants relevant du livre VI du présent code » ;
- 260 b) Les mots : « été à la charge » sont remplacés par le mot : « relevé » et les mots : « du régime mentionné à l'article L. 613-1 » sont remplacés par les mots : « de l'assurance maladie maternité ouverte aux assurés mentionnés à l'article L. 611-1 » ;
- 261 c) Les mots : « ayant valu affiliation au régime mentionné à l'article L. 613-1 » sont remplacés par les mots : « relevant de l'article L. 611-3 » ;

- 262** d) La référence : « du 2° de l'article L. 611-1 » est remplacée par les mots : « de l'assurance vieillesse des travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 631-1 » ;
- 263** e) Les mots : « non-salariée non-agricole mentionnée au 2° de l'article L. 611-1 » sont remplacés par les mots : « relevant du livre VI, à l'exception des activités mentionnées aux articles L. 640-1 et L. 723-1 » ;
- 264** f) Les mots : « au régime mentionné à l'article L. 611-1 » sont remplacés par les mots : « à l'assurance vieillesse des travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 631-1 » ;
- 265** 31° À l'article L. 742-7, les mots : « 2° de l'article L. 611-1 » sont remplacés par les mots : « du présent livre, à l'exception des activités mentionnées aux articles L. 640-1 et L. 723-1 » et après les mots : « exercent une activité professionnelle énumérée à l'article L. 640-1 » sont insérés les mots : « , ou par référence à celles dues en application de l'article L. 662-8 si elles exercent une activité professionnelle énumérée à l'article L. 723-1 » ;
- 266** 32° L'article L. 752-4 est ainsi modifié :
- 267** a) Après le 1°, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :
- 268** « 1° *bis* D'assurer pour les travailleurs indépendants la gestion des risques maladie, maternité, et par délégation du conseil mentionné à l'article L. 612-1, des risques invalidité et décès ; »
- 269** b) Le *a* du 3° est remplacé par les dispositions suivantes :
- 270** « *a*) Des assurés affiliés au régime général ; »
- 271** c) Après le 5°, il est inséré un 5° *bis* ainsi rédigé :
- 272** « 5° *bis* De mettre en œuvre, pour les travailleurs indépendants, les décisions prises par les instances du conseil mentionné à l'article L. 612-1 en matière d'action sanitaire et sociale ; »
- 273** 33° À l'article L. 752-6, les mots : « par les institutions ou les organisations professionnelles des travailleurs indépendants les plus représentatives au plan national » sont remplacés par les mots : « par les instances du conseil mentionné à l'article L. 612-1 » ;
- 274** 34° À l'article L. 752-9, les mots : « par les institutions ou les organisations professionnelles des travailleurs indépendants représentatives

au plan national » sont remplacés par les mots : « par les instances du conseil mentionné à l'article L. 612-1 » ;

(275) 35° À l'article L. 756-5, la référence : « L. 612-4 » est remplacée par la référence : « L. 631-1 », après les mots : « les personnes » sont insérés les mots : « mentionnées à l'article L. 631-1 » et les mots : « professionnelle non salariée artisanale, industrielle ou commerciale » sont supprimés ;

(276) 36° À l'article L. 766-2, le mot : « mentionné » est remplacé par les mots : « des travailleurs indépendants mentionné ».

(277) VI. - Sont abrogés :

(278) 1° La section 2 du chapitre III du titre III du livre Ier du code de la sécurité sociale ;

(279) 2° Les articles L. 133-1-1 à L. 133-1-3, L. 133-1-5 et L. 133-1-6 du même code ;

(280) 3° Les sections 2 *bis* et 2 *quater* du chapitre III *bis* du titre III du livre I^{er} du même code ;

(281) 4° Les articles L. 133-6-9, L. 133-6-11 et L. 173-3 du même code ;

(282) 5° La section 5 du chapitre II du titre IV du livre II du même code ;

(283) 6° Les articles L. 611-2 à L. 611-20 du même code ;

(284) 7° Les articles L. 612-9 à L. 612-13, L. 613-2, L. 613-9, L. 613-12 à L. 613-14 et L. 613-23 du même code ;

(285) 8° La section 4 du chapitre III du titre I^{er} du livre VI du même code ;

(286) 9° Les articles L. 614-1, L. 621-4, L. 622-2, L. 622-6, L. 623-1, L. 623-2, L. 633-9, L. 633-11-1, L. 634-1 et L. 634-5 du même code ;

(287) 10° Le chapitre VII du titre III du livre VI du même code ;

(288) 11° Les articles L. 642-2-1, L. 642-2-2, L. 651-12, L. 651-13, L. 722-2, L. 722-3, L. 722-4, L. 722-5-1 et L. 722-7 du même code ;

(289) 12° Le XII de l'article 50 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

- 290 VII. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2018, sous réserve des dispositions suivantes :
- 291 1° À compter du 1^{er} janvier 2018 et jusqu'au 31 décembre 2019, est mis en place un comité chargé du pilotage des opérations faisant l'objet des présentes dispositions transitoires.
- 292 Il est composé des directeurs des caisses mentionnées aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 225-1 du code de la sécurité sociale et du directeur général de la caisse nationale mentionnée au 2° du présent VII.
- 293 Il est notamment chargé de définir un schéma d'organisation des services, qui préfigure celui devant être mis en place dans le cadre des dispositions mentionnées à l'article L. 233-1 du code de la sécurité sociale. Ce schéma a également pour objet d'organiser la période transitoire comprise entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 décembre 2019, en précisant le cadre général et le calendrier dans lequel sont préparés le transfert des différentes missions et activités, ainsi que l'intégration des personnels des caisses mentionnées au 2° du présent VII au sein du régime général. Il est approuvé dans les mêmes conditions que celui mentionné à l'article L. 233-1 précité.
- 294 Dans l'hypothèse où les directeurs des organismes mentionnés au deuxième alinéa du présent 1° ne parviennent pas à s'accorder sur ce schéma au plus tard le 31 mars 2018, ce dernier est arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.
- 295 2° À compter du 1^{er} janvier 2018, la caisse nationale du régime social des indépendants et les caisses de base du régime social des indépendants prennent respectivement la dénomination de caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants et de caisses locales déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants.
- 296 Jusqu'au 31 décembre 2019, elles apportent leur concours aux caisses du régime général s'agissant du service des prestations dont bénéficient les travailleurs indépendants et du recouvrement des cotisations dont ils sont redevables. À ce titre, elles continuent d'exercer, pour le compte de ces caisses et dans les conditions fixées par le schéma mentionné au 1°, tout ou partie des missions liées au service de ces prestations ou au recouvrement de ces cotisations, antérieurement dévolues aux caisses du régime social des indépendants. Tant que le schéma mentionné au 1° n'est pas approuvé ou arrêté, elles exercent la totalité de ces mêmes missions.

- 297** La caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants continue par ailleurs d'exercer, sous réserve de ce qui échoit aux caisses mentionnées aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 225-1 du code de la sécurité sociale du fait des dispositions du I du présent article, les missions mentionnées à l'article L. 611-4 du même code, à l'exception du 1^o et du 5^o de cet article et elle demeure régie par les dispositions des articles L. 611-5 à L. 611-7 du même code dans leur rédaction antérieure à la présente loi. Son conseil délibère, dans le respect des compétences du directeur général, sur les matières relevant de ces dispositions.
- 298** Les caisses locales déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants restent régies par les dispositions des articles L. 114-16-3, L. 151-1 et L. 611-9 à L. 611-13 du code de la sécurité sociale, des premier, troisième et quatrième alinéas de l'article L. 611-14 et des articles L. 611-15 à L. 611-18 du même code dans leur rédaction antérieure à la présente loi et sous réserve des dispositions du présent article. Leurs conseils délibèrent sur les affaires relevant de ces dispositions.
- 299** Les caisses mentionnées au présent 2^o sont dissoutes au 1^{er} janvier 2020 ;
- 300** 3^o Les dispositions du 4^o du II entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2019.
- 301** À compter de cette date et jusqu'à la dissolution de ces caisses, dans l'hypothèse où le mandat des membres de leurs conseils d'administration arriverait à échéance, les membres siégeant au sein de l'assemblée générale du conseil de la protection sociale des indépendants ou de ses instances régionales exercent respectivement, de façon simultanée, le mandat de membre du conseil de la caisse nationale mentionnée au 2^o et des caisses locales mentionnées au même alinéa situées dans le ressort géographique de chaque instance régionale.
- 302** Jusqu'au 31 décembre 2018, pour l'application des dispositions qui font référence au conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et à ses instances régionales, sont visés respectivement la caisse nationale et les caisses locales du régime social des indépendants ;
- 303** 4^o Sont transférés de plein droit :
- 304** a) Au 1^{er} janvier 2018, aux organismes nationaux et locaux du régime général selon leurs périmètres de responsabilité respectifs, les disponibilités, capitaux propres, créances et dettes représentatives des droits et obligations directement afférents à la mise en œuvre de l'assurance

maladie, maternité et de l'assurance vieillesse de base des travailleurs indépendants ainsi que les engagements qui en découlent. Ces dispositions s'appliquent sans préjudice de l'exercice des activités mentionnées au deuxième alinéa du 2° et du suivi, en 2018 et en 2019 dans les comptes des caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants, des opérations afférentes aux éléments mentionnés ci-dessus. Ces opérations peuvent être directement combinées par les caisses nationales chargées de la gestion des différentes branches du régime général ;

305 b) Au 1^{er} janvier 2020, au conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants, les 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 mentionnés à l'article L. 631-1 du code de la sécurité sociale ainsi que les engagements qui en découlent ;

306 c) Au 1^{er} janvier 2020, aux organismes nationaux et locaux du régime général tous les autres droits et obligations, à l'exclusion des contrats de travail, afférents à la gestion administrative de chaque caisse déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants. Sauf si l'ensemble des caisses concernées en conviennent différemment, les droits et obligations de chaque caisse déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants sont transférés à l'organisme du régime général dans lequel sont transférés la majorité de ses salariés.

307 Les conditions dans lesquelles s'opèrent ces transferts font l'objet de conventions entre les directeurs des organismes concernés. Ils ne donnent pas lieu à la perception de droits, impôts ou taxe de quelque nature que ce soit.

308 5° Sur une période dont le terme ne peut excéder le 30 juin 2019, les caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants et les organismes du régime général, préparent, dans le respect du schéma mentionné au 1°, le transfert des contrats de travail des salariés des caisses déléguées et recherchent, pour chaque salarié, une solution de reprise recueillant son accord. Les caisses nationales peuvent se substituer aux caisses locales en cas de carence de celles-ci dans cette préparation.

309 À une date fixée par décret, et au plus tard au 1^{er} janvier 2020, les contrats de travail des salariés des caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants sont transférés aux organismes du régime général, dans le respect des solutions de reprise mentionnées à l'alinéa

précédent. En l'absence de telles solutions ayant recueilli l'accord des salariés, les contrats de ces derniers sont transférés de plein droit à l'organisme du régime général dont les missions et les activités se rapprochent le plus de l'activité antérieure de ces salariés. Dans ce cas, les contrats de travail des salariés de la caisse nationale déléguée sont transférés aux caisses nationales du régime général désignées en application de ce critère ; les contrats de travail des salariés des caisses locales déléguées sont transférés à l'organisme, désigné en application de ce même critère, dans la circonscription duquel se situe le lieu de travail de ces salariés.

310 Le décret mentionné au deuxième alinéa du présent 5° ne peut être pris avant la validation par un comité de surveillance de la réforme, mis en place dans les conditions prévues par un décret en Conseil d'État, des conclusions auxquelles sont parvenues les caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants et les organismes du régime général lors de la phase préparatoire mentionnée au premier alinéa du même 5°. Un décret peut néanmoins fixer une date de transfert anticipé pour des salariés dont l'activité relève uniquement des missions d'un seul type d'organisme du régime général ;

311 6° Jusqu'au transfert de leur contrat de travail, les salariés des caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants restent régis à titre exclusif par les conventions collectives du régime social des indépendants. Celles-ci restent régies pendant cette période par les dispositions de la section 1 du chapitre III du titre II du livre I^{er} du code de la sécurité sociale dans leur rédaction antérieure à la présente loi.

312 Avant le 31 mars 2018, l'union des caisses nationales de sécurité sociale et les organisations syndicales de salariés représentatives au sein du régime social des indépendants engagent des négociations afin de conclure des accords précisant les modalités, conditions et garanties s'appliquant aux salariés dans le cadre de leur transfert vers les organismes du régime général et prévoyant le cas échéant les dispositions s'appliquant pour les salariés transférés à l'exclusion des stipulations portant sur le même objet des conventions collectives du régime général et des accords applicables dans les organismes dans lequel leurs contrats de travail sont transférés.

313 Ces accords sont conclus dans les conditions fixées à l'article L. 2232-6 du code du travail. Toutefois, en ce qui concerne ceux conclus en application des dispositions de l'article L. 123-2 du code de la sécurité sociale, participent à la négociation les organisations syndicales de salariés

représentatives des agents de direction et agents comptables des organismes du régime social des indépendants ainsi que l'organisation syndicale dont relève la personne élue, pour ce même régime, pour représenter ces agents dans la commission chargée d'établir la liste d'aptitude mentionnée à l'article L. 611-14 du même code dans sa rédaction antérieure à la présente loi.

- 314** À défaut d'accord avant leur transfert, les conventions collectives du régime général s'appliquent intégralement et à titre exclusif aux salariés transférés.
- 315** Ces accords s'appliquent à compter du transfert des salariés concernés et jusqu'à une date qui ne peut excéder le 31 décembre 2022. À l'issue de ce délai, les conventions collectives du régime général s'appliquent intégralement et à titre exclusif aux salariés transférés ;
- 316** 7° Les dispositions du III entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2019.
- 317** La Caisse nationale de l'assurance maladie est substituée au 1er janvier 2018 à la Caisse nationale du régime social des indépendants dans tous les actes juridiques conclus par cette dernière en application des dispositions du troisième au huitième alinéa de l'article L. 160-17 du code de la sécurité sociale et du deuxième alinéa de l'article L. 611-20 du même code dans leur rédaction antérieure à la présente loi.
- 318** Les délégations de gestion prévues, pour les assurés du régime social des indépendants et le service de leurs prestations, à l'article L. 160-17 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi, demeurent en vigueur pour les travailleurs indépendants ayant débuté leur activité antérieurement au 1^{er} janvier 2019 jusqu'à l'échéance des conventions conclues en application du quatrième alinéa de cet article.
- 319** Les conventions et les contrats conclus à ce titre, en vigueur à la date de publication de la présente loi, continuent de produire leurs effets jusqu'à leur terme pour le service des prestations dues aux travailleurs indépendants ayant débuté leur activité antérieurement au 1^{er} janvier 2019. La Caisse nationale d'assurance maladie et les organismes signataires concernés peuvent renouveler ces mêmes conventions, modifiées le cas échéant par avenant, pour assurer le service des prestations dues aux mêmes assurés jusqu'au plus tard au 31 décembre 2020.
- 320** L'ensemble des droits et obligations des organismes délégataires visés aux deux alinéas précédents, y compris les contrats de travail, qui sont

afférents à la gestion leur ayant été confiée sont transférés de plein droit aux organismes de leur circonscription mentionnés aux articles L. 211-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale à la plus tardive des dates mentionnées à ces alinéas. Ces transferts ne donnent pas lieu à la perception de droits, impôts ou taxe de quelque nature que ce soit.

321 Le préjudice susceptible de résulter, pour les organismes délégataires de l'absence de renouvellement des conventions mentionnés au présent 2° fait l'objet d'une indemnité s'il présente un caractère anormal et spécial. Cette indemnité est fixée dans le cadre d'un constat établi à la suite d'une procédure contradictoire. Les conditions et le montant de l'indemnité sont fixés par décret ;

322 8° Les dispositions de l'article L. 640-1 dans sa rédaction résultant du présent article s'appliquent aux travailleurs indépendants créant leur activité :

323 a) À compter du 1^{er} janvier 2018, pour ceux qui relèvent de l'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale ;

324 b) À compter du 1^{er} janvier 2019, pour ceux ne relevant pas de cet article L. 133-6-8.

325 Les travailleurs indépendants des professions libérales ne relevant pas de l'article L. 640-1 du code de la sécurité sociale et affiliés antérieurement au 1^{er} janvier 2019 à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et à la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse restent affiliés à ces caisses. Sous réserve qu'ils soient à jour du paiement de leurs cotisations dues au titre des assurances vieillesse et invalidité-décès des professions libérales et, le cas échéant, des majorations et pénalités afférentes, ils peuvent demander entre le 1^{er} janvier 2019 et le 31 décembre 2023 à être affiliés à l'assurance vieillesse prévue au titre III du livre VI du même code.

326 Cette nouvelle affiliation prend effet au 1^{er} janvier de l'année suivant celle au cours de laquelle ils ont notifié leur décision.

327 Ce changement d'affiliation est définitif.

328 Les travailleurs affiliés ne relevant pas de l'article L. 640-1 du code de la sécurité sociale et ne relevant pas du champ de l'article L. 133-6-8 du même code, mentionnés aux troisième et quatrième alinéas du présent 8° peuvent bénéficier, à leur demande, de taux spécifiques pour le calcul des

cotisations prévues à l'article L. 635-1 du même code jusqu'au 31 décembre 2026.

- ③29 Ces taux spécifiques tiennent compte des différences existant entre les montants totaux des cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants relevant de l'organisation mentionnée à l'article L. 641-1 et par ceux ne relevant pas de l'article L. 640-1 du code de la sécurité sociale. Ces taux spécifiques, fixés par décret pris après avis du conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants rejoignent progressivement le taux normal du régime.
- ③30 Les droits à retraite de base des travailleurs indépendants des professions libérales ayant choisi de relever de l'assurance vieillesse prévue au titre III du livre VI du code de la sécurité sociale sont liquidés par les caisses mentionnées à l'article L. 215-1 ou L. 752-4 du même code.
- ③31 Pour les périodes antérieures au changement d'affiliation, le montant de la pension est égal au produit du nombre de points acquis dans le régime de base des professions libérales à la date d'effet du changement d'affiliation et de la valeur de service du point dans ce régime de base à cette même date, à laquelle s'applique la revalorisation mentionnée à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale. Il est fait application, lors de la liquidation de ce montant de pension, des articles L. 351-4 à L. 351-4-2, L. 351-7, L. 351-8, L. 634-6, L. 634-6-1, L. 643-3 et L. 643-7 du même code. Les modalités d'application du présent alinéa sont précisées par décret.
- ③32 Les points acquis dans le régime complémentaire d'assurance vieillesse de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse par les travailleurs indépendants ayant choisi de relever de l'assurance vieillesse prévue au titre III du livre VI du code de la sécurité sociale sont convertis dans le régime complémentaire mentionné à l'article L. 635-1 du code de la sécurité sociale.
- ③33 Un décret détermine les règles applicables pour cette conversion, en fonction des valeurs de service de chacun des deux régimes à la date d'effet de la nouvelle affiliation. Il détermine également les conditions particulières de réversion de certains points en fonction des cotisations précédemment versées à ce titre.
- ③34 9° Les modalités d'application du présent VII sont précisées, en tant que de besoin et sauf dispositions contraires, par décret en Conseil d'État.

- 335 VIII. – Jusqu’au 31 décembre 2018, à titre expérimental et par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa de l’article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale, les organismes mentionnées à l’article L. 213-1 du même code peuvent proposer à des travailleurs indépendants d’acquitter leurs cotisations et contributions sociales provisionnelles sur une base mensuelle ou trimestrielle établie à partir des informations communiquées par ces travailleurs indépendants en fonction de leur activité ou leurs revenus mensuels ou trimestriels.
- 336 Les travailleurs indépendants concernés participent à titre volontaire à l’expérimentation et à la réalisation de son bilan.
- 337 Les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation sont précisées par décret.
- 338 Un rapport d’évaluation est réalisé par le Gouvernement au terme de l’expérimentation et transmis au Parlement.
- 339 IX. – Dans les conditions prévues par l’article 38 de la Constitution et dans un délai de six mois suivant la date de publication de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances les mesures relevant du domaine de la loi visant à modifier les parties législatives des codes et les dispositions non codifiées, afin d’assurer la cohérence des textes au regard des dispositions du présent article et le respect de la hiérarchie des normes, regrouper les dispositions qui le justifient dans le livre VI du code de la sécurité sociale et abroger les dispositions, codifiées ou non, devenues sans objet.
- 340 Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de l’ordonnance.

Exposé des motifs

La création du régime social des indépendants en 2006 a été marquée depuis l’origine par de graves dysfonctionnements, informatiques notamment, qui ont fortement affecté les travailleurs indépendants.

En dépit des améliorations de gestion réalisées par la suite, notamment grâce à l’engagement des équipes du RSI, la relation de confiance est aujourd’hui altérée entre les indépendants et leur sécurité sociale et il convient de franchir une nouvelle étape pour une organisation plus efficace.

La présente mesure vise donc à confier la protection sociale des travailleurs indépendants au régime général, qui couvre déjà l'essentiel de la population française.

Les travailleurs indépendants bénéficieront comme aujourd'hui pour l'essentiel des mêmes prestations que les salariés ; certaines des prestations spécifiques, par exemple la couverture maternité, ont par ailleurs vocation à être rapprochées pour améliorer les droits des assurés. En revanche, les travailleurs indépendants conserveront leurs propres règles en matière de cotisations, justifiées par la spécificité de leur situation.

Les prestations dont bénéficient les travailleurs indépendants seront servies comme pour les salariés par les CPAM et CARSAT (et les CGSS dans les collectivités d'outre-mer) et le recouvrement de leurs cotisations sera assuré par les URSSAF (et les mêmes CGSS pour les collectivités d'outre-mer). Toutefois, si l'on excepte le remboursement de leurs frais de santé qui ne présente aucune particularité et sera géré dans un cadre commun avec les salariés, les travailleurs indépendants bénéficieront au sein des organismes gestionnaires d'une organisation particulière, conçue en fonction de leurs besoins.

Les représentants des intéressés, au sein d'un Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et de ses déclinaisons régionales, seront chargés de veiller aux conditions dans lesquelles est assuré le fonctionnement de ce dispositif et son adéquation. Ils exerceront un rôle d'aide et d'accompagnement par le biais de l'action sociale et piloteront par ailleurs le régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire propre aux indépendants.

Cette réforme, l'une des plus importantes dans l'organisation de la sécurité sociale depuis sa création, vise à recomposer le paysage des organismes de sécurité sociale dans la perspective d'une meilleure adaptation aux évolutions des parcours professionnels, combinant de manière accrue activité salariale et indépendante, et afin de permettre aux travailleurs indépendants de bénéficier d'un système de sécurité sociale comparable en termes d'efficacité aux autres assurés.

Compte tenu de l'ampleur de la transformation, une phase transitoire de l'ordre de deux ans est prévue, pendant laquelle les différentes missions du RSI (liquidation des retraites, assurance maladie, recouvrement des cotisations, etc.) seront progressivement reprises en gestion par les caisses du régime général (CPAM, CARSAT et URSSAF). Cette transition sera conduite dans des conditions permettant une évolution raisonnée des

organisations de travail, et un transfert de gestion sécurisé et respectueux de la gouvernance, des personnels et des relations sociales au sein du RSI. Cette période de transition sera également mise à profit pour négocier les conditions de l'intégration des personnels du RSI au sein du régime général, avec les représentants de ces salariés. L'organisation définitive sera en place au plus tard le 1er janvier 2020.

Les organismes conventionnés, qui servent aujourd'hui les prestations d'assurance maladie par délégation du RSI, verront leur mission reprise par les CPAM courant 2020. Dès 2019, les travailleurs indépendants ex-salariés nouvellement établis pourront décider de continuer à être gérés par leur CPAM. Les personnels des organismes conventionnés seront repris avec leurs missions.

La réforme s'accompagnera de mesures permettant de favoriser le pouvoir d'achat de travailleurs indépendants et de soutenir les très petites activités et la création d'entreprise (cf. articles 7 et 9)

CHAPITRE III

Dispositions relatives à la fiscalité comportementale

Article 12

- ① I. – À compter du 1^{er} mars 2018, l'article 575 A du code général des impôts est remplacé par les dispositions suivantes :
- ② « Pour les différents groupes de produits mentionnés à l'article 575, le taux proportionnel et la part spécifique pour mille unités ou mille grammes sont fixés conformément au tableau ci-après :
- ③ «

	Taux proportionnel (en %)	Part spécifique (en euros)
Cigarettes	50,8	59,9
Cigares et cigarillos	30,5	31,4
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	44,5	68,5
Autres tabacs à fumer	48,1	21,5

Tabacs à priser	53,8	0
Tabacs à mâcher	37,6	0

④ « Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 261 € pour mille cigarettes et à 166 € pour mille cigares ou cigarillos.

⑤ « Il est fixé par kilogramme à 218 € pour les tabacs fine coupe destinés à rouler des cigarettes et à 99 € pour les autres tabacs à fumer. »

⑥ II. – À compter du 1^{er} avril 2019, l'article 575 A du code général des impôts est remplacé par les dispositions suivantes :

⑦ « Pour les différents groupes de produits mentionnés à l'article 575, le taux proportionnel et la part spécifique pour mille unités ou mille grammes sont fixés conformément au tableau ci-après :

⑧

«

Groupe de produits	Taux proportionnel (en %)	Part spécifique (en euros)
Cigarettes	51,7	61,1
Cigares et cigarillos	32,3	38,5
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	45,6	72,5
Autres tabacs à fumer	49,0	23,4
Tabacs à priser	55,0	0
Tabacs à mâcher	38,5	0

⑨ « Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 279 € pour mille cigarettes et à 192 € pour mille cigares ou cigarillos.

⑩ « Il est fixé par kilogramme à 239 € pour les tabacs fine coupe destinés à rouler des cigarettes et à 108 € pour les autres tabacs à fumer. »

⑪ III. – À compter du 1^{er} novembre 2019, l'article 575 A du code général des impôts est remplacé par les dispositions suivantes :

⑫ « Pour les différents groupes de produits mentionnés à l'article 575, le taux proportionnel et la part spécifique pour mille unités ou mille grammes sont fixés conformément au tableau ci-après :

⑬

«

Groupe de produits	Taux proportionnel (en %)	Part spécifique (en euros)
Cigarettes	52,7	62,0
Cigares et cigarillos	33,8	46,2
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	46,7	76,2
Autres tabacs à fumer	49,9	25,3
Tabacs à priser	56,2	0
Tabacs à mâcher	39,3	0

⑭

« Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 297 € pour mille cigarettes et à 219 € pour mille cigares ou cigarillos.

⑮

« Il est fixé par kilogramme à 260 € pour les tabacs fine coupe destinés à rouler des cigarettes et à 117 € pour les autres tabacs à fumer. »

⑯

IV. – À compter du 1^{er} avril 2020, l'article 575 A du code général des impôts est remplacé par les dispositions suivantes :

⑰

« Pour les différents groupes de produits mentionnés à l'article 575, le taux proportionnel et la part spécifique pour mille unités ou mille grammes sont fixés conformément au tableau ci-après :

⑱

«

Groupe de produits	Taux proportionnel (en %)	Part spécifique (en euros)
Cigarettes	53,6	62,5
Cigares et cigarillos	34,9	54,4
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	47,7	79,3
Autres tabacs à fumer	50,6	27,2
Tabacs à priser	57,1	0
Tabacs à mâcher	40,0	0

⑲ « Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 314 € pour mille cigarettes et à 245 € pour mille cigares ou cigarillos.

⑳ « Il est fixé par kilogramme à 281 € pour les tabacs fine coupe destinés à rouler des cigarettes et à 126 € pour les autres tabacs à fumer. »

㉑ V. – À compter du 1^{er} novembre 2020, l'article 575 A du code général des impôts est remplacé par les dispositions suivantes :

㉒ « Pour les différents groupes de produits mentionnés à l'article 575, le taux proportionnel et la part spécifique pour mille unités ou mille grammes sont fixés conformément au tableau ci-après :

㉓

«

Groupe de produits	Taux proportionnel (en %)	Part spécifique (en euros)
Cigarettes	54,6	62,7
Cigares et cigarillos	35,9	63,3
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	48,7	82,1
Autres tabacs à fumer	51,3	29,1
Tabacs à priser	58,0	0
Tabacs à mâcher	40,6	0

㉔ « Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 333 € pour mille cigarettes et à 271 € pour mille cigares ou cigarillos.

㉕ « Il est fixé par kilogramme à 302 € pour les tabacs fine coupe destinés à rouler des cigarettes et à 134 € pour les autres tabacs à fumer.

㉖ « Les montants de part spécifique et de minimum de perception de chacun des groupes de produits sont relevés au 1^{er} janvier de chaque année dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Cette proportion est exprimée avec un chiffre significatif après la virgule, ce dernier étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Ce relèvement ne peut excéder 1,8 %. Le tarif est publié au *Journal Officiel* par arrêté du ministre chargé du budget. »

- ⑳ VI. – À compter du 1^{er} mars 2018, le quatrième alinéa du I de l'article 575 E *bis* du code général des impôts est remplacé par le tableau suivant :

㉑

«

Groupe de produits	Taux proportionnel (en %)	Part spécifique (en euros)
Cigarettes	42,9	32,5
Cigares et cigarillos	15,2	27,5
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	21,7	34,4
Autres tabacs à fumer	30,3	5,8
Tabacs à priser	27,6	0
Tabacs à mâcher	20,1	0

- ㉒ VII. – À compter du 1^{er} avril 2019, le quatrième alinéa du I de l'article 575 E *bis* du code général des impôts est remplacé par le tableau suivant :

㉓

«

Groupe de produits	Taux proportionnel (en %)	Part spécifique (en euros)
Cigarettes	44,4	36,3
Cigares et cigarillos	17,8	31,9
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	25,1	40,4
Autres tabacs à fumer	32,9	8,7
Tabacs à priser	31,4	0
Tabacs à mâcher	22,7	0

- ㉔ VIII. – À compter du 1^{er} novembre 2019, le quatrième alinéa du I de l'article 575 E *bis* du code général des impôts est remplacé par le tableau suivant :

32

«

Groupe de produits	Taux proportionnel (en %)	Part spécifique (en euros)
Cigarettes	45,8	40,1
Cigares et cigarillos	20,4	36,4
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	28,5	46,3
Autres tabacs à fumer	35,5	11,6
Tabacs à priser	35,2	0
Tabacs à mâcher	25,2	0

33

IX. – À compter du 1^{er} avril 2020, le quatrième alinéa du I de l'article 575 E *bis* du code général des impôts est remplacé par le tableau suivant :

34

«

Groupe de produits	Taux proportionnel (en %)	Part spécifique (en euros)
Cigarettes	47,3	43,9
Cigares et cigarillos	22,9	40,9
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	31,9	52,3
Autres tabacs à fumer	38,1	14,5
Tabacs à priser	39	0
Tabacs à mâcher	27,8	0

35

X. – À compter du 1^{er} novembre 2020, le quatrième alinéa du I de l'article 575 E *bis* du code général des impôts est remplacé par le tableau suivant :

36

«

Groupe de produits	Taux proportionnel (en %)	Part spécifique (en euros)
Cigarettes	48,8	47,6
Cigares et cigarillos	25,5	45,4
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	35,2	58,3
Autres tabacs à fumer	40,8	17,5
Tabacs à priser	42,8	0
Tabacs à mâcher	30,4	0

»

Exposé des motifs

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'usage du tabac est la principale cause évitable de mortalité dans le monde. Chaque année, le tabac entraîne en France près de 80 000 décès.

Des données provenant de différents pays montrent que quel que soit le niveau de revenu du ménage considéré, la hausse du prix du tabac est un moyen efficace de réduire la demande. Des prix élevés incitent à l'arrêt de la consommation et limitent l'entrée dans le tabac, en particulier des plus jeunes. Ils diminuent aussi le nombre des rechutes parmi ceux qui ont arrêté et réduisent la consommation chez ceux qui continuent de fumer.

Les prix des produits vendus aux consommateurs sont librement fixés par les fabricants. Leur niveau est cependant fortement corrélé à celui de la fiscalité sur les tabacs. La présente mesure a donc pour but d'augmenter progressivement les droits d'accise sur les produits de tabac dans l'objectif, d'atteindre au 1er novembre 2020, le prix de 10 euros pour un paquet de cigarettes.

Afin de diminuer les risques de substitution par d'autres produits, une hausse de la fiscalité relativement plus élevée que celle appliquée aux cigarettes est proposée pour l'ensemble des autres produits de tabac.

Par ailleurs, un relèvement de la fiscalité portant sur les produits de tabac vendus en Corse sera mise en place, pour une hausse identique et selon le même calendrier (2018-2020) que sur le continent. La mesure proposée permet ainsi d'initier un processus de convergence des prix entre

Corse et continent, qui devra être achevé, à partir de 2021, selon des modalités qui devront faire l'objet de travaux préalables.

Article 13

① I. – Le I *bis* de l'article 1010 du code général des impôts est ainsi modifié :

② 1° Le tableau figurant au *a* est remplacé par le tableau suivant :

③

Taux d'émission de dioxyde de carbone (en grammes par kilomètre)	Tarif applicable Par gramme de dioxyde de carbone (en euros)
Inférieur ou égal à 20	0
Supérieur à 20 et inférieur ou égal à 60	1
Supérieur à 60 et inférieur ou égal à 100	2
Supérieur à 100 et inférieur ou égal à 120	4,5
Supérieur à 120 et inférieur ou égal à 140	6,5
Supérieur à 140 et inférieur ou égal à 160	13
Supérieur à 160 et inférieur ou égal à 200	19,5
Supérieur à 200 et inférieur ou égal à 250	23,5
Supérieur à 250	29

④ 2° Le deuxième alinéa du *b* est ainsi modifié :

⑤ *a)* Les mots : « ou au gazole » sont supprimés ;

⑥ *b)* Le nombre 110 est remplacé par le nombre 100 ;

⑦ *c)* Le mot : « huit » est remplacé par le mot : « douze » ;

⑧ *d)* L'alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Cette exonération est définitive pour les véhicules dont les émissions sont inférieures ou égales à 60 grammes de dioxyde de carbone par kilomètre parcouru. » ;

⑨ 3° Le tableau figurant au *c* est remplacé par le tableau suivant :

⑩

Année de première mise en circulation du véhicule	Essence et assimilé	Diesel et assimilé
Jusqu'au 31 décembre 2000	70	600
De 2000 à 2005	45	400
De 2006 à 2010	45	300
De 2011 à 2014	45	100
À compter de 2015	20	40

⑪ 4° Au deuxième alinéa du c, le nombre 110 est remplacé par le nombre 100.

⑫ II. – Le I s'applique à compter de la période d'imposition s'ouvrant le 1^{er} janvier 2018.

Exposé des motifs

Dans un objectif de lutte contre la pollution atmosphérique et le réchauffement climatique, la mesure vise à adapter la taxe sur les véhicules de société pour renforcer son caractère incitatif vis-à-vis de l'acquisition de véhicules moins polluants. Il est ainsi proposé de mettre à jour le barème en modifiant les seuils d'assujettissement de certaines de ses tranches, encourageant notamment l'achat de véhicules électriques ou hybrides. Ces mesures permettront d'adapter des barèmes datant respectivement de 2011 et 2014, en cohérence avec les mesures récentes, adoptées pour accélérer le développement des véhicules à faibles émissions qui s'articulent pour les véhicules de tourisme autour de deux seuils de 20 g de CO₂/km et de 60 g de CO₂/km.

CHAPITRE IV

Dispositions relatives aux recettes de la branche maladie

Article 14

① I. – Le chapitre VIII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° La seconde phrase du III de l'article L. 138-10 devient un nouvel alinéa et est ainsi modifiée :

- ③ a) Les mots : « au prorata » sont remplacés par les mots : « : 1° Pour l'année au titre de laquelle la contribution est due, au prorata » ;
- ④ b) Après ce nouvel alinéa, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤ « 2° Pour l'année précédant celle au titre de laquelle la contribution est due, selon la proratisation définie au 1° du présent III, en utilisant à nouveau les montants remboursés au titre de l'année au titre de laquelle la contribution est due. » ;
- ⑥ 2° L'article L. 138-11 est complété par les mots : «, après application le cas échéant des modalités de répartition définies au 1° et au 2° du III de ce même article » ;
- ⑦ 3° Le second alinéa de l'article L. 138-15 est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ⑧ « 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. »
- ⑨ II. – Pour l'année 2018, les taux (Lv) et (Lh) mentionnés à l'article L. 138-10 du même code sont fixés, respectivement, à 0 % et à 3 %.
- ⑩ III. – Les montants appelés, au titre de l'année 2015 et de l'année 2016, pour la contribution mentionnée à l'article L. 138-10 du même code, dans sa rédaction antérieure à celle issue de l'article 30 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 (n° 2016-1827 du 23 décembre 2016), ne peuvent faire l'objet de la régularisation prévue à l'article L. 138-15 du même code, dans sa rédaction antérieure à celle issue de l'article 30 précité.

Exposé des motifs

La clause de sauvegarde est un mécanisme qui permet de protéger l'assurance maladie contre une progression trop rapide des dépenses remboursées de médicaments, dans le cas où les économies prévues en construction de l'ONDAM ne seraient pas complètement réalisées. Plus spécifiquement, si les chiffres d'affaires des laboratoires pharmaceutiques progressent d'un taux supérieur à Lv (pour les médicaments dispensés par les officines de ville) ou à Lh (pour les médicaments dispensés par les hôpitaux), la clause de sauvegarde se déclenche et les laboratoires reversent à l'assurance maladie une partie du dépassement.

Le présent article fixe le taux Lv à 0% et le taux Lh à 3%, pour l'année 2018 et pour prendre en compte les dynamiques différentes des dépenses dans ces deux secteurs. Pour la fixation du taux à l'hôpital, il est également tenu compte de l'arrivée de plusieurs innovations importantes en 2018. Il précise en outre le calcul de cette contribution lorsqu'un médicament change de périmètre (ville ou hôpital). L'article simplifie enfin les conditions de la transition entre l'ancien dispositif d'application de la clause de sauvegarde (L) et le nouveau introduit par la LFSS pour 2017 (Lv et Lh).

Article 15

- ① I. – Il est institué pour l'année 2018 une participation à la prise en charge des modes de rémunération mentionnés au 13° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale due par les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 du même code. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.
- ② La participation est due par chaque organisme mentionné au premier alinéa en activité au 31 décembre 2018. Elle est égale au produit d'un forfait annuel de 8,10 euros par le nombre, au 31 décembre 2017, de bénéficiaires de la prise en charge des frais de santé prévue à l'article L. 160-1 du même code et d'ayants droit âgés de seize ans ou plus, couverts par l'organisme, à l'exclusion des bénéficiaires de la couverture complémentaire mentionnée à l'article L. 861-1 du même code, pour lesquels l'organisme a pris en charge, au cours de l'année 2017, au moins une fois, en tout ou partie, la participation de l'assuré, mentionnée à l'article L. 160-13 du même code, due au titre d'une consultation ou d'une visite du médecin traitant au sens de l'article L. 162-5-3 du même code.
- ③ II. – La participation est recouverte par l'organisme désigné pour le recouvrement de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, concomitamment au recouvrement de cette même taxe, sous réserve d'aménagements prévus, le cas échéant, par décret en Conseil d'État. Elle est recouverte et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions prévues pour ladite taxe.

Exposé des motifs

Les organismes d'assurance maladie complémentaire ont renouvelé, dans le cadre de la convention médicale du 25 août 2016, l'engagement, initié en 2012, de participer au financement de rémunérations alternatives

au paiement à l'acte, au titre du « forfait médecin traitant », à hauteur de 250 millions d'euros.

Cet engagement a été mis en œuvre entre 2013 et 2017 via la mise en place d'une taxe répartie entre les différents organismes complémentaires dont le produit correspondait globalement à l'engagement financier conventionnel. Conformément à son objet (financer une partie des dépenses de l'ONDAM assurant la rémunération des médecins), le rendement de la contribution constitue une recette venant en réduction des dépenses de l'ONDAM.

Des travaux ont été engagés entre l'assurance maladie et les représentants des complémentaires-santé pour définir un schéma cible de versement de cette contribution des organismes complémentaires aux médecins. La mise en œuvre de ce schéma ne pouvant être opérationnelle avant 2019, il est proposé de prolonger en 2018 le prélèvement fiscal sur les organismes complémentaires et d'augmenter son rendement à raison du nouvel engagement financier prévu.

CHAPITRE V

Dispositions relatives à la modernisation de la branche recouvrement

Article 16

- ① I. – Le chapitre II du titre VIII du livre III du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le sixième alinéa de l'article L. 382-1 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ③ « L'affiliation est prononcée par les organismes agréés mentionnés à l'article L. 382-2, s'il y a lieu après consultation, à leur initiative ou à celle de l'intéressé, de commissions, instituées par branches professionnelles et composées en majorité de représentants des organisations syndicales et professionnelles des artistes. Elle est mise œuvre par les organismes de sécurité sociale. » ;
- ④ 2° Le premier alinéa de l'article L. 382-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

- ⑤ « Chaque organisme agréé est administré par un conseil d'administration comprenant des représentants des artistes-auteurs affiliés et des représentants des diffuseurs ainsi que des représentants de l'État. Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent alinéa, notamment les conditions de désignation des représentants des artistes-auteurs et des diffuseurs ainsi que les conditions de nomination du directeur et agent comptable de ces organismes. » ;
- ⑥ 2° Après l'article L. 382-3, il est inséré un article L. 382-3-1 ainsi rédigé :
- ⑦ « *Art. L. 382-3-1.* – Si les revenus ou rémunérations qu'ils retirent de leurs activités artistiques sont inférieurs pour l'année considérée à un montant fixé par décret, les artistes- auteurs peuvent cotiser à leur demande sur une assiette forfaitaire correspondant à ce montant. » ;
- ⑧ 3° Le troisième alinéa de l'article L. 382-4 est supprimé ;
- ⑨ 4° L'article L. 382-5, dans sa rédaction résultant de l'article 20 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, est ainsi modifié :
- ⑩ a) Au premier alinéa, les mots : « l'organisme agréé dont elles relèvent » sont remplacés par les mots : « l'organisme mentionné à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale » ;
- ⑪ b) Au deuxième alinéa, les mots : « organisme agréé » sont remplacés par les mots : « organisme mentionné au premier alinéa » ;
- ⑫ c) Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑬ « Les contributions mentionnées à l'article L. 382-4 du présent code et à l'article L. 6331-65 du code du travail sont recouvrées comme en matière de sécurité sociale par l'organisme mentionné au premier alinéa. » ;
- ⑭ 5° L'article L. 382-6 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑮ « *Art. L. 382-6.* – Les personnes redevables des cotisations et contributions sociales mentionnées à l'article L. 382-3 peuvent effectuer par voie dématérialisée les déclarations et les versements afférents à ces contributions. Les personnes redevables des cotisations et contributions sociales mentionnées à l'article L. 382-4 sont tenues, sous peine des majorations prévues au II de l'article L. 133-5-5, d'effectuer par voie

dématérialisée les déclarations et les versements afférents à ces contributions.

- ①⑥ « Les personnes mentionnées à l'article L. 382-4 sont soumises, sous peine des pénalités fixées par décret, à l'obligation de fournir, à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 382-5, le numéro prévu au onzième alinéa de l'article L. 114-12-1 permettant l'identification des artistes auteurs dont ils assurent l'exploitation commerciale et la diffusion des œuvres. » ;
- ①⑦ 6° Le deuxième alinéa de l'article L. 382-9 est supprimé ;
- ①⑧ 7° Le premier alinéa de l'article L. 382-14 est ainsi modifié :
- ①⑨ a) Le mot : « assujettis » est remplacé par les mots : « personnes relevant des dispositions de la présente section » ;
- ②⑩ b) Les mots : « prévus au même article » sont remplacés par les mots : « mentionnés à l'article L. 382-2 ».
- ②① II. – Le chapitre I^{er} du titre III du livre III de la sixième partie du code du travail est ainsi modifié :
- ②② 1° L'article L. 6331-67 est ainsi modifié :
- ②③ a) Les mots : « Les organismes agréés visés aux articles L. 382-4 et L. 382-5 du code de la sécurité sociale ainsi que les organismes de recouvrement mentionnés à l'article L. 213-1 du même code, chargés » sont remplacés par les mots : « L'organisme mentionné à l'article L. 382-5 du code de la sécurité sociale, chargé » ;
- ②④ b) Le mot : « peuvent » est remplacé par le mot : « peut » ;
- ②⑤ 2° Au premier alinéa de l'article L. 6331-68, les mots : « les organismes mentionnés » sont remplacés par les mots : « l'organisme mentionné ».
- ②⑥ III. – Les contrats de travail du personnel des organismes agréés anciennement affectés au recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale sont transférés, sauf opposition de l'intéressé, à la date fixée au IV à l'un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

- ②⑦ IV. – Les dispositions du présent article sont applicables aux cotisations et contributions dues au titre des périodes courant à compter d'une date fixée par décret, et au plus tard à compter du 1^{er} janvier 2019, à l'exception du 4^o du I qui entre en vigueur à la date prévue au II de l'article 20 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, et du 5^o du I qui entre en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

Exposé des motifs

La présente mesure vise à simplifier les démarches de déclaration et de paiement des cotisations sociales dues par les artistes auteurs ou par leurs diffuseurs à travers la constitution, par la branche du recouvrement, d'une offre de services modernisée.

Tout en maintenant les spécificités et l'identité du régime de protection sociale actuellement géré par la Maison des artistes (MDA) et l'Association pour la gestion de la sécurité sociale des artistes auteurs (AGESSA), cette mesure permettra de remédier aux limites actuelles des procédures de recouvrement qui s'avèrent préjudiciables pour les intéressés, et de mieux garantir à l'avenir leurs droits sociaux en assurant correctement le recouvrement des cotisations sociales.

Cette offre de services garantira l'objectif, prévu initialement dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, d'un précompte des cotisations vieillesse plafonnées d'ici à 2019, le défaut actuel de ce précompte conduisant à minorer les droits à retraite des intéressés. Cette mesure s'inscrit donc la continuité de l'avancée qui a pu être réalisée en 2016 par la mise en place d'un dispositif de rachat de cotisations vieillesse, afin de reconstituer la carrière des artistes auteurs et de les rétablir équitablement dans leurs droits.

Enfin, la mesure vise à affilier et à ouvrir des droits sociaux dans les mêmes conditions pour l'ensemble des personnes qui perçoivent des revenus artistiques, sans aucune condition de revenus.

Article 17

- ① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1^o Le début du troisième alinéa de l'article L. 224-5 est ainsi rédigé :
« Sous réserve des dispositions du 8^o de l'article L. 225-1-1, elle peut assurer... (*le reste sans changement*) » ;

- ③ 2° L'article L. 225-1-1 est complété par un 8° ainsi rédigé :
- ④ « 8° D'assurer, en matière de marchés publics de services bancaires, la fonction de centrale d'achat au sens de l'article 26 de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015, pour le compte des caisses nationales et des organismes locaux du régime général. »

Exposé des motifs

Le présent article vise à sécuriser la trésorerie globale du régime général en confiant à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale un rôle d'accompagnement stratégique et opérationnel des organismes du régime général dans la passation de leurs marchés de services bancaires, à travers une fonction de centrale d'achat au sens du droit de la commande publique. Ce rôle permettra au régime général de renforcer ses compétences dans le domaine bancaire et d'assurer que l'attribution garantisse les conditions de sécurité nécessaires à la bonne gestion de la trésorerie et au bon déroulement des missions de la sécurité sociale. Elle pourrait également permettre de renforcer le positionnement du régime général dans sa relation à ses partenaires bancaires.

TITRE II

CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 18

- ① I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 131-8 est ainsi modifié :
- ③ a) Le 1° est ainsi modifié :
- ④ – à la fin du troisième alinéa, le taux : « 38,74% » est remplacé par le taux : « 48,87% » ;
- ⑤ – à la fin du quatrième alinéa, le taux : « 22,78% » est remplacé par le taux : « 12,65% » ;
- ⑥ b) Au 4°, les mots : « Caisse nationale des allocations familiales » sont remplacés par les mots « branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 » ;

- ⑦ c) Après le 7°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑧ « 8° Le produit de la taxe perçue au titre des contrats mentionnés au I, au II et au II *bis* de l'article L. 862-4 est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1 à hauteur de l'écart entre ses charges et ses autres produits. Le solde est affecté à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2. » ;
- ⑨ 2° Au début de la section 3 du chapitre IV du titre III du livre I^{er}, il est rétabli un article L. 134-6 ainsi rédigé :
- ⑩ « *Art. L. 134-6.* - Est retracé dans les comptes de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de sécurité sociale, qui en assure l'équilibre financier, le solde des charges et produits du risque accidents du travail et maladies professionnelles du régime d'assurance des marins prévu au décret-loi du 17 juin 1938 relatif à la réorganisation et à l'unification du régime d'assurance des marins. » ;
- ⑪ 3° Le 3° de l'article L. 135-3 est abrogé ;
- ⑫ 4° L'article L. 862-2 est ainsi modifié :
- ⑬ a) Au *a*, les mots : « de l'hypothèse d'inflation retenue dans le rapport joint au projet de loi de finances de l'année en application de l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances » sont remplacés par les mots : « de l'évolution du coût moyen de la couverture des dépenses de santé prévues à l'article L. 861-3 constatée lors du dernier exercice clos et fixée par arrêté » ;
- ⑭ b) Le quatrième alinéa est supprimé ;
- ⑮ 5° Le IV de l'article L. 862-4 est abrogé.
- ⑯ II. – L'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ⑰ 1° Au *a* du 1° et au *a* du 2° du I, après les mots : « des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, » sont insérés par deux fois les mots : « 6,6 % du produit de la contribution mentionnée au 1° *bis* du même article, » ;
- ⑱ 2° Le *b* du 1° du II est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑲ « *b*) 61,4% du produit de la contribution mentionnée au 1° *bis* du même article ; »

- ⑳ 3° Au *a* du V, le taux : « 28% » est remplacé par le taux : « 23,9% ».
- ㉑ III. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ㉒ 1° Le 6° *bis* de l'article L. 731-3 est abrogé ;
- ㉓ 2° Après le quatrième alinéa de l'article L. 732-58 , il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ㉔ « – par le produit de la taxe mentionnée à l'article 1618 *septies* du code général des impôts ; ».
- ㉕ IV. – Le code général des impôts est ainsi modifié :
- ㉖ 1° Au IV de l'article 1600-0-S, les mots : « au fonds mentionné à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « à l'État » ;
- ㉗ 2° Le III de l'article 1647 est ainsi modifié :
- ㉘ a) Le mot : « cotisations » est remplacé par les mots : « impositions, taxes et autres contributions » ;
- ㉙ b) Les mots : « soumis au contrôle de la cour des comptes, dans les conditions déterminées par les articles L. 154-1 et L. 154-2 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « , des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit ou des organismes finançant et gérant des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie » ;
- ㉚ c) Les mots : « du ministre de l'économie et des finances » sont remplacés par les mots : « des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale ».
- ㉛ V. – En 2018, la recette du fonds mentionnée au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale est réduite de 150 millions d'euros au profit de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du même code.
- ㉜ VI. – Ne donnent pas lieu à compensation à la sécurité sociale :
- ㉝ 1° La réduction du produit de la taxe mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, prévue par la loi de finances pour 2018 ;

- ③④ 2° Le coût lié au doublement des seuils d'éligibilité au régime microfiscal et au régime microsocioal, prévu par la loi de finances pour 2018 ;
- ③⑤ 3° Le crédit d'impôt prévu à l'article 88 de la loi n° 2016-1917 de finances pour 2017 ;
- ③⑥ 4° L'exonération de taxe sur les salaires prévue à l'article 231 *bis* Q du code général des impôts.
- ③⑦ VII. – Le dernier alinéa de l'article 20 de la loi n° 2017-256 du 28 février 2017 de programmation relative à l'égalité réelle outre-mer et portant autres dispositions en matière sociale et économique est supprimé.
- ③⑧ VIII. – Le 3° du I et le 1° du IV du présent article s'appliquent aux faits générateurs intervenant à compter du 1^{er} janvier 2018.

Exposé des motifs

Le présent article vise à assurer la neutralisation sur le résultat financier des régimes et des branches de la sécurité sociale de certaines dispositions du présent projet de loi ou du projet de loi de finances ayant un effet sur les recettes et les charges de la sécurité sociale. Il tire notamment les conséquences des mesures en faveur du pouvoir d'achat prévues à l'article 7 du présent projet de loi et de l'article 26 du projet de loi de finances, qui organise divers transferts entre l'État et la sécurité sociale et fixe notamment la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale permettant de neutraliser pour cette dernière le rendement lié, en 2018, à l'entrée en vigueur progressive des baisses de cotisations maladie et chômage dans le cadre de leur remplacement par la contribution sociale généralisée (CSG). Cette affectation de recettes prend également le relais de certaines mesures de compensation au titre de l'année 2017 dont le rendement vient à s'éteindre et compense de nouveaux transferts de dépenses entre l'État et la sécurité sociale.

Le présent article doit neutraliser l'impact différencié de l'ensemble de ces mesures sur les différentes branches de la sécurité sociale. Pour y parvenir, les fractions de taxe sur les salaires affectées à la CNAMTS et à la CNAF sont modifiées.

Par ailleurs, cet article prévoit plusieurs réaffectations de recettes. Conformément aux négociations conduites en 2016 pour assurer la pérennité de ce régime, la taxe sur les farines est affectée au régime complémentaire obligatoire des exploitants agricoles (RCO), dont la

situation démographique difficile entraîne un épuisement des réserves. Les modalités de financement du Fonds CMU sont quant à elles modifiées afin de n'affecter à cet organisme que la part de la taxe de solidarité additionnelle nécessaire à l'équilibrage de son résultat, le solde étant attribué à la CNAMTS. Cette nouvelle modalité de financement n'affecte en rien les dispositifs de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et d'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) financés par le fonds mais garantit au contraire leur exact financement chaque année. La contribution additionnelle de solidarité autonome (CASA) est réaffectée à l'OGD, afin de faire face à ses besoins de financement.

Enfin, le financement des dépenses des prestations accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP) du régime de sécurité sociale des marins est transféré de la branche maladie du régime général vers sa branche AT-MP, afin de renforcer le suivi les dépenses d'accidents du travail de ce régime.

Article 19

Est approuvé le montant de 6,0 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 2018.

Exposé des motifs

Les crédits ouverts sur le budget de l'État en compensation d'exonérations s'élèvent à 6,0 Md€ en 2018. Cela représente un montant stable par rapport au montant de crédits ouverts en loi de finances initiale pour 2017.

Article 20

- ① Pour l'année 2018, 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, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

② *(en milliards d'euros)*

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	210,9	211,7	-0,8

Accidents du travail et maladies professionnelles	14,1	13,5	0,5
Vieillesse	236,6	236,4	0,1
Famille	51,0	49,7	1,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	498,9	497,7	1,2
Fonds de solidarité vieillesse	15,8	19,3	-3,4
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	496,1	498,3	-2,2

Exposé des motifs

Pour la première fois depuis 2001, les régimes obligatoires de base dégagent un excédent en 2018, qui atteint 1,2 milliard d'euros. La branche maladie revient à un déficit de -0,8 milliard d'euros historiquement bas, tandis que les branches vieillesse, famille et accidents du travail et maladies professionnels continuent à dégager des excédents.

Article 21

- ① Pour l'année 2018, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général :

- ② *(en milliards d'euros)*

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	209,8	210,6	-0,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,7	12,2	0,5
Vieillesse	136,8	136,6	0,2
Famille	51,0	49,7	1,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	394,3	393,0	1,2
Fonds de solidarité vieillesse	15,8	19,3	-3,4
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	392,6	394,8	-2,2

Exposé des motifs

En 2018, les dépenses et recettes du régime général augmentent significativement du fait de la réforme du régime social des indépendants

(RSI), qui conduit le régime général à assurer la protection sociale des travailleurs indépendants à compter de 2018. Par ailleurs, le régime général parvient revient à l'équilibre, pour la première fois depuis 2001, et affiche un solde excédentaire de 1,2 milliard d'euros, soit une amélioration de près de 3 milliards d'euros entre 2017 et 2018.

Article 22

① I. – Pour l'année 2018, 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 des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

②

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	15,8	19,3	-3,4

③ II. – Pour l'année 2018, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 15,2 milliards d'euros.

④ III. – Pour l'année 2018, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

⑤

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes affectées	0
Total	0

Exposé des motifs

Le retour à l'équilibre des comptes sociaux en 2018 permet d'accélérer le désendettement de la sécurité sociale. En 2018, la dette restant à amortir à la CADES devrait s'élever à 106 milliards d'euros, 155 milliards d'euros ayant déjà été amortis par la caisse.

Article 23

① Sont habilités en 2018 à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les organismes mentionnés dans le tableau ci-dessous, dans les limites indiquées :

②

	Encours limites
Agence centrale des organismes de sécurité sociale	38 000
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	4 900
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF période du 1 ^{er} au 31 janvier	500
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF période du 1 ^{er} février au 31 décembre	200
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	450
Caisse nationale des industries électriques et gazières	440

Exposé des motifs

Le plafond d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) est fixé à 38 milliards d'euros pour l'exercice 2018, à un niveau supérieur au plafond convenu pour l'exercice 2017 (33 milliards d'euros), qui permettra cette année encore la couverture intégrale des besoins de trésorerie du régime des exploitants agricoles et du régime de sécurité sociale dans les mines. Ce plafond d'emprunt permettra d'assurer à l'ACOSS la capacité de faire face aux aléas pesant sur son profil tout au long de l'année. Le point bas est aujourd'hui estimé à -37,2 milliards d'euros, en tenant compte des financements liés à la gestion du risque de liquidité qui conduit à immobiliser sur des comptes de secours des sommes empruntées au-delà des besoins journaliers pour sécuriser ainsi le versement des prestations.

Le plafond d'emprunt de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) est fixé à 4,9 milliards d'euros, en augmentation de 450 millions d'euros par rapport à l'exercice 2017 (4,45 milliards d'euros). Le retour à l'équilibre du régime des non-salariés agricoles est notamment ralenti par la baisse du taux de cotisation d'assurance maladie et maternité des exploitants, lequel devrait ne pas être compensé intégralement par l'État en 2017, et par un régime d'assurance vieillesse affichant un déficit persistant (-73 millions en 2017).

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 500 millions d'euros pour la période courant du 1er janvier au 31 janvier, puis à 200 millions d'euros pour le reste de l'année 2018. Ce

premier plafond permettra à la caisse de couvrir ses engagements avant qu'elle ne réceptionne le premier versement de la subvention d'équilibre de l'État au régime de retraite. La baisse du solde moyen de trésorerie sur les deux années est liée au dénouement d'un contentieux sur les arrêtés fixant le taux de cotisation employeur. La CPRP SNCF a ainsi dû régulariser sur l'exercice en cours 100 millions d'euros de trop perçu à l'entreprise SNCF en 2017, et dispose d'une créance du même montant à l'égard de l'État qui sera régularisée au cours des prochaines années.

Le plafond de la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) est quant à lui fixé à 450 millions d'euros. Les besoins de financement du régime des mines ont été très fortement réduits par la reprise des déficits cumulés de la branche maladie, grâce à l'intégration financière au régime général prévu par la LFSS pour 2016. Toutefois, les besoins de trésorerie de la caisse restent importants au regard de la situation de la branche vieillesse qui cumule des déficits importants (- 410 millions d'euros à fin 2016).

Enfin, le plafond de la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG), est fixé à 440 millions d'euros, en conséquence de la baisse de rendement de la contribution tarifaire d'acheminement qui constitue plus de 20% de ses recettes – l'assiette de celle-ci a été réduite par l'entrée en vigueur en août 2017 du nouveau tarif d'utilisation des réseaux publics d'électricité – et d'une augmentation des droits spécifiques passés sur les activités régulées.

En 2018 comme en 2017, la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et hospitaliers (CNRACL) et la Caisse de retraite de la RATP n'auront pas besoin de recourir à l'emprunt pour financer leurs décalages de trésorerie. Le nombre de régimes ayant recours à l'emprunt reste stabilisé à cinq. Ces éléments sont détaillés en annexe 9 au présent projet de loi.

Article 24

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2018 à 2021), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

**QUATRIÈME PARTIE :
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2018**

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE

Article 25

- ① I. - Le chapitre 1^{er} du titre III du livre V du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après le quatrième alinéa du III de l'article L. 531-5, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ③ « 3° Lorsque la charge du ou des enfants est assumée par une personne seule. » ;
- ④ 2° Après le quatrième alinéa de l'article L. 531-6, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤ « 3° Lorsque la charge du ou des enfants est assumée par une personne seule. »
- ⑥ II. - Le 6° de l'article 11 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales est ainsi modifié :
- ⑦ 1° Le *d* devient le *a* ;
- ⑧ 2° Il est rétabli un *b* et un *c* ainsi rédigés :
- ⑨ « *b*) L'article L. 531-5 est ainsi rédigé :
- ⑩ « “*Art. L 531-5. - I. - Le complément de libre choix du mode de garde est attribué au ménage ou à la personne qui emploie une assistante maternelle agréée mentionnée à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles ou une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail pour assurer la garde d'un enfant.*”
- ⑪ « “Ce complément comprend :

- ⑫ « “a) Une prise en charge totale ou partielle des cotisations et contributions sociales liées à la rémunération de la personne qui assure la garde de l’enfant ;
- ⑬ « “b) Une prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l’enfant.
- ⑭ « “Le complément de libre choix du mode de garde est versé à la condition que le ménage ou la personne seule exerce une activité professionnelle.
- ⑮ « “Les situations qui sont assimilées à une activité professionnelle pour le bénéficiaire du complément et leurs modalités de prise en compte sont déterminées par décret.
- ⑯ « “La condition mentionnée à l’alinéa précédent ne s’applique pas :
- ⑰ « “– lorsque la personne ou les deux membres du couple poursuivent des études ;
- ⑱ « “– lorsque la personne ou au moins l’un des membres du couple bénéficie d’une des allocations mentionnées aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code et aux articles L. 5423-1 et L. 5423-2 du code du travail ;
- ⑲ « “– aux personnes bénéficiaires du revenu mentionné à l’article L. 262-1 du code de l’action sociale et des familles, à la condition que le bénéficiaire soit inscrit dans une démarche d’insertion professionnelle dont les modalités sont définies par décret en Conseil d’État.
- ⑳ « “II. – Lorsque le ménage ou la personne emploie une assistante maternelle agréée, le montant des cotisations et contributions sociales est pris en charge en totalité, pour chaque enfant, à la condition que la rémunération correspondante de l’assistante maternelle ne dépasse pas un taux de salaire horaire maximum fixé par décret.
- ㉑ « “Lorsque le ménage ou la personne emploie une personne mentionnée à l’article L. 7221-1 du code du travail, une fraction des cotisations et contributions sociales est prise en charge, dans la limite d’un plafond par ménage. Le taux de prise en charge des cotisations et contributions sociales ainsi que le montant du plafond sont fixés par décret. Le plafond est revalorisé conformément à l’évolution des prix à la consommation hors tabac, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

- ② « “III. – L’aide versée au titre de la prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l’enfant ou des enfants est égale à une part, fixée par décret, du salaire net servi et des indemnités mentionnées à l’article L. 423-4 du code de l’action sociale et des familles. Elle est calculée par enfant en cas d’emploi d’une assistante maternelle agréée et par ménage en cas d’emploi d’une personne mentionnée à l’article L. 7221-1 du code du travail.
- ③ « “Toutefois, le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d’enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret :
- ④ « “1° Lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ;
- ⑤ « “2° Lorsque la personne seule ou l’un des membres du couple bénéficie de la prestation instituée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code.
- ⑥ « “3° Lorsque la charge du ou des enfants est assumée par une personne seule.
- ⑦ « “IV. – Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l’article L. 531-1, le complément de libre choix du mode de garde est également versé, à un montant réduit, pour la garde d’un enfant ayant un âge supérieur à l’âge mentionné à cet article mais inférieur à un âge limite.
- ⑧ « “V. – Un décret détermine les conditions de cumul, pour un même enfant ou plusieurs enfants, des compléments de libre choix du mode de garde versés au titre de modes de garde différents.” ;
- ⑨ « c) L’article L. 531-6 est applicable dans sa rédaction résultant de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2018. » ;
- ⑩ 3° Le *e* devient le *d*.
- ⑪ III. – Le présent article entre en vigueur au 1^{er} octobre 2018 pour les gardes d’enfants réalisées à compter de cette date. »

Exposé des motifs

La situation d'isolement induit, pour les parents concernés, des contraintes particulières pour la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle. Les enjeux de garde d'enfant représentent d'ailleurs l'un des principaux freins à la reprise d'emploi des familles monoparentales.

Au regard de ce constat, la présente mesure permet de majorer le montant maximal d'aide auquel les familles monoparentales pourront prétendre au titre de la garde de leur enfant par une garde à domicile ou une assistante maternelle. Le plafond du complément de libre choix de mode de garde (CMG) sera augmenté de 30% par voie réglementaire à compter d'octobre 2018 pour les familles monoparentales. Cette meilleure solvabilisation permet de mieux accompagner ces familles dans leurs projets de reprise ou d'accroissement d'activité professionnelle.

Dans le cadre de l'objectif général de reconnaissance d'un droit à l'erreur au profit des usagers, le Gouvernement prendra par ailleurs une mesure réglementaire permettant aux familles de percevoir leur droit au complément de libre choix du mode de garde même si elles en font la demande avec retard, dans la limite d'un mois.

Article 26

- ① I. – Le chapitre I^{er} du titre III du livre V du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au dernier alinéa de l'article L. 531-2, après les mots : « par décret », sont insérés les mots : « par référence au plafond applicable à l'allocation de base versée à taux plein mentionnée à l'article L. 531-3, » ;
- ③ 2° L'article L. 531-3 est ainsi modifié :
- ④ a) A la deuxième phrase du premier alinéa, les mots : « , défini par décret, » sont supprimés ;
- ⑤ b) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑥ « Le plafond de ressources et le taux servant au calcul de l'allocation de base versée à taux plein sont identiques à ceux retenus pour l'attribution du complément familial prévu par l'article L. 522-1 et la fixation de son montant. »

- ⑦ II. – Le III de l'article 74 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 est abrogé à compter du 1^{er} avril 2018.
- ⑧ Le I du présent article est applicable aux prestations mentionnées aux articles L. 531-2 et L. 531-3 dues au titre des enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} avril 2018.
- ⑨ III. – Les montants et les plafonds de ressources des prestations mentionnées aux articles L. 531-2 et L. 531-3 du code de la sécurité sociale dues au titre des enfants nés ou adoptés jusqu'au 31 mars 2018 sont fixés et revalorisés dans les conditions prévues par les dispositions en vigueur à la date de publication de la présente loi.

Exposé des motifs

L'allocation de base de la PAJE et le complément familial sont deux prestations familiales servies sous condition de ressources, l'une pour les familles avec au moins un enfant de moins de 3 ans, et l'autre pour les familles n'ayant que des enfants d'au moins 3 ans.

Le III de l'article 74 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 avait introduit une mesure d'alignement à terme du montant de l'allocation de base versé à taux plein sur celui du complément familial.

Il est proposé de procéder dès le 1er avril 2018 à une mise en cohérence de ces deux prestations, à la fois pour leurs conditions de ressources et leurs montants. Cette harmonisation améliorera la lisibilité de l'architecture des prestations familiales. Les droits en cours ou acquis au titre des enfants nés ou adoptés avant le 31 mars 2018 ne seront pas modifiés par la réforme. Par ailleurs, le montant de la prime à la naissance sera dégelé.

Article 27

Pour l'année 2018, les objectifs de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale sont fixés à 49,7 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Les dépenses de la branche famille sont quasiment stables, elles ne progressent que de 0,1 milliard d'euros entre 2017 et 2018. La progression

des dépenses est en effet contenue, alors même que les aides pour les familles monoparentales sont renforcées, via une majoration du complément de mode de garde.

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE VIEILLESSE

Article 28

- ① I. – De 2018 à 2020, les montants de l'allocation de solidarité aux personnes âgées mentionnée à l'article L. 815-1 du code de la sécurité sociale et de l'allocation supplémentaire vieillesse prévue à l'article L. 815-2 du même code dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ainsi que les plafonds de ressources prévus pour le service de ces allocations et des prestations mentionnées à l'article 2 de la même ordonnance peuvent être portés, par décret, à des niveaux supérieurs à ceux qui résulteraient de l'application des dispositions de l'article L. 816-2 du même code.
- ② II. – De 2018 à 2020, le montant de 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 ainsi que le plafond de ressources prévu pour le service de cette allocation sont portés, par décret, à des niveaux supérieurs à ceux qui résulteraient de l'application des dispositions de l'article 29 de la même ordonnance.

Exposé des motifs

La présente mesure traduit l'engagement pris par le Président de la République, visant à revaloriser de façon significative pour tous ses bénéficiaires le montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) afin de soutenir le niveau de vie des personnes âgées modestes. Le montant de l'ASPA, fixé par des dispositions réglementaires, sera progressivement porté à 903 euros par mois en 2020 pour une personne seule, ce qui représente une hausse de 30 euros par mois la première année et de 35 euros par mois les années suivantes. Le montant de l'ASPA servi à un couple sera revalorisé dans les mêmes proportions. Par ailleurs, l'article 29 prévoit que la date de revalorisation de l'ASPA sera avancée au 1er janvier (contre le 1er avril aujourd'hui) à compter de 2019.

Article 29

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À l'article L. 161-23-1, le mot : « octobre » est remplacé par le mot : « janvier » ;
- ③ 2° À l'article L. 816-2, le mot : « avril » est remplacé par le mot : « janvier ».
- ④ II. – À l'article 29 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, les mots : « applicables aux pensions d'invalidité prévues à l'article L. 341-6 du code de la sécurité sociale. » sont remplacés par les mots : « prévues à l'article L. 816-2 du code de la sécurité sociale. »
- ⑤ III. – La prochaine revalorisation réalisée en application de l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale dans la rédaction issue la loi n° 2017- de financement de la sécurité sociale pour l'année 2018 a lieu le 1^{er} janvier 2019.
- ⑥ IV. – Les dispositions du 2° du I et du II du présent article entrent en vigueur à compter du 31 décembre 2018.

Exposé des motifs

Le présent article unifie la date de revalorisation des pensions de retraite, qui intervient aujourd'hui au 1er octobre, et du minimum vieillesse, qui intervient aujourd'hui au 1er avril, afin de permettre aux retraités de bénéficier de règles cohérentes. A compter du 1er janvier 2019, le minimum vieillesse et les pensions de retraite seront donc désormais revalorisés à la même date. Les retraités modestes bénéficieront en outre de la revalorisation de 100 euros par mois, sur 3 ans, du montant du minimum vieillesse en application de l'article 28.

Article 30

- ① Pour l'année 2018, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés :
- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 236,4 milliards d'euros ;

- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 133,6 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 2,3% entre 2017 et 2018. Les prestations versées augmentent sous l'effet de la fin du décalage de l'âge légal de départ en retraite.

TITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL MALADIES PROFESSIONNELLES

Article 31

- ① I. - Le livre IV du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale, la seconde phrase est remplacée par les dispositions suivantes :
- ③ « En ce qui concerne les maladies professionnelles, est assimilée à la date de l'accident :
- ④ « – la date de la première constatation médicale de la maladie ;
- ⑤ « – lorsqu'elle est postérieure, la date qui précède de deux années la déclaration de maladie professionnelle mentionnée au premier alinéa de l'article L. 461-5 ;
- ⑥ « – pour l'application des règles de prescription de l'article L. 431-2, la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle. » ;
- ⑦ 2° Au dernier alinéa de l'article L. 461-5, les mots : « du premier alinéa » sont supprimés.
- ⑧ II. – Le présent article est applicable aux maladies professionnelles déclarées à compter du 1^{er} juillet 2018.

Exposé des motifs

Les dispositions législatives en vigueur fixent le point de départ de l'indemnisation des maladies professionnelles à la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical (dit certificat médical initial) du lien possible entre sa pathologie et une activité professionnelle. Cette règle conduit dans un certain nombre de cas à une indemnisation partielle des victimes selon les règles applicables aux maladies professionnelles, en particulier pour les pathologies présentant un délai de latence important et pour lesquelles l'origine professionnelle n'est pas immédiatement identifiable. Pour des raisons d'équité, la mesure proposée vise à indemniser la victime de maladie professionnelle selon les règles applicables à ces maladies dès l'apparition des premiers symptômes de cette maladie, indépendamment de la date à laquelle la victime a connaissance de son origine éventuellement professionnelle. Toutefois, pour des raisons opérationnelles et afin de limiter l'aléa pesant sur les entreprises auxquelles le sinistre est imputable, la date de début d'indemnisation ne pourra pas remonter au-delà de deux ans avant la demande de reconnaissance de maladie professionnelle adressée par l'assuré.

Article 32

- ① 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 270 millions d'euros au titre de l'année 2018.
- ② 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 613 millions d'euros au titre de l'année 2018.
- ③ 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 2018.
- ④ IV. – Les montants mentionnés aux articles L. 242-5 du code de la sécurité sociale et L. 751-13-1 du code rural et de la pêche maritime couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale et les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif

mentionné à l'article L. 4163-1 du code du travail sont respectivement fixés à 186 millions d'euros et 8 millions d'euros pour l'année 2018.

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 de l'assurance maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des AT-MP ainsi que le montant de dépenses correspondant aux dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente et par le compte professionnel de prévention.

En premier lieu, pour 2018, le total des dépenses du FIVA est évalué à 375,3 millions d'euros. Compte tenu d'une dotation nette de l'État de 7,8 millions d'euros (après mise en réserve) et des autres produits du fonds (prévus à hauteur de 81,1 millions d'euros), une dotation de la branche AT-MP de 270 millions d'euros est nécessaire pour 2018. Il convient de noter que le fonds de roulement du FIVA (80,9 millions d'euros à fin 2018), correspondant à environ trois mois de dépenses d'indemnisation, lui permettra d'assurer ses dépenses d'indemnisation.

En deuxième lieu, la diminution du nombre de bénéficiaires de l'ACAATA se poursuit (-12,2% en 2016) et a continué de déterminer la baisse des charges, dans un contexte de faible inflation. Les dépenses prévisionnelles pour 2017 demeureront dans une dynamique proche des années précédentes, la baisse des allocataires étant légèrement amortie par le redémarrage de l'inflation. Ces prestations diminueraient de 10,2%. Selon les dernières prévisions, le déficit du fonds s'élèverait à 9 millions d'euros en 2017 et son résultat cumulé deviendrait déficitaire (7 millions d'euros).

En 2018, il est proposé de fixer à 613 millions la contribution de la branche AT-MP de façon à dégager un excédent de 7 millions d'euros et ainsi rééquilibrer le résultat cumulé du fonds.

En troisième lieu, en 2017 a été remis le dernier rapport de la commission chargée d'évaluer la sous-déclaration des AT-MP, sur la base duquel le Gouvernement fixe la dotation annuelle de la branche AT-MP à la branche maladie en application de l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale.

Les bornes basse et haute de l'estimation ont été réévaluées respectivement à 815 et 1 530 millions d'euros, en hausse par rapport à la précédente estimation établie en 2014 qui aboutissait à une fourchette de 695 à 1 500 millions d'euros.

Il est cependant proposé de maintenir la dotation à 1 milliard d'euros pour 2018 afin de prendre en compte les progrès mis en avant par la commission en matière de lutte contre la sous-déclaration des AT-MP.

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 est évalué à 186 millions d'euros en 2018 :

- 82 millions d'euros au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente, en augmentation de 20% par rapport à 2017 du fait de l'élargissement des conditions d'accès au dispositif (suppression de la condition d'exposition de 17 ans pour les victimes de maladies professionnelles atteints d'un taux d'incapacité permanente entre 10% et 19%),

- 104 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 agricole est évalué à 8 millions d'euros en 2018 : 5,5 millions d'euros au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente, en augmentation de 20% par rapport à 2017, et 2,5 millions d'euros au titre du compte professionnel de prévention.

Article 33

- ① Pour l'année 2018, les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :

- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 13,5 milliards d'euros ;
- ③ 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 2,3% entre 2017 et 2018, principalement du fait de l'intégration du financement du compte professionnel de prévention à la branche AT-MP.

TITRE IV

DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE

CHAPITRE I^{ER}

Dispositions relatives à la prévention

Article 34

- ① I. – Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° À l'article L. 3111-1, les mots : « L. 3111-2 à L. 3111-4 et L. 3112-1 » sont remplacés par les mots : « L. 3111-2 à L. 3111-4, L. 3111-6 et L. 3112-1 » ;
- ③ 2° L'article L. 3111-2 est remplacé par un article ainsi rédigé :
- ④ « *Art. L. 3111-2 - I. - Les vaccinations suivantes sont obligatoires sauf contre-indication médicale reconnue, dans des conditions d'âge déterminées par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Haute autorité de santé :*
- ⑤ « 1° Antidiphthérique ;
- ⑥ « 2° Antitétanique ;
- ⑦ « 3° Antipoliomyélitique ;

- ⑧ « 4° Contre la coqueluche ;
- ⑨ « 5° Contre les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type B ;
- ⑩ « 6° Contre le virus de l'hépatite B ;
- ⑪ « 7° Contre les infections invasives à pneumocoque ;
- ⑫ « 8° Contre le méningocoque de sérogroupe C ;
- ⑬ « 9° Contre la rougeole ;
- ⑭ « 10° Contre les oreillons ;
- ⑮ « 11° Contre la rubéole.
- ⑯ « II. – Les personnes titulaires de l'autorité parentale ou qui ont la charge de la tutelle des mineurs sont tenues personnellement responsables de l'exécution de cette obligation, dont la justification doit être fournie, selon des modalités définies par décret, pour autoriser l'admission ou le maintien dans toute école, garderie, colonie de vacances ou autre collectivité d'enfants. » ;
- ⑰ 3° L'article L. 3111-3 est abrogé ;
- ⑱ 4° L'article L. 3111-4-1 devient l'article L. 3111-3 ;
- ⑲ 5° Au premier alinéa de l'article L. 3111-9, le mot : « chapitre » est remplacé par le mot : « titre ».
- ⑳ II. – Le chapitre VI du même titre est ainsi modifié :
- ㉑ 1° À l'article L. 3116-1, les mots : « L. 3111-2 à L. 3111-4, L. 3111-6 à L. 3111-8 » sont remplacés par les mots : « L. 3111-4 » ;
- ㉒ 2° Les articles L. 3116-2 et L. 3116-4 sont abrogés.
- ㉓ III. – Les dispositions du II de l'article L. 3111-2 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue de la présente loi, sont applicables, en ce qui concerne les vaccinations mentionnées du 4° à 11° du I du même article, à compter du 1^{er} juin 2018 et aux personnes titulaires de l'autorité parentale sur des enfants nés après 1^{er} janvier 2018 ».
- ㉔ IV. – A. – Les 3° et 4° du I, le 2° du II et le III du présent article sont applicables à Wallis-et-Futuna.

- ②5 B. – Le titre II du livre VIII de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ②6 1° L'article L. 3821-1 est ainsi modifié :
- ②7 a) Au premier alinéa, la référence à l'article L. 3111-4-1 est remplacée par la référence à l'article L. 3111-3 ;
- ②8 b) L'article est complété par deux alinéas ainsi rédigés :
- ②9 « Les articles L. 3111-1, L. 3111-2 et L. 3111-9 sont applicables dans leur rédaction résultant de la loi n° 2017- de financement de la sécurité sociale pour 2018.
- ③0 « L'article L. 3111-5 est applicable dans sa rédaction résultant de l'ordonnance n° 2016-462 du 14 avril 2016. » ;
- ③1 2° Les articles L. 3821-2 et L. 3821-3 sont abrogés ;
- ③2 3° À l'article L. 3826-1, les mots : « L. 3116-3 à L. 3116-6 » sont remplacés par les mots : « L. 3116-5 et L. 3116-6 ».

Exposé des motifs

Le présent article vise à étendre les obligations vaccinales, en ajoutant huit vaccinations, aujourd'hui recommandées, aux trois vaccinations obligatoires en vigueur.

Afin d'améliorer la couverture vaccinale, éviter la réémergence de foyers épidémiques et lever la distinction entre vaccinations obligatoires et recommandées pour les enfants âgés de 0 à 18 mois, le choix de l'obligation vaccinale s'impose. Ces obligations pourront être levées lorsque les couvertures vaccinales appropriées seront atteintes et que la levée de l'obligation ne risquera pas d'entraîner une baisse des vaccinations.

Les vaccinations conditionnent l'entrée ou le maintien dans toute école, garderie, colonie de vacances ou autre collectivité d'enfants. La mesure supprime par ailleurs les sanctions spécifiques au refus de vaccination. Seule l'infraction générale du code pénal relative aux atteintes aux intérêts de l'enfant subsiste.

Les parents ne seront personnellement tenus responsables de l'exécution des huit nouvelles vaccinations, et ces dernières ne seront

exigibles pour l'admission en collectivité, que pour les enfants nés à partir du 1er janvier 2018.

L'ensemble de ces vaccins est pris en charge par l'assurance maladie, dans les conditions de droit commun.

CHAPITRE II

Promouvoir l'innovation en santé

Article 35

- ① I. - L'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :
- ② « *Art. L. 162-31-1. - I. - Des expérimentations dérogatoires à au moins une des dispositions mentionnées au II peuvent être mises en œuvre, pour une durée qui ne peut excéder cinq ans.*
- ③ « Ces expérimentations ont l'un ou l'autre des buts suivants :
- ④ « 1° De permettre l'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaire et médico-social concourant à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficacité du système de santé et de l'accès aux soins, en visant à :
- ⑤ « *a)* Optimiser par une meilleure coordination le parcours de santé, la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale ;
- ⑥ « *b)* Organiser pour une séquence de soins la prise en charge des patients ;
- ⑦ « *c)* Développer les modes d'exercice regroupé en participant à la structuration des soins primaires ;
- ⑧ « *d)* Favoriser la présence de professionnels de santé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins ;
- ⑨ « 2° D'améliorer la pertinence de la prise en charge par l'assurance maladie des médicaments ou des produits et prestations associées

mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et la qualité des prescriptions, en modifiant :

- ⑩ « a) Les conditions de prise en charge des médicaments et des produits et prestations associées onéreux au sein des établissements de santé et le recueil d'informations relatives au contexte, à la motivation et à l'impact de la prescription et de l'utilisation de ces mêmes médicaments, produits et prestations associées ;
- ⑪ « b) Les modalités de rémunération, les dispositions prévoyant des mesures incitatives ou de modulation concernant les professionnels de santé ou les établissements de santé, ainsi que des mesures d'organisation dans l'objectif de promouvoir un recours pertinent aux médicaments et aux produits et prestations associées ;
- ⑫ « c) Les conditions d'accès au dispositif prévu à l'article L. 165-1-1.
- ⑬ « II. - Pour la mise en œuvre de ces expérimentations, il peut être dérogé en tant que de besoin :
- ⑭ « 1° À certaines des dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :
- ⑮ « a) Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L.162-16-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-22-6-1, L. 162-22-10, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15, L. 162-23-1, L. 162-23-2, L. 162-23-4, L.162-23-8, L. 162-26, L. 162-26-1, L. 162-32-1 et L. 165-1, L. 174-1, L. 322-5 et L. 322-5-2, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux établissements de santé, centres de santé, professionnels de santé, prestataires de transports sanitaires ou entreprises de taxi ;
- ⑯ « b) À l'article L. 162-2, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;
- ⑰ « c) Aux 1°, 2°, et 6° de l'article L. 160-8, en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;
- ⑱ « d) Aux articles L. 160-13, L. 160-14 et L. 160-15, relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations et à l'article L. 174-4 relatif au forfait journalier hospitalier ;

- ⑲ « e) Aux articles L. 162-16 à L. 162-19, L. 162-22-7, L. 162-22-7-1, L. 162-22-7-2, L. 162-23-6, L. 162-38, L. 165-1 à L. 165-7, en tant qu'ils concernent la prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux par l'assurance maladie ;
- ⑳ « 2° À certaines des dispositions suivantes du code de la santé publique, lorsque cette dérogation est indispensable à la mise en œuvre de l'expérimentation et sous réserve, le cas échéant, de l'avis de la Haute Autorité de santé :
- ㉑ « a) À l'article L. 4113-5, en ce qu'il concerne les règles relatives au partage d'honoraires entre professionnels de santé ;
- ㉒ « b) Au premier alinéa de l'article L. 6111-1, en tant qu'il limite les missions des établissements de santé, afin de leur permettre de proposer à leurs patients une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé, en amont ou en aval de leur hospitalisation, le cas échéant en déléguant cette prestation ;
- ㉓ « c) À l'article L. 6122-3, afin de permettre que soit accordée une autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements d'établissements de santé ou de professionnels de santé ;
- ㉔ « d) À l'article L. 4211-1, afin de permettre l'intervention des prestataires de service et distributeurs de matériels mentionnés à l'article L. 5232-3 du même code pour dispenser à domicile des dialysats, sous la responsabilité d'un pharmacien inscrit à l'ordre des pharmaciens en section A et D ;
- ㉕ « 3° À certaines des règles de tarification applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.
- ㉖ « III. - Les expérimentations à dimension nationale sont autorisées, le cas échéant après avis de la Haute Autorité de santé, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. Les expérimentations à dimension régionale sont autorisées, le cas échéant après avis conforme de la Haute Autorité de santé, par arrêté des directeurs généraux des agences régionales de santé.
- ㉗ « Un comité technique composé de représentants de l'assurance maladie, des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé et des agences régionales de santé, émet un avis sur les expérimentations, leur

mode de financement et leurs modalités d'évaluation et détermine leur champ d'application territorial.

- ②⑧ « Le comité technique saisit la Haute Autorité de santé pour avis des projets d'expérimentation comportant des dérogations à des dispositions du code de la santé publique relatives à l'organisation ou la dispensation des soins. Un décret en Conseil d'État prévoit les dérogations qui justifient la saisine de la Haute Autorité de santé et le délai dans lequel son avis est rendu.
- ②⑨ « Les catégories d'expérimentations, les modalités de sélection, d'autorisation, de financement et d'évaluation des expérimentations selon le niveau territorial ou national de celles-ci, les modalités d'information des patients ainsi que la composition et les missions du comité technique sont précisées par décret en Conseil d'État.
- ③⑩ « IV. – Les professionnels intervenant dans le cadre d'une expérimentation sont réputés appartenir à des équipes de soins au sens de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique.
- ③⑪ « Les personnes chargées de l'évaluation des expérimentations ont accès aux données individuelles non nominatives contenues dans le système d'information prévu à l'article L. 161-28-1 du code de la sécurité sociale lorsque ces données sont nécessaires à la préparation, la mise en œuvre et l'évaluation prévue au présent article, dans le respect des conditions prévues au chapitre I du titre VI du livre IV de la première partie du code de la santé publique, sous réserve, le cas échéant, d'adaptations établies par décret en Conseil d'État.
- ③⑫ « V. - Sans préjudice des règles de financement prévues au titre VI du livre premier du code de la sécurité sociale, ou des missions du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, le financement de tout ou partie des expérimentations peut être assuré par un fonds pour l'innovation du système de santé, géré par la Caisse nationale d'assurance maladie.
- ③⑬ « Les ressources du fonds sont constituées par une dotation du régime général de l'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. L'évaluation des expérimentations régies par le présent article est financée par le fonds pour l'innovation du système de santé.

- ③④ « VI. - Le Gouvernement présente chaque année au Parlement un état des lieux des expérimentations en cours et lui remet, au plus tard un an après la fin de chaque expérimentation, le rapport d'évaluation la concernant »
- ③⑤ II. - Le 9° de l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :
- ③⑥ « 9° De participer au financement des dispositifs qui organisent le travail en équipe entre professionnels de santé. »
- ③⑦ III. - Le dernier alinéa de l'article L. 1433-1 du code de la santé publique est supprimé.
- ③⑧ IV. - Au I de l'article 43 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, les mots : « pour une durée n'excédant pas quatre ans » et au II de l'article 43 de la même loi, les mots : « pour une période n'excédant pas quatre ans » sont remplacés par les mots : « jusqu'au 31 décembre 2018 ».
- ③⑨ V. - Les expérimentations conduites dans le cadre de l'article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, de l'article 43 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, de l'article 53 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, des articles 66, 68 et 94 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 peuvent être poursuivies après autorisation par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé, sous réserve qu'elles entrent dans l'objet défini au I de l'article L. 162-31-1 dans sa rédaction issue de la présente loi et que soit prévue une évaluation conforme aux dispositions réglementaires prévues au I du même article. L'arrêté fixe la nouvelle date de fin de l'expérimentation, qui ne peut porter la durée totale de l'expérimentation à plus de six ans à compter de la date de début de mise en œuvre effective de l'expérimentation initiale ni être postérieure au 31 décembre 2022. Le financement de ces expérimentations est assuré dans les conditions prévues par cet article. Les expérimentations dont la poursuite n'a pas été autorisée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé avant le 31 décembre 2018 prennent fin au plus tard le 31 décembre 2019.

Exposé des motifs

L'organisation de notre système de santé doit évoluer pour améliorer le parcours des patients et l'accès aux soins, en se fondant sur des projets d'organisations innovantes. En outre, les modes de rémunération et de suivi des prescriptions de produits de santé ainsi que leur prise en charge, notamment pour les produits les plus onéreux et les plus innovants, ne permettent pas toujours de favoriser la pertinence et la qualité des soins.

En effet, notre système de santé est caractérisé par une offre de soins cloisonnée, alors que les patients sont de plus en plus atteints de pathologies complexes nécessitant une prise en charge coordonnée. De plus, les modèles de financement actuels ne permettent pas d'évoluer vers une organisation efficiente et coordonnée des soins. La mesure vise donc à encourager et accompagner le déploiement de nouvelles organisations qui améliorent le parcours des patients ainsi qu'à améliorer la pertinence des remboursements des produits de santé. Elle prévoit également que ces nouvelles organisations ou modalités de prises en charge seront évaluées.

Pour accompagner ces évolutions, la mesure proposée a pour objet, d'une part, d'offrir un cadre légal général permettant le déploiement d'expérimentations innovantes sur le territoire et, d'autre part, d'apporter les ajustements techniques nécessaires au maintien des expérimentations existantes.

A ce titre, la mesure proposée vise à tester, dans le cadre d'expérimentations :

1° des organisations nouvelles visant l'un des objectifs suivants :

- optimiser par une meilleure coordination le parcours de santé, la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale ;
- organiser pour une séquence de soins la prise en charge des patients ;
- développer les modes d'exercice regroupés en participant à la structuration des soins primaires ;
- favoriser la présence de professionnels de santé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins.

Par ailleurs, le travail en équipes pluri-professionnelles de proximité, outre le fait qu'il répond à une attente des nouvelles générations de professionnels de santé, et en particulier de médecins, constitue actuellement une des voies les plus avancées pour assurer une prise en charge coordonnée, mais aussi pour développer la prévention au plus près des patients en constituant et en exploitant des données épidémiologiques. De fait, la mesure proposée vise à préserver et ajuster les dispositifs de coopération actuellement déployés.

2° des expérimentations contribuant au remboursement pertinent des médicaments ou des produits et prestations associées visant l'un des objectifs suivants :

- définir de nouvelles modalités de prises en charge des médicaments onéreux et des produits innovants au sein des établissements de santé, associées au recueil d'informations adapté, pour donner une plus grande flexibilité aux établissements, tout en les responsabilisant davantage ;

- renforcer la pertinence des prescriptions des professionnels de santé ou des établissements de santé, et inciter directement les professionnels de santé à une juste prescription, notamment pour les médicaments biosimilaires prescrits par un médecin hospitalier ;

- améliorer les conditions d'accès au forfait innovation pour les dispositifs médicaux.

Article 36

- ① I. - Le deuxième alinéa du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale est complété par deux phrases ainsi rédigées :
- ② « Le cas échéant, la ou les conventions définissent en particulier le tarif et les modalités de réalisation des actes de télémedecine. Les actes de téléconsultation remboursés par l'assurance-maladie sont effectués par vidéotransmission ; ».
- ③ II. - Au troisième alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, les mots : « et de prise en charge financière » sont supprimés.
- ④ III. - L'article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 est abrogé à compter du 1^{er} janvier 2018. Les dispositions réglementaires et les stipulations conventionnelles prises en application de cet article continuent de produire

leurs effets jusqu'à la date d'entrée en vigueur des dispositions conventionnelles fixant les tarifs des activités mentionnées au I du présent article, et au plus tard au 1^{er} juillet 2019.

- ⑤ IV. - Des expérimentations portant sur la réalisation d'actes de télésurveillance peuvent être menées, à compter du 1^{er} janvier 2018 et pour une durée de quatre ans, en métropole, dans l'ensemble des collectivités territoriales régies par l'article 73 de la Constitution ainsi qu'à Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon et dans les îles Wallis-et-Futuna.
- ⑥ Les conditions de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies dans des cahiers des charges arrêtés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ⑦ Pour la mise en œuvre des expérimentations, il peut être dérogé :
- ⑧ 1° Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-26, L. 162-32-1 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux établissements de santé, centres de santé et professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;
- ⑨ 2° Aux articles L. 314-1, L. 314-2, L. 314-8 et L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles, en tant qu'ils concernent les modes de tarification des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du même code ;
- ⑩ 3° Aux règles tarifaires et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés au même article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- ⑪ 4° À l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;
- ⑫ 5° Aux articles L. 160-10, L. 160-13 et L. 160-14 du même code, relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.
- ⑬ Les dépenses qui résultent de la mise en œuvre des expérimentations sont prises en charge par le fonds prévu à l'article L. 1435-8 du code de la

santé publique. Elles s'imputent sur la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 1435-9 du même code et font l'objet d'une identification spécifique par l'arrêté prévu au même 1°. Par dérogation à ce même article L. 1435-9, les crédits affectés aux agences régionales de santé par cet arrêté ne peuvent être affectés au financement d'autres activités.

- ⑭ Les produits ou prestations ayant pour objet de réaliser la transmission de données permettant à un professionnel de santé d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient ne peuvent pas être inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pendant la durée des expérimentations, dès lors que leur indication inclut le diagnostic, la prévention, le contrôle ou le traitement d'une pathologie prévue dans l'un des cahiers des charges.
- ⑮ Ces dispositions ne s'appliquent pas aux produits ou prestations dont le fonctionnement et la finalité sont comparables à des produits ou prestations ayant pour objet de réaliser la transmission de données permettant à un professionnel de santé d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et déjà inscrits sur la liste mentionnée au même article L. 165-1.
- ⑯ Le présent article ne fait pas obstacle à la possibilité pour les fabricants ou distributeurs de produits ou prestations de déposer avant la fin de l'expérimentation auprès des ministres compétents et de la Haute Autorité de santé une demande d'inscription de ces produits ou prestations sur la liste prévue audit article L. 165-1.
- ⑰ Lorsque le dépôt de cette demande d'inscription intervient avant la fin de l'expérimentation, les produits ou prestations concernés continuent à bénéficier de la prise en charge financière qui était prévue au titre de l'expérimentation durant la période séparant, le cas échéant, la fin de cette expérimentation de la décision relative à l'inscription sur la liste. Cette prise en charge financière cesse de plein droit à compter de l'intervention de cette dernière décision, quels que soient son sens, sa forme ou ses motifs.
- ⑱ Les agences régionales de santé et les organismes de sécurité sociale transmettent et partagent les informations qu'ils détiennent, dans la stricte mesure de leur utilité pour la connaissance et le suivi du parcours des patients pris en charge par télémédecine dans le cadre des expérimentations et des dépenses associées. Ces informations peuvent faire l'objet d'un recueil à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques ou des activités de soins et de prévention, dans des conditions garantissant le respect du

secret médical. La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés met en œuvre les adaptations de ses systèmes d'information qui s'avèrent nécessaires pour le suivi de l'activité réalisée en télémédecine dans le cadre de ces expérimentations.

- ①9 Au terme de ces expérimentations, une évaluation est réalisée ou validée par la Haute Autorité de santé en vue d'une généralisation, en liaison avec les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les centres de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux participant à l'expérimentation. Elle fait l'objet d'un rapport transmis au Parlement par le ministre chargé de la santé avant le 30 septembre 2021.

Exposé des motifs

Depuis sa reconnaissance et malgré les impulsions de l'échelon national et des agences régionales de santé, la télémédecine demeure marginale. Afin d'élargir les usages notamment en ville, l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a prévu une expérimentation visant à poser un cadre organisationnel et financier propice à la structuration de projets locaux et à la détermination des modalités d'intégration dans le droit commun du financement des actes.

Dans le même temps, la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire ainsi que la négociation de la nouvelle convention médicale ont montré une très forte attente des professionnels, tant hospitaliers qu'en ville, qui font de la possibilité d'accéder en routine aux téléconsultations une condition essentielle de déploiement des parcours de soins.

Dans ce contexte, la mesure proposée prévoit une bascule vers le financement de droit commun pour certains actes de télémédecine.

La mesure vise ainsi à organiser la prise en charge de la téléconsultation par l'assurance-maladie, tout en accompagnant l'organisation de l'offre de soins ainsi encouragée. Elle prévoit que la télé-expertise intègre le droit commun de la prise en charge par l'assurance maladie selon des modalités fixées par voie conventionnelle. Elle abroge le cadre expérimental en vigueur sans rupture de prise en charge pour les activités déjà développées. Pour la télésurveillance, un dispositif expérimental renouvelé est prévu.

Article 37

- ① I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le troisième alinéa de l'article L. 162-1-7 est ainsi modifié :
- ③ a) Les mots : « après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire » sont remplacés par les mots : « après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et après avis de la Haute Autorité de santé lorsque la décision porte sur l'évaluation du service attendu ou du service rendu d'un acte ou d'une prestation » ;
- ④ b) La deuxième phrase est supprimée ;
- ⑤ 2° Après l'article L. 162-1-7-3, il est inséré un article L. 162-1-7-4 ainsi rédigé :
- ⑥ « *Art. L. 162-1-7-4.* - Les actes ou prestations réalisés en équipe par plusieurs professionnels de santé, à l'exception des prestations mentionnées à l'article L. 165-1, peuvent faire l'objet d'une inscription spécifique sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 lorsqu'ils le sont dans une ou plusieurs des situations suivantes :
- ⑦ « 1° Dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice salarié auprès d'un autre professionnel de santé libéral ;
- ⑧ « 2° Dans un centre de santé ;
- ⑨ « 3° Dans le cadre d'un exercice salarié dans un établissement de santé.
- ⑩ « Les conditions d'inscription spécifique de ces actes ou prestations, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.
- ⑪ « Les décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ⑫ « Lorsque les actes ou prestations réalisés en équipe ont fait l'objet d'un avis favorable du collège des financeurs, prévu à l'article L. 4011-2-3 du code de la santé publique, l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au deuxième alinéa du présent article n'est pas nécessaire. » ;

- ⑬ 3° L'article L. 162-1-8 est ainsi modifié :
- ⑭ a) Le premier alinéa est précédé d'un « I » ;
- ⑮ b) Au troisième alinéa, les mots : « du présent article » sont remplacés par les mots : « du présent I » ;
- ⑯ c) Au quatrième alinéa, les mots : « au deuxième alinéa » sont remplacés par les mots : « au troisième alinéa » ;
- ⑰ d) Après le cinquième alinéa, il est inséré quatre alinéas ainsi rédigés :
- ⑱ « II. - Sans préjudice des dispositions du I du même article, en l'absence de hiérarchisation par les commissions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7 dans un délai de onze mois à compter de la transmission à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa du même article, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à la hiérarchisation d'un acte ou d'une prestation.
- ⑲ « Lorsqu'il est fait usage de la faculté prévue au précédent alinéa, la décision d'inscription est adressée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans un délai de trente jours à compter de l'expiration du délai mentionné au même alinéa.
- ⑳ « En l'absence de décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie dans le délai mentionné au précédent alinéa, l'Union en informe les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et en précise les motifs.
- ㉑ « Les actes et prestations inscrits selon la procédure prévue au présent II peuvent faire ultérieurement l'objet d'une nouvelle inscription suivant la procédure prévue à l'article L. 162-1-7. »
- ㉒ e) Le dernier alinéa est précédé d'un « III ».
- ㉓ II. - Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ㉔ 1° L'article L. 4011-2 est ainsi modifié :
- ㉕ a) Au début du deuxième alinéa, sont insérés les mots : « Lorsque leur mise en œuvre implique un financement dérogatoire, » ;

- ②⑥ b) Au troisième alinéa, après les mots : « après avis conforme de la Haute Autorité de santé et », sont insérés les mots : « , pour les protocoles impliquant un financement dérogatoire, » ;
- ②⑦ c) L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ②⑧ « Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent les priorités nationales en matière de protocoles de coopération. Pour les projets de protocoles relevant de ces priorités, les avis de la Haute Autorité de santé et, le cas échéant, du collège des financeurs sont rendus dans un délai de six mois à compter de leur transmission par l'agence régionale de santé. » ;
- ②⑨ 2° Au premier alinéa de l'article L. 4011-2-1, les mots : « de représentants de l'assurance maladie et de représentants du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, » sont remplacés par les mots : « de représentants de l'assurance maladie, de la Haute Autorité de santé, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, » ;
- ③⑩ 3° Au deuxième alinéa de l'article L. 4011-2-1, les mots : « et à la Haute Autorité de santé » sont supprimés ;
- ③⑪ 4° L'article L. 4011-2-3 est ainsi modifié :
- ③⑫ a) Les deux dernières phrases du second alinéa du I sont remplacées par une phrase ainsi rédigée : « La Haute Autorité de santé rend un avis sur l'efficacité et la sécurité du protocole en termes de santé publique. » ;
- ③⑬ b) Au premier alinéa du III, les mots : « au maintien à titre définitif d'un protocole de coopération » sont remplacés par les mots : « à la prise en charge financière définitive d'un protocole de coopération » ;
- ③⑭ 5° Le IV est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :
- ③⑮ « 4° Le collège des financeurs détermine les modalités de financement et de rémunération définitives des actes et prestations réalisés, sous réserve de leur inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 selon la procédure prévue au II de l'article L. 162-1-7-4 du code de la sécurité sociale. Dans ce cas, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent proroger la durée du financement prévu à l'article L. 4011-2-2 du présent code jusqu'à l'inscription des actes et prestations sur la liste susmentionnée. »

Exposé des motifs

La prise en charge d'un acte par l'assurance maladie nécessite, après avis de la Haute Autorité de santé (HAS), son inscription dans une nomenclature (classification commune des actes médicaux - CCAM - ou nomenclature générale des actes professionnels - NGAP). Cette inscription à la nomenclature suppose que cet acte soit tout d'abord hiérarchisé par rapport aux autres actes, de manière à permettre ensuite la détermination par les partenaires conventionnels d'un tarif de prise en charge. La hiérarchisation est assurée par des commissions de hiérarchisation des actes et prestations (CHAP), créées pour chaque profession conventionnée et composées paritairement de représentants de professionnels de santé et de l'assurance maladie.

La mesure proposée modifie cette procédure sous deux aspects.

D'une part, l'examen et le vote de la hiérarchisation par ces commissions peut parfois conduire à repousser sine die l'inscription à la nomenclature d'actes nouveaux, mis à part ceux qui bénéficient déjà d'une procédure d'inscription accélérée. Ainsi la procédure actuelle n'assure-t-elle pas la prévisibilité et la transparence auxquelles peuvent légitimement prétendre les professionnels à l'origine des demandes d'inscription. La mesure proposée rationalise la procédure en encadrant dans le temps le travail des CHAP sans affecter leur compétence. A défaut d'examen dans un délai de 11 mois, l'inscription à la nomenclature peut être réalisée unilatéralement par l'UNCAM. Une procédure similaire existe déjà pour des catégories particulières d'actes innovants, dans un délai d'examen raccourci de 5 mois. Le réexamen de la hiérarchisation de ces actes restera possible si les commissions souhaitent ultérieurement s'en saisir.

D'autre part, la mesure adapte les procédures d'inscription au remboursement et de tarification aux actes réalisés en équipe par des professionnels libéraux en leur offrant un cadre spécifique destiné à faciliter l'innovation et l'efficacité dans ce domaine tout en respectant les compétences des parties prenantes. Les actes médicaux déjà inscrits au remboursement, s'ils sont réalisés en équipe entre professionnels libéraux, notamment dans le cadre de protocoles de coopération, pourront ainsi être inscrits dans une liste spécifique, sans qu'il soit nécessaire de revoir leur hiérarchisation.

Enfin, la mesure proposée permet de définir des thèmes prioritaires pour la mise en place de protocoles de coopération entre professionnels

libéraux, dont la validation et le financement seront accélérés. Cette modification fera de ces protocoles un outil plus efficace dans la lutte contre la désertification médicale.

Article 38

- ① I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 162-16-5 est ainsi modifié :
- ③ a) Au premier alinéa du I, les mots : «, de la sécurité sociale et de l'économie » sont remplacés par les mots : « et de la sécurité sociale » ;
- ④ b) Après le deuxième alinéa du I, il est inséré un nouvel alinéa ainsi rédigé :
« La marge mentionnée au premier alinéa du I peut être réduite compte tenu de la modicité du prix de cession de la spécialité. » ;
- ⑤ c) Le « II » devient le « III » et après le I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
« II. - Le prix d'achat des spécialités acquitté par l'établissement ne peut être supérieur au prix de cession prévu au I minoré de la marge mentionnée au premier alinéa du même I. » ;
- ⑥ d) L'article est complété par deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑦ « IV. - La base de remboursement d'une spécialité peut faire l'objet d'un tarif unifié fixé par décision du Comité économique des produits de santé. Dans ce cas, ce tarif unifié est appliqué aux spécialités génériques et à leurs spécialités princeps, aux spécialités biologiques similaires et à leurs biologiques de référence, ainsi qu'à toute spécialité comparable en ce qui concerne les indications ou la visée thérapeutique. Le cas échéant, le tarif unifié peut être modulé au regard de différences de posologie ou du circuit de distribution de la spécialité, notamment l'importation prévue à l'article L. 5124-13 du code de la santé publique.
- ⑧ « Lorsqu'un tarif unifié a été fixé pour une spécialité, l'application des dispositions du III est effectuée par rapport à ce seul tarif unifié. » ;
- ⑨ 2° L'article L. 162-16-6 est ainsi modifié :

- ⑫ a) Le premier alinéa du I est ainsi modifié :
- ⑬ - à chaque occurrence, après les mots : « tarif de responsabilité », sont insérés les mots : « et le prix limite de vente aux établissements » ;
- ⑭ - à chaque occurrence, les mots : « est fixé » sont remplacés par les mots : « sont fixés » et, à chaque occurrence, le mot : « publié » est remplacé par le mot : « publiés » ;
- ⑮ - après les mots : « au tarif », sont insérés les mots : « et au prix limite » ;
- ⑯ b) Au deuxième alinéa du I, le mot : « est » est remplacé par les mots : « et ce prix limite sont », le mot : « fixé » est remplacé à chaque occurrence par le mot : « fixés », les mots : « Il peut » sont remplacés par les mots : « Ils peuvent » et le mot : « baissé » est remplacé par le mot : « baissés » ;
- ⑰ c) Le « II » devient le « III » et après le I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑱ « II. - Le prix d'achat des spécialités acquitté par l'établissement ne peut être supérieur au prix limite de vente défini au I. » ;
- ⑲ d) L'article est complété par deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑳ « IV. - La base de remboursement d'une spécialité peut faire l'objet d'un tarif unifié fixé par décision du Comité économique des produits de santé. Dans ce cas, ce tarif unifié est appliqué aux spécialités génériques et à leurs spécialités princeps, aux spécialités biologiques similaires et à leurs biologiques de référence, ainsi qu'à toute spécialité comparable en ce qui concerne les indications ou la visée thérapeutique. Le cas échéant, le tarif unifié peut être modulé au regard de différences de posologie ou du circuit de distribution de la spécialité, notamment l'importation prévue à l'article L. 5124-13 du code de la santé publique
- ㉑ « Lorsqu'un tarif unifié a été fixé pour une spécialité, l'application des dispositions du III est effectuée par rapport à ce seul tarif unifié. » ;
- ㉒ 3° L'article L. 162-17-2-1 est ainsi modifié :
- ㉓ a) Au premier alinéa, la référence : « L. 5121-21-1 » est remplacée par la référence : « L. 5121-12-1 » ;

- ②4 b) A la première phrase du troisième alinéa, après le mot : « remboursable, » la fin de la phrase est remplacée par les mots : « le Comité économique des produits de santé fixe, en vue de sa prise en charge ou son remboursement, un nouveau tarif ou un nouveau prix par convention avec l'entreprise ou, à défaut, par décision, selon les règles et critères d'appréciation applicables à l'indication ou aux indications déjà prises en charge. » ;
- ②5 c) A la deuxième phrase du même troisième alinéa, les mots : « le prix est fixé par décision des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en tenant compte du prix ou du tarif de responsabilité en vigueur pour les indications remboursées » sont remplacés par les mots : « ce nouveau tarif ou ce nouveau prix tient également compte, au moins pour partie, » ;
- ②6 d) Au quatrième alinéa, après les mots : « aux articles L. 162-17, », il est inséré la référence : « L. 162-22-7 » et cet alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Dans ce cas, ces mêmes ministres peuvent également fixer un prix de vente aux patients ou aux établissements dans les conditions prévues aux I et II de l'article L. 162-16-4. » ;
- ②7 4° L'article L. 162-22-7-2 est abrogé.
- ②8 II. - Après le premier alinéa du II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ②9 « Lorsqu'un patient relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français, bénéficie d'un ou plusieurs spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, la facturation de ses soins est majorée du coût de ces spécialités, produits et prestations. »
- ③0 III. - Le présent article entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2018, sous les réserves suivantes :
- ③1 1° Les dispositions relatives au prix limite de vente aux établissements mentionné au II de l'article L. 162-16-5 et au I de l'article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction résultant de la présente loi entrent en vigueur à compter du 1^{er} juillet 2018. À cette date, le prix limite de vente des spécialités aux établissements mentionné au I de l'article L. 162-16-6 du même code dans sa rédaction résultant de la présente loi, est égal au tarif de responsabilité applicable à ces spécialités ;

- ③ 2° Les décisions de prise en charge ou de remboursement, les tarifs ou les prix édictés en application des dispositions de l'article L. 162-17-2-1 du même code antérieurement à la publication de la présente loi, demeurent en vigueur jusqu'à leur modification éventuelle au titre des dispositions de la présente loi.

Exposé des motifs

La spécificité du fonctionnement des établissements de santé a rendu nécessaire la mise en place de règles particulières pour l'achat et la prise en charge des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) en leur sein : l'achat peut notamment être réalisé par appels d'offres, la prise en charge varie selon le circuit du patient (« liste en sus » pour les produits les plus innovants et onéreux, rétrocession par les pharmacies des établissements lorsque le produit a vocation à être utilisé en ambulatoire,...). Il apparaît toutefois nécessaire de faire évoluer plusieurs dispositifs existants pour les simplifier et permettre une meilleure efficacité des prises en charge.

La mesure abroge tout d'abord le mécanisme de minoration tarifaire qui consistait à diminuer le tarif d'hospitalisation pour chaque séjour au cours duquel un produit de la liste en sus était utilisé. Ce dispositif a en effet complexifié le circuit de facturation des établissements sans toutefois permettre de modifier les recours à la liste en sus. La mesure crée également un tarif unique de remboursement pour les médicaments à l'efficacité équivalente, notamment les génériques et les bio-similaires : ce dispositif permettra au Comité économique des produits de santé de proposer toujours le même niveau de tarif pour tous les produits d'une même classe, et ainsi de ne pas en favoriser certains lors des appels d'offres. La mesure prévoit également de rapprocher le montant facturé aux patients relevant d'un régime de sécurité sociale étranger des coûts réellement supportés par les établissements : il sera dorénavant possible de facturer directement le coût de la consommation de produits onéreux de la liste en sus aux patients de ces régimes. Enfin, pour favoriser lorsque cela est nécessaire le recours au dispositif de la recommandation temporaire d'utilisation (RTU), qui permet notamment d'encadrer l'usage d'un médicament dès lors que des conditions suffisantes de sécurité et d'efficacité sont réunies, la mesure permet au Comité économique des produits de santé de renégocier le prix des médicaments concernés en vue de leur prise en charge dans l'indication faisant l'objet d'une RTU.

CHAPITRE III

Accroître la pertinence et la qualité des soins

Article 39

- ① I. - Après le premier alinéa de l'article L. 162-30-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie, allouer un intéressement 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, en fonction des économies réalisées et du degré de réalisation de l'ensemble des objectifs fixés au contrat. »
- ③ II. - Le présent article s'applique à l'évaluation des contrats ou avenants conclus à compter du 1^{er} janvier 2018 en application de l'article L162-30-2.

Exposé des motifs

L'article 81 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a créé le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins. Celui-ci a notamment permis de fusionner, sur un même support et dans le cadre d'une procédure harmonisée, l'ensemble des dispositifs visant à garantir un juste recours à des soins de qualité, ce qui implique notamment une régulation des dépenses d'assurance maladie qui ne seraient pas justifiées au regard de la pertinence des actes, des prestations ou des prescriptions. Ce nouveau contrat permet d'une part, de redonner son sens et une plus grande lisibilité au modèle contractuel et d'autre part, de permettre aux établissements de santé, aux ARS et l'assurance maladie de s'inscrire dans une démarche partagée.

La présente mesure vise à étendre la portée de ce contrat en permettant d'octroyer un intéressement aux établissements de santé, dès lors qu'ils répondent aux objectifs contractuels de qualité, de pertinence et d'efficacité des soins.

Article 40

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

- ② 1° Le 4° de l'article L. 161-37 est complété par les mots : « , notamment en évaluant, lors de cette procédure, la mise en œuvre par les établissements de santé des obligations prévues au 18° de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique. » ;
- ③ 2° Après le 12° de l'article L. 161-37, sont insérés un 13° et un 14° ainsi rédigés :
- ④ « 13° Établir et mettre en œuvre la procédure de certification des activités de présentation, d'information ou de promotion en faveur des produits de santé et prestations éventuellement associées. Cette procédure de certification a pour finalité notamment de garantir le respect des chartes mentionnées aux articles L. 162-17-8 et L. 162-17-9 ;
- ⑤ « 14° Rendre l'avis mentionné au III de l'article L. 162-31-1. » ;
- ⑥ 3° L'article L. 161-38 est ainsi modifié :
- ⑦ a) Au I *bis*, après les mots : « les médicaments », sont insérés les mots : « , les dispositifs médicaux et les prestations associées » ;
- ⑧ b) Au premier alinéa du II, après les mots : « les prix des produits », sont insérés les mots : « de santé et des prestations éventuellement associées » ;
- ⑨ c) Au deuxième alinéa du II, le mot : « médicamenteuse » est remplacé par les mots : « des médicaments, des dispositifs médicaux et des prestations qui leur sont associées » ;
- ⑩ d) Après le deuxième alinéa du II, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑪ « Elle garantit que ces logiciels informent les prescripteurs des conditions spécifiques de prescription ou de prise en charge des produits de santé et des prestations éventuellement associées, notamment en mettant à leur disposition le code prévu à l'article L. 165-5 pour les produits de la liste mentionnée à l'article L. 165-1 et en permettant son utilisation lors de la prescription. Elle garantit que ces logiciels intègrent les référentiels de prescription ou tout autre document relatif à la prescription dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale Elle garantit que ces logiciels permettent l'accès aux services dématérialisés déployés par l'assurance maladie et dont la liste est fixée par arrêté des mêmes ministres. » ;

- ⑫ e) Le premier alinéa du III est complété par la phrase : « Cette procédure comprend également la certification des fonctions relatives à la délivrance des dispositifs médicaux et des prestations qui leur sont associées. » ;
- ⑬ f) Au dernier alinéa du III, les mots : « et de conformité » sont remplacés par les mots : « , de conformité et d'efficience » et après les mots : « de la dispensation », sont insérés les mots : « et de la délivrance des dispositifs médicaux et des prestations qui leur sont associées » ;
- ⑭ g) Après le IV, il est inséré un V ainsi rédigé :
- ⑮ « V. - Sont rendues obligatoires, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État et au plus tard le 1^{er} janvier 2021, les certifications prévues par les I à III de tout logiciel dont au moins une des fonctionnalités est de proposer une aide à l'édition des prescriptions médicales relatives à des dispositifs médicaux et à leurs prestations associées éventuelles ou une aide à la délivrance de ces produits et prestations associées. » ;
- ⑯ 4° Après l'article L. 162-17-8, il est inséré un article L. 162-17-9 ainsi rédigé :
- ⑰ « *Art. L. 162-17-9.* - Une charte de qualité des pratiques professionnelles des personnes chargées de la présentation, de l'information ou de la promotion des dispositifs médicaux à usage individuel, des produits de santé autres que les médicaments et des prestations de service éventuellement associées est conclue entre le Comité économique des produits de santé et un ou plusieurs syndicats ou organisations regroupant les fabricants ou distributeurs des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1.
- ⑱ « La charte vise, notamment, à mieux encadrer les pratiques commerciales, promotionnelles, de présentation ou d'information, qui pourraient nuire à la qualité des soins ou conduire à des dépenses injustifiées pour l'assurance maladie. La charte précise les conditions dans lesquelles les entreprises rendent compte de leur activité de présentation, d'information et de promotion.
- ⑲ « La charte est valablement conclue dès lors que les signataires, au titre des syndicats ou organisations, représentent plus du tiers des montants remboursés au titre de la liste mentionnée à l'article L. 165-1, exception faite des distributeurs pour le champ hospitalier.

- ⑳ « La charte conclue s'applique à l'ensemble des fabricants ou distributeurs de produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1.
- ㉑ « La charte est approuvée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ㉒ « En cas de refus d'approbation, ou en l'absence d'accord, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la charte des qualités de la promotion des produits ou prestations. Les conditions de refus d'approbation, de renouvellement et de dénonciation de la charte par les ministres sont fixées par décret en Conseil d'État.
- ㉓ « Le Comité économique des produits de santé peut fixer des objectifs chiffrés d'évolution des pratiques commerciales, promotionnelles, de présentation ou d'information, le cas échéant pour un ensemble de produits ou prestations comparables ou pour certains produits ou prestations.
- ㉔ « Le Comité économique des produits de santé peut fixer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de l'entreprise qui n'a pas respecté les décisions du comité mentionnées au précédent alinéa prises à son encontre ou qui n'a pas respecté une ou plusieurs dispositions de la charte.
- ㉕ « Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le ou les produits ou prestations concernés par le manquement. La pénalité est déterminée en fonction de la gravité du manquement constaté.
- ㉖ « 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 dispositions des 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 des travailleurs salariés. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.
- ㉗ « Tout professionnel, organisme ou établissement constatant un manquement à la charte en informe, sans délai, le Comité économique des produits de santé. Les agences régionales de santé et les organismes locaux et régionaux d'assurance maladie peuvent en contrôler la bonne application.

- ⑳ « Les modalités d'application du présent article, notamment les règles et délais de procédure relatifs à la pénalité financière, sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- ㉑ 5° Après l'article L. 162-19, il est inséré un article L. 162-19-1 ainsi rédigé :
- ⑳ « *Art. L. 162-19-1.* - La prise en charge par l'assurance maladie d'un produit de santé et de ses prestations éventuellement associées peut être subordonnée au renseignement sur l'ordonnance par le professionnel de santé d'éléments relatifs aux circonstances et aux indications de la prescription, lorsque ce produit et, le cas échéant, ses prestations associées présentent un intérêt particulier pour la santé publique, un impact financier pour les dépenses d'assurance maladie ou un risque de mésusage.
- ㉓ « Ces éléments, ainsi que tout autre élément requis sur l'ordonnance sont transmis au service du contrôle médical par le prescripteur, le pharmacien ou, le cas échéant, par un autre professionnel de santé dans des conditions fixées par voie réglementaire.
- ㉔ « Le non-respect de ces obligations peut donner lieu au constat d'un indu correspondant aux sommes prises en charge par l'assurance maladie qui est recouvré selon la procédure prévue à l'article L. 133-4. »
- ㉕ II. - A défaut de conclusion, entre le Comité et les syndicats ou organisations, de la charte prévue à l'article L. 162-17-9 du code de la sécurité sociale avant le 30 septembre 2018, la charte est arrêtée par les ministres de la santé et de la sécurité sociale.
- ㉖ III. - Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ㉗ 1° Après l'article L. 5122-15, il est inséré un article L. 5122-15-1 ainsi rédigé :
- ㉘ « *Art. L. 5122-15-1.* - Sont fixées par décret les règles de bonnes pratiques relatives aux activités de formation professionnelle à la connaissance ou à l'utilisation des produits de santé.
- ㉙ « Ces règles définissent notamment :
- ㉚ « a) La qualification requise des intervenants dans ces activités de formation professionnelle ;

- ③⑨ « b) Les modalités de déclaration par les intervenants des formations professionnelles qu'ils ont dispensées. » ;
- ④⑩ 2° L'article L. 5213-1 est ainsi modifié :
- ④⑪ a) Au I, les mots : « au sens de l'article L. 5211-1 » sont remplacés par les mots : « ou prestations associées » et après les mots : « ces dispositifs », sont insérés les mots : « ou prestations » ;
- ④⑫ b) Au 3° du II, après le mot : « matériovigilance », sont insérés les mots : « ou de la réactovigilance » ;
- ④⑬ 3° Le premier alinéa de l'article L. 5213-2 est supprimé et au second alinéa de ce même article, après les mots : « La publicité », sont insérés les mots : « des dispositifs médicaux qui respectent les obligations fixées à l'article L. 5211-3 » ;
- ④⑭ 4° L'article L. 5213-3 est ainsi modifié :
- ④⑮ a) Après les mots : « dispositifs médicaux », sont insérés les mots : « ou prestations associées » et après le mot : « humaine », sont insérés les mots : « et n'ayant pas d'impact important sur les dépenses d'assurance maladie, » ;
- ④⑯ b) L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ④⑰ « L'interdiction de publicité mentionnée au précédent alinéa ne s'applique pas aux dispositifs médicaux individuels d'optique médicale et aux audioprothèses ainsi qu'à leurs éventuelles prestations associées. » ;
- ④⑱ 5° L'article L. 5213-4 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ④⑲ « *Art. L. 5213-4.* - Est soumise à une autorisation préalable de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dénommée "visa de publicité" la publicité pour un dispositif médical et ses prestations associées pris en charge ou financés même partiellement par l'assurance maladie auprès des membres des professions de santé habilités à prescrire ou à dispenser les dispositifs médicaux ou à les utiliser dans l'exercice de leur art, ou auprès de tout autre distributeur.
- ⑤⑰ « Ce visa peut être suspendu en cas d'urgence ou retiré par décision motivée de l'Agence. » ;
- ⑤⑱ 6° L'article L. 5223-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

- ⑤2 « Art. L. 5223-1. - Les articles L. 5213-1 à L. 5213-7 s'appliquent aux dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* qui respectent les obligations fixées à l'article L. 5221-2. » ;
- ⑤3 7° Les articles L. 5223-2 à L. 5223-5 sont abrogés ;
- ⑤4 8° Après le 17° de l'article L. 6143-7, il est inséré un 18° ainsi rédigé :
- ⑤5 « 18° Définit, après avis du président de la commission médicale d'établissement, les conditions de réalisation et d'encadrement des activités de présentation, d'information, ou de promotion des produits de santé ou de formation notamment à leur utilisation, en vue notamment du respect des chartes mentionnées aux articles L. 162-17-8 et L. 162-17-9 du code de la sécurité sociale. »

Exposé des motifs

Le développement de nouveaux dispositifs médicaux et la très grande hétérogénéité des produits de cette catégorie rendent plus difficile la mise à disposition d'une information de qualité à destination des professionnels de santé pour l'ensemble des dispositifs pris en charge par l'assurance maladie. La forte dynamique de croissance des dépenses de ce champ (5% par an en moyenne) semble pourtant être pour partie liée à l'absence d'une telle information, qui permettrait un recours plus efficient aux produits remboursés.

Le présent article vise à se doter de moyens ambitieux pour fournir une information claire, de qualité et facilement mobilisable pour aider les professionnels de santé dans leurs choix thérapeutiques et le respect des conditions de prise en charge. La mesure permet notamment d'encadrer la visite médicale pour les dispositifs médicaux et les prestations associées, à l'instar de ce qui existe déjà pour les médicaments, et met en place une procédure de certification de cette visite et de toutes autres activités d'information sous l'égide de la Haute Autorité de santé. Elle limite également les situations dans lesquelles il est possible de faire la publicité de ces dispositifs médicaux. Pour favoriser la diffusion rapide d'une information homogène (tant sur la sécurité des soins que sur l'efficacité de la prise en charge), l'article étend par ailleurs le principe de certification des logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation aux fonctions relatives aux dispositifs médicaux : cette certification permettra notamment de mettre à disposition de façon plus évidente les informations présentes au sein de la liste des produits et prestations (LPP). La mesure rend également possible de demander au prescripteur de mieux informer le contrôleur

médical du contexte le conduisant à recourir à un produit de santé particulier.

L'ensemble de ces dispositions doit permettre d'utiliser ces produits de santé dans les situations qui sont à la fois médicalement justifiées et conformes aux indications de prise en charge, ce qui rendra plus soutenable pour l'assurance maladie la dynamique de croissance de ces dépenses et offrira à terme des soins de meilleure qualité.

Article 41

- ① Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après l'article L. 162-17-3, il est inséré un article L. 162-17-3-1 ainsi rédigé :
- ③ « Art. L. 162-17-3-1. - I. - Les caisses nationales d'assurance maladie peuvent participer au fonctionnement du Comité économique des produits de santé par la mise à disposition de leurs personnels. Par dérogation au premier alinéa de l'article 43 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984, ces mises à disposition ne sont pas assorties de remboursement par l'État. Les conditions d'application du présent alinéa, et notamment le nombre maximum de personnels mis à disposition, sont fixées par décret.
- ④ « II. - Les systèmes d'information portant sur la gestion économique ou administrative, le recueil d'informations ou l'information des acteurs du système de santé relatifs aux médicaments et aux produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 sont mis à disposition du Comité économique des produits de santé et de ses membres par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés qui en assure le développement et la maintenance. Un décret détermine les conditions d'application du présent alinéa. » ;
- ⑤ 2° La première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17-5 est remplacée par une phrase ainsi rédigée : « Le Comité économique des produits de santé peut fixer, pour les médicaments inscrits sur l'une des listes ouvrant droit au remboursement au titre de leur autorisation de mise sur le marché ou pour les produits et prestations pris en charge au titre de la liste mentionnée à l'article L. 165-1 ou pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation au titre des articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6, le montant des dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale au-delà duquel il peut décider de baisser le prix ou le tarif de responsabilité, mentionnés aux

articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5, L. 162-16-6, L. 165-2, L. 165-3 et L. 165-7, des produits et prestations concernés. » ;

- ⑥ 3° Après l'article L. 165-2, il est inséré un article L. 165-2-1 ainsi rédigé :
- ⑦ « *Art. L. 165-2-1.* - Lorsque, dans le cadre de l'inscription ou du maintien de l'inscription, sous quelque forme que ce soit, de produits ou prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1, ou d'une négociation tarifaire, le fabricant ou le distributeur produit des données manifestement erronées, à son initiative ou sur demande, relatives aux conditions de prise en charge, aux volumes de ventes ou aux montants remboursés par les régimes d'assurance maladie dans d'autres pays de l'Union européenne, ainsi que relatives aux conditions réelles ou prévisibles d'utilisation ou aux volumes de vente en France, le Comité économique des produits de santé peut prononcer, après que le fabricant ou le distributeur a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à la charge de ce fabricant ou de ce distributeur.
- ⑧ « Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou le distributeur au titre du dernier exercice clos pour les produits ou prestations considérés. Dans le cas d'une première demande d'inscription de produits ou prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1, la pénalité ne peut être supérieure à 10 % du chiffre d'affaires annuel, hors taxes pour la France, estimé sur la base de la population de patients ayant vocation à bénéficier du traitement correspondant aux produits ou prestations concernés. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté.
- ⑨ « 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 des travailleurs salariés. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.
- ⑩ « Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- ⑪ 4° Le II de l'article L. 165-3-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

- ⑫ « Par dérogation à l’alinéa précédent, les pharmaciens titulaires d’officines sont regardés comme étant représentés par le ou les syndicats représentatifs des pharmaciens titulaires d’officine au sens de l’article L. 162-33, sauf opposition d’un ou plusieurs pharmaciens titulaires d’officine qui, dans ce cas, relèvent alors des modalités prévues aux deux alinéas précédents. Les volumes de vente affectés à chaque syndicat sont établis sur la base des données de l’assurance maladie, en multipliant l’audience de ce syndicat par les volumes de vente de l’ensemble des pharmaciens titulaires d’officines, à l’exception de ceux ayant notifié leur opposition. » ;
- ⑬ 5° L’article L. 165-4 est ainsi modifié :
- ⑭ a) Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ⑮ - il est précédé par un : « I » ;
- ⑯ - après les mots : « volumes de ventes », sont insérés les mots : «, les dépenses remboursées par l’assurance maladie, le cas échéant par indication thérapeutique, les conditions réelles d’usage des produits ou prestations, les niveaux de recours au sein d’une catégorie de produits ou prestations comparables, ainsi que sur les autres critères prévus aux I et II de l’article L. 165-2. Ces critères peuvent être considérés pour un ensemble de produits ou prestations comparables même si la convention ne porte que sur certains de ces produits ou prestations. » ;
- ⑰ - à la deuxième phrase, après les mots : « les produits », sont insérés les mots : « ou prestations » ;
- ⑱ b) Après le premier alinéa, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :
- ⑲ « II. - Le remboursement par l’assurance maladie des produits et prestations mentionnés à l’article L. 165-1 peut être subordonné au versement obligatoire de remises par les fabricants ou distributeurs. Le cas échéant, une décision du Comité économique des produits de santé précise si ces remises sont dues par les fabricants ou par les distributeurs. Les remises peuvent concerner un produit ou une prestation ou, le cas échéant, un ensemble de produits ou prestations comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires. Les remises peuvent notamment prendre en compte l’évolution globale des volumes de ventes pour cet ensemble de produits ou prestations.
- ⑳ « S’agissant des produits ou prestations inscrits sur la liste mentionnée à l’article L. 165-1 sous forme de marque ou de nom commercial, les remises sont fixées par convention entre le fabricant ou le distributeur et le

Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision du comité.

- ②① « S'agissant des produits ou prestations inscrits sur la liste par description générique ou description générique renforcée, les remises sont fixées par convention entre le Comité et un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique ou une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs dans les conditions prévues à l'article L. 165-3-3 ou, à défaut, par décision du comité. » ;
- ②② c) Au début du deuxième alinéa, il est inséré un : « III » et après les mots : « des produits », sont insérés les mots : « ou prestations » ;
- ②③ 6° L'article L. 165-7 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le prix d'achat des produits ou prestations acquitté par l'établissement ne peut, le cas échéant, être supérieur au prix mentionné à l'article L. 165-3. »

Exposé des motifs

Le caractère particulièrement dynamique des dépenses de dispositifs médicaux prises en charge par l'assurance maladie rend nécessaire un renforcement des moyens de négociation du Comité économique des produits de santé (CEPS).

La mesure vise donc à doter le CEPS de nouveaux dispositifs lui permettant de diversifier les approches lors des négociations qu'il mène avec les fabricants et les distributeurs de dispositifs médicaux ou prestations associées. Dorénavant, le CEPS pourra notamment définir des conditions d'accès au marché prévoyant le versement de remises, par exemple en cas d'une utilisation moyenne par patient plus importante que prévue d'un dispositif donné, ou baisser les prix et tarifs de remboursement lorsqu'un certain montant remboursé par l'assurance maladie au titre de ce dispositif est dépassé. Le dispositif prévoit également que le CEPS dispose d'éléments économiques fiables lors de ces négociations. La mesure clarifie les conditions de négociation des produits sous descriptions génériques pour les pharmaciens, et précise le rôle joué par le prix fixé par le CEPS lors des achats hospitaliers.

Enfin, la mesure permet de faire contribuer les caisses d'assurance maladie au fonctionnement quotidien du CEPS et au déploiement d'un nouveau système d'information dans le champ des produits de santé.

Article 42

- ① I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° A l'article L. 162-4, après le 4°, il est inséré un 5° ainsi rédigé :
- ③ « 5° Lorsqu'ils prescrivent des prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 en l'absence d'accord de prise en charge des prestations prévu à l'article L. 315-2. Lorsque cette demande d'accord est en cours d'instruction, les médecins inscrivent que la prise en charge est subordonnée à un accord préalable du service médical. » ;
- ④ 2° L'article L. 315-2 est ainsi modifié :
- ⑤ a) Le premier alinéa est précédé d'un I ;
- ⑥ b) Le deuxième alinéa est précédé d'un II et, après la première phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « A défaut de réponse du service du contrôle médical dans un délai fixé par décret, l'accord est réputé avoir été donné ; ce délai peut être différent selon la nature de la prestation. » et les mots : « les prestations dont » sont remplacés par les mots : « une prestation dans l'un des cas suivants » ;
- ⑦ c) Au troisième alinéa, les mots : « la nécessité » sont remplacés par les mots : « sa nécessité » et l'alinéa est complété par les mots : « notamment lorsqu'il existe un risque, prévisible ou avéré, de non-respect des indications ouvrant droit à la prise en charge ou de mésusage » ;
- ⑧ d) Au quatrième alinéa, les mots : « la justification » sont remplacés par les mots : « sa justification » et les mots : « leur caractère » sont remplacés par les mots : « son caractère » ;
- ⑨ e) Au cinquième alinéa, les mots : « le caractère particulièrement coûteux doit faire l'objet d'un suivi particulier afin d'en évaluer l'impact sur les dépenses de » sont remplacés par les mots : « la prestation, à titre unitaire ou compte tenu de son volume global, a, de manière prévisible ou constatée, un caractère particulièrement coûteux pour », et les mots : « ou de » sont remplacés par les mots : « , ou pour » ;
- ⑩ f) Après le cinquième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑪ « - le recours à une autre prestation est moins coûteux. » ;
- ⑫ g) Avant les mots : « Il est précisé lors de la prise en charge », il est inséré un III ;

- ⑬ h) Après le septième alinéa, devenu le huitième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑭ « Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent saisir le collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie d'une proposition tendant à l'application de la procédure d'accord préalable à certaines prestations. En l'absence de décision de mise en œuvre d'une procédure d'accord préalable par ce collège à l'expiration d'un délai fixé par décret, cette décision peut être prise par arrêté des mêmes ministres.
- ⑮ « Indépendamment des dispositions des deux alinéas précédents, la décision peut être prise par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale à l'occasion de l'inscription ou du renouvellement d'inscription d'un produit sur les listes, ou l'une des listes, prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, aux articles L. 162-22-7, L.162-23-6 et L. 165-1, et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, à la suite d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 de ce même code ou à la suite d'une prise en charge en application des articles L. 162-16-5-2 ou L. 162-17-2-1 du présent code. Dans ces cas, les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État.
- ⑯ i) L'avant-dernier alinéa est précédé d'un IV et les mots : « des deuxième à cinquième alinéas » sont remplacés par les mots : « du présent article relatives à la procédure d'accord préalable » ;
- ⑰ j) Le dernier alinéa est précédé d'un V ;
- ⑱ 3° Après l'article L. 315-2-1, il est rétabli un article L. 315-3 ainsi rédigé :
- ⑲ « Art. L. 315-3. - I. - Lorsque la prise en charge de médicaments, ou de produits et prestations éventuellement associées mentionnés à l'article L.165-1, est subordonnée à la procédure d'accord préalable prévue à l'article L. 315-2, le pharmacien, le prestataire de services ou tout autre distributeur de matériel auprès du public informe le patient de ces conditions particulières de prise en charge.
- ⑳ « II. - Tout pharmacien, distributeur ou prestataire est tenu de s'assurer que l'accord du service du contrôle médical autorisant la prise en charge, par l'assurance maladie, des médicaments ou des produits et prestations mentionnés à l'article L.165-1 a été donné. Pour la prise en charge de ces

médicaments ou produits et prestations par l'assurance maladie, il est tenu d'agir conformément à la décision du service du contrôle médical.

- ②① « III. - Le non-respect, par tout pharmacien, distributeur ou prestataire, des obligations prévues au II peut donner lieu à un recouvrement de l'indu selon la procédure prévue à l'article L. 133-4. »
- ②② II. - Les décisions du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relatives à la procédure d'accord préalable prévue à l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale prises antérieurement à la publication de la présente loi demeurent en vigueur tant qu'elles ne font pas l'objet d'une nouvelle décision prise au titre de la présente loi.

Exposé des motifs

Le dispositif de demande d'accord préalable (DAP) permet pour certains actes, produits ou prestations, de conditionner le remboursement par l'assurance maladie à l'obtention d'un accord préalable du service médical de l'assurance maladie. Ce dispositif constitue un outil important de régulation pour favoriser une plus grande efficacité des prescriptions ; toutefois, il est aujourd'hui insuffisamment appliqué et contrôlé.

La présente mesure vise donc à renforcer l'efficacité du mécanisme selon trois axes : en instaurant le principe du silence vaut acceptation de la demande par le service du contrôle médical dans des délais fixés par décret ; en complétant, clarifiant et sécurisant ses critères de mise en œuvre ; en prévoyant l'obligation pour le prescripteur d'inscrire la mention « non remboursable » sur l'ordonnance du produit ou de la prestation prescrite, dès lors que l'accord du contrôle médical n'a pas été sollicité ou n'est pas intervenu.

La mesure a également pour objet de permettre aux ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale de proposer l'instauration d'une DAP et, à défaut de sa mise en œuvre, de l'initier par arrêté ou, pour les produits de santé, de l'instaurer dès leur inscription au remboursement. S'agissant des produits de santé et plus particulièrement des dispositifs médicaux, il s'agit d'unifier deux procédures semblables.

Enfin, pour les produits de santé, le rôle du pharmacien ou du distributeur dans cette procédure est clarifié.

Article 43

- ① I. - L'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Aux premier, deuxième, troisième et septième alinéas du I et au II, le mot : « médecin » est remplacé par les mots : « professionnel de santé » et aux troisième et sixième alinéas du I, le mot : « médecins » est remplacé par les mots : « professionnels de santé » ;
- ③ 2° Au troisième alinéa du I, après le mot : « exerçant » sont ajoutés les mots : « la même profession » ;
- ④ 3° Aux troisième et sixième alinéas du I, les mots : « consultations effectuées » sont remplacés par les mots : « patients pour lesquels au moins un acte ou une consultation a été facturé au cours de la période considérée, » ;
- ⑤ 4° Au quatrième alinéa du I, les mots : « nombre de telles prescriptions rapporté au nombre de consultations effectuées » sont remplacés par les mots : « montant de remboursement de transports occasionné par lesdites prescriptions, ou encore d'un tel nombre ou d'un tel montant rapporté au nombre de patients pour lesquels au moins un acte ou une consultation a été facturé au cours de la période considérée, » ;
- ⑥ 5° Au sixième alinéa du I, après le mot : « exerçant » sont ajoutés les mots : « la même profession » et après la première phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « Pour la constatation du nombre de réalisations d'actes, sont exclus ceux réalisés en application et dans le respect d'une prescription médicale précisant expressément leur nombre. »
- ⑦ II. - À l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-1-17 du même code, après les mots : « refus de prise en charge », sont insérés les mots : « ou en l'absence de demande d'accord préalable ».

Exposé des motifs

La procédure de mise sous accord préalable (MSAP), introduite en 2004 afin de mieux réguler les prescriptions atypiques d'arrêt de travail ou de transport de certains médecins, a été étendue progressivement à d'autres prestations comme les médicaments. Cette procédure a été complétée, en 2009, par un mécanisme préalable de mise sous objectif (MSO).

Les dispositifs de MSO/MSAP ont montré une réelle efficacité : la campagne MSO/MSAP sur les indemnités journalières engagée en 2013, a ainsi permis de réaliser une économie de 121 millions d’euros sur la période 2013- 2014.

Ces procédures ne peuvent toutefois être mises en œuvre qu’auprès des seuls prescripteurs médecins.

La présente mesure vise donc à étendre la MSO/MSAP aux prescriptions effectuées directement par les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes et les infirmiers. Elle a également pour objet de réviser certains critères de ciblage pour favoriser un accompagnement plus adapté des professionnels.

CHAPITRE IV

Moderniser le financement du système de santé

Article 44

- ① Les relations entre les caisses d’assurance maladie et les chirurgiens-dentistes autorisés à exercer en France et exerçant leur activité à titre libéral sont régies à compter du 1^{er} janvier 2018 par les dispositions du règlement arbitral approuvé en application de l’article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 (n° 2016-1827 du 23 décembre 2016) sous réserve des modifications suivantes :
- ② 1° Aux articles 3 et 4 et à l’annexe 1 du règlement, les mentions des années 2017, 2018, 2019, 2020 et 2021 sont remplacées respectivement par les mentions des années 2018, 2019, 2020, 2021 et 2022 ;
- ③ 2° À l’article 2 du H de l’annexe I, les montants de référence et attendus calculés pour le déclenchement de la clause de sauvegarde prévue à l’article 3 sont remplacés par ceux figurant dans le tableau suivant :

④

	Octobre 2017 septembre 2018	Octobre 2018 septembre 2019	Octobre 2019 septembre 2020	Octobre 2020 septembre 2021
Honoraires totaux remboursés (HRTOT)	2,83 Md€	2,95 Md€	3,13 Md€	3,29 Md€
Entente directe (ED)	4,02 Md€	3,92 Md€	3,82 Md€	3,70 Md€

Exposé des motifs

L'accès aux soins et la santé bucco-dentaire de la population constituent des enjeux prioritaires pour le Gouvernement. Malgré d'importants progrès concernant la proportion d'enfants indemnes de caries ou la proportion de patients ayant bénéficié d'une consultation annuelle, la situation des soins bucco-dentaires n'est pas satisfaisante : l'état de santé bucco-dentaire des Français reste globalement moins bon que celui des pays européens comparables comme l'Allemagne ou la Suède et ces soins représentent aujourd'hui le premier poste de renoncement aux soins des Français pour raison financière.

Ces enjeux ont conduit l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) à engager des négociations avec les représentants des chirurgiens-dentistes en 2016. En l'absence d'accord, un règlement arbitral, pris en application de l'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 et entré en vigueur le 1er avril dernier, a prévu la mise en place d'un plafonnement progressif des tarifs des soins prothétiques, en contrepartie de revalorisations significatives de la base de remboursement des soins conservateurs par l'assurance maladie ainsi que de mesures en faveur de la prévention et de l'accès aux soins des personnes handicapées.

Pour mettre en œuvre l'engagement du Président de la République d'offrir à tous les Français d'ici 2022 un accès à des offres sans aucun reste à charge pour les prothèses dentaires, un approfondissement de ce chantier en concertation avec les professionnels de santé apparaît indispensable. C'est pourquoi la ministre des solidarités et de la santé a adressé des lignes directrices au directeur général de l'UNCAM le 18 juillet 2017 qui l'engagent à rouvrir les discussions conventionnelles à compter de septembre 2017 en poursuivant trois objectifs : l'accès financier aux soins, le développement de la prévention et une attention particulière portée aux besoins des publics fragiles.

Afin de permettre la reprise du dialogue dans un climat apaisé et compte tenu des délais incompressibles de négociation et de validation d'un éventuel accord conventionnel, il apparaît souhaitable de retarder en l'entrée en vigueur, initialement prévue au 1er janvier 2018, des mesures du règlement arbitral précité qui s'appliqueraient dans l'hypothèse d'une absence d'accord dans le cadre des nouvelles négociations.

La mesure proposée repousse ainsi d'un an l'application du plafonnement des dépassements sur les soins prothétiques et de la revalorisation des soins conservateurs. Les montants de la clause de

sauegarde qui conditionne les nouvelles étapes de revalorisation comme la réduction des plafonds sont également adaptés pour tenir compte de ce report. Le reste du règlement arbitral, en particulier l'augmentation de tarifs plafonds applicables aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, n'est pas affecté par ce report.

Article 45

- ① I. - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, pour les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du même code, les prestations hospitalières mentionnées au 1^o de cet article et les dépenses afférentes aux spécialités pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés aux articles L. 162-22-7 et L. 162-22-7-3 du même code ne sont pas facturées à la caisse désignée à l'article L. 174-2 du même code. Les établissements transmettent à l'agence régionale de santé, à échéances régulières, leurs données d'activité et la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations.
- ② Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.
- ③ L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'activité et de la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés au premier alinéa du présent I. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.
- ④ L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-23-13 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des valorisations à venir.
- ⑤ II. - Le I de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est abrogé à compter du 1^{er} mars 2019.
- ⑥ III. - La dérogation prévue au I prend fin au plus tard au 1^{er} mars 2022 selon des modalités calendaires précisées par décret.

Exposé des motifs

La généralisation de la facturation directe des établissements de santé constitue un enjeu majeur pour la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. La réussite du déploiement des actes et consultations externes conduit à proposer de créer un dispositif similaire pour la facturation individuelle des séjours d'hospitalisation, en tirant parti de l'ensemble des travaux menés aux niveaux local et national et en accompagnant les établissements de santé dans les adaptations complémentaires des processus administratifs et de production de l'information médico-économique, ainsi que dans la mise à niveau des logiciels concernés. Il est ainsi proposé de déployer cette mesure en 4 ans pour une généralisation au 1er mars 2022.

Article 46

L'article L. 162-22-9-2 du code de la sécurité sociale est abrogé.

Exposé des motifs

Un dispositif de dégressivité tarifaire a été introduit dans la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

L'objectif de ce dispositif était d'assurer une régulation micro-économique du volume de l'activité des établissements de santé par un ajustement à l'échelle de chaque établissement des tarifs applicables à leur activité. Ce dispositif consistait à réajuster à la baisse les tarifs de chaque établissement de santé qui dépassait un certain seuil d'activité pour un ensemble d'activités ciblées. Ce seuil était déterminé en fonction du volume d'actes réalisés au cours des deux années précédentes et de l'activité prévisionnelle pour l'année suivante. Lorsqu'un établissement de santé dépassait ce seuil, un taux de minoration des tarifs de 20% était appliqué à l'activité réalisée au-delà de ce seuil.

Or, à l'issue de deux années de mise en œuvre de ce dispositif, un premier bilan a mis en avant que l'application de la dégressivité tarifaire n'a pas permis d'atteindre les objectifs de meilleure maîtrise de l'évolution de l'activité des établissements de santé. A l'inverse, il a rencontré d'importantes difficultés techniques de mise en œuvre.

Dans ce contexte, et dans un objectif de simplification, la mesure proposée prévoit l'abrogation du dispositif de dégressivité tarifaire.

Article 47

Au II de l'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 (n° 2016-1827 du 23 décembre 2016), la date du 1^{er} mars 2018 est remplacée par la date du 1^{er} octobre 2018.

Exposé des motifs

L'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 prévoit le transfert dans le budget des établissements de santé des dépenses de transports inter-établissements au 1er mars 2018.

Or la poursuite des travaux techniques ainsi que la phase de concertation avec les fédérations représentatives des établissements de santé ont révélé la nécessité d'accorder aux acteurs un délai supplémentaire, de manière à garantir une mise en œuvre de la réforme dans les meilleures conditions.

La présente mesure vise à reporter au 1er octobre 2018 l'entrée en vigueur de ce transfert.

Article 48

- ① I. - La sous-section 5 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :
- ② 1° L'article L. 162-23-15 est ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 162-23-15.* - Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées aux 1° et 4° de l'article L. 162-22 bénéficient d'une dotation complémentaire lorsqu'ils satisfont aux critères liés à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, mesurés chaque année par établissement.
- ④ « Un décret en Conseil d'État précise les critères d'appréciation retenus ainsi que les modalités de détermination de la dotation complémentaire. La liste des indicateurs pris en compte pour l'évaluation des critères ainsi que les modalités de calcul par établissement sont définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »
- ⑤ 2° L'article L. 162-23-16 est ainsi rédigé :
- ⑥ « *Art. L. 162-23-16.* - Par dérogation aux articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 du présent code, les activités de médecine ou de soins de suite et de réadaptation exercées par les hôpitaux de proximité mentionnés à

l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique bénéficient d'un financement mixte sous la forme de recettes issues de leur activité et d'une dotation forfaitaire, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. »

- ⑦ II. - L'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est ainsi modifié :
- ⑧ A. - Le III est ainsi modifié :
- ⑨ 1° Aux A et B, les mots : « mars 2018 » sont remplacés par les mots : « janvier 2020 » ;
- ⑩ 2° Au C, l'année 2020 est remplacée par l'année 2022 ;
- ⑪ 3° Au deuxième alinéa du D, les mots : « est réduit chaque année et » sont supprimés ;
- ⑫ 4° Le E est ainsi modifié :
- ⑬ a) Le 2° est ainsi modifié :
- ⑭ i) Au premier alinéa, les mots : « 28 février 2018 » sont remplacés par les mots : « 31 décembre 2019 » ;
- ⑮ ii) Au deuxième alinéa du *a*, les mots : « affectés d'un coefficient. La valeur de ce coefficient est égale à la valeur de la fraction mentionnée au premier alinéa du présent *a* ; » sont remplacés par les mots : « minorés à hauteur de la fraction mentionnée au premier alinéa du présent *a* dans des conditions définies par décret en Conseil d'État ; »
- ⑯ iii) Au *b*, après les mots : « santé et de la sécurité sociale », sont insérés les mots : « , qui peuvent être différentes en fonction des catégories d'établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale » ;
- ⑰ iv) Après le *b*, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑱ « Le niveau des fractions prévues aux *a* et *b* peut être différencié par catégorie d'établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale. » ;
- ⑲ b) Le 3° est ainsi modifié :

- ⑳ *i)* Au *a*, les mots : « mars 2018 », sont remplacés par les mots : « janvier 2020 » ;
- ㉑ *ii)* Au *b*, les mots : « à compter du 1^{er} janvier 2018 », sont remplacés par les mots : « au plus tard au 1^{er} janvier 2020 » ;
- ㉒ *c)* Le 6° est ainsi modifié :
- ㉓ *i)* Au premier alinéa, les mots : « décembre 2018 » sont remplacés par les mots : « décembre 2019 », et les mots : « est constitué : », sont remplacés par les mots : « est constitué des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code dans les conditions prévues aux 2° et 3° du présent E. » ;
- ㉔ *ii)* Les *a* et *b* sont abrogés ;
- ㉕ 5° Au F, les mots : « 28 février 2018 », sont remplacés par les mots : « 31 décembre 2019 ».
- ㉖ B. - Aux V et VI, les mots : « 28 février 2018 », sont remplacés par les mots : « 31 décembre 2019 ».
- ㉗ C. - Le *ii* du *a* du 4° du A du II du présent article entre en vigueur à compter du 1^{er} mars 2018 et est applicable pour le calcul des montants alloués aux établissements à compter de cette date.

Exposé des motifs

Introduite par l'article 78 de la LFSS pour 2016, la réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) vise à mettre en place un modèle de financement plus équitable, commun aux secteurs public et privé, et adapté aux spécificités de ces prises en charge. Elle repose sur un modèle mixte qui associe une part de financement à l'activité et des financements forfaitaires permettant de prendre en compte les besoins spécifiques du SSR.

Cette réforme structurante, attendue par les acteurs hospitaliers, doit néanmoins être mise en place de manière progressive en vue de permettre l'appropriation du nouveau modèle et sa mise en œuvre dans les meilleures conditions possibles pour les établissements concernés.

La mesure vise ainsi à prolonger de deux ans le dispositif transitoire mis en place en 2017 et fondé sur l'application combinée des anciennes et

des nouvelles modalités de financement, permettant ainsi d'assurer une montée en charge progressive.

La mesure a également pour objectif de simplifier certains aspects du dispositif et prévoit la possibilité d'introduire plus de souplesse dans la montée en charge du modèle.

Article 49

- ① I. - Après l'article L. 1435-9 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1435-9-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1435-9-1.* - Par dérogation au *b* de l'article L. 1435-9 et à l'article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, les crédits relevant du fonds d'intervention régional destinés au financement des dispositifs prévus aux articles L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles et 48 de la loi précitée du 17 décembre 2012, peuvent être affectés par l'agence régionale de santé à tout autre dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes intéressant en tout ou partie les personnes âgées et handicapées. »
- ③ II. - Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ④ 1° Le second alinéa de l'article L. 1432-5 est complété par les mots : « , ainsi que la gestion de tout crédit versé à l'agence et destiné à financer une action entrant dans le champ des missions définies à cet article » ;
- ⑤ 2° Au 1° de l'article L. 1435-9, les mots : « des ministres chargés de la santé, du budget, » sont remplacés par les mots : « du ministre chargé » et les mots : « des personnes âgées et des personnes handicapées » sont supprimés ;
- ⑥ 3° Le quatrième alinéa de l'article L. 1435-10 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑦ « Les crédits des budgets annexes non consommés en fin d'exercice peuvent être reportés sur l'exercice suivant, dans la limite d'un plafond fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. Les sommes notifiées par les agences régionales de santé au titre d'un exercice pour des actions, expérimentations et structures financées par les crédits du fonds sont prescrites au 31 décembre du troisième exercice suivant celui de leur notification. Les crédits non consommés qui ne sont pas reportés sur

l'exercice suivant et les crédits correspondant aux sommes notifiées prescrites sont pris en compte pour le calcul du montant des crédits attribués l'année suivante au titre du fonds d'intervention régional fixé par l'arrêté mentionné au deuxième alinéa du présent article. »

Exposé des motifs

Le présent article a pour objet de donner aux agences régionales de santé une plus grande souplesse dans l'utilisation de leurs financements, afin de renforcer l'efficacité des dépenses dont elles assurent la gestion.

En premier lieu, le rôle des dispositifs d'appui à la coordination territoriale est de faciliter le parcours de santé des personnes (au sens de l'organisation mondiale de la santé, intégrant l'appui à l'autonomie) au sein de leur territoire de vie, notamment pour celles présentant des situations complexes. Différents dispositifs d'appui à la coordination territoriale se sont successivement mis en place depuis 1997. Ils varient selon la population considérée (patients, personnes âgées en perte d'autonomie, personnes handicapées...) et les missions dévolues au dispositif (centré sur les professionnels ou sur les personnes prises en charge). Cette juxtaposition se révèle complexe tant pour les usagers que pour les professionnels concernés. L'objet de la mesure est donc de favoriser une convergence de ces dispositifs par une possibilité de fongibilité des financements.

En second lieu, la mesure vise à assouplir les règles de gestion du fonds d'intervention régional (FIR) : au niveau national, en simplifiant un arrêté en cohérence avec le vote des sous-objectifs de l'ONDAM et, au niveau régional, par la possibilité d'abonder le budget annexe des agences régionales de santé (ARS) d'autres sources de financement que les crédits FIR.

Article 50

- ① Le titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° La première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 313-1 est remplacée par une phrase ainsi rédigée : « Toute autorisation est, totalement ou partiellement, réputée caduque si tout ou partie de l'activité de l'établissement ou du service n'est pas ouverte au public dans un délai et selon des conditions fixées par décret. » ;

- ③ 2° Au troisième alinéa du A du IV *ter* de l'article L. 313-12, il est ajouté une phrase ainsi rédigée : « Pour ces établissements et services, le contrat peut prévoir une modulation du tarif en fonction des objectifs d'activité mentionnés au deuxième alinéa du B, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- ④ 3° Le premier alinéa de l'article L. 313-12-2 est ainsi modifié :
- ⑤ a) Les mots : « ainsi que les services mentionnés au 6° du même I » sont remplacés par les mots : « ainsi que les établissements et services mentionnés au 6° du même I, à l'exception des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionnés aux I et II de l'article L. 313-12 » ;
- ⑥ b) Après la deuxième phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « A l'exception des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionnés aux I et II de l'article L. 313-12, il peut inclure d'autres catégories d'établissements ou de services mentionnés au I de l'article L. 312-1 et relevant, pour leur autorisation, du président du conseil départemental ou du directeur général de l'agence régionale de santé, lorsque ces établissements ou services sont gérés par un même organisme gestionnaire et relèvent du même ressort territorial. » ;
- ⑦ 4° Le premier alinéa de l'article L. 314-6 est ainsi modifié :
- ⑧ a) A la première phrase, après les mots : « par voie réglementaire », sont insérés les mots : « , à l'exception des conventions d'entreprise ou d'établissement applicables exclusivement au personnel d'établissements et services ayant conclu l'un des contrats mentionnés au IV *ter* de l'article L. 313-12 ou à l'article L. 313-12-2 » ;
- ⑨ b) A la deuxième phrase, les mots : « Ces conventions ou accords » sont remplacés par les mots : « Les conventions ou accords agréés » et les mots : « assurant l'hébergement des personnes âgées et ayant signé un contrat pluriannuel ou une convention pluriannuelle mentionnée aux articles L. 313-11 ou L. 313-12 » sont remplacés par les mots : « et services ayant conclu un contrat mentionné au IV *ter* de l'article L. 313-12 ou à l'article L. 313-12-2 ».

Exposé des motifs

Dans un objectif de recherche d'efficience et de meilleure adéquation entre l'offre et les besoins dans le secteur médico-social, plusieurs dispositifs ont été mis en œuvre, tels que la réforme de la tarification des

établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), la généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ou encore la réforme du régime de l'autorisation. Il apparaît cependant nécessaire de poursuivre cette démarche, à travers :

- la suppression de l'opposabilité des conventions collectives de travail aux établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) et de l'agrément des accords locaux des ESSMS signataires d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ;

- une harmonisation des dispositions relatives aux CPOM des EHPAD et des autres ESSMS, ainsi qu'une précision sur le champ d'application de l'article L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles ;

Article 51

- ① I. - L'ensemble des biens, personnels, droits et obligations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) sont transférés de plein droit à la Haute Autorité de santé. Le transfert des droits et obligations ainsi que des biens de toute nature en application du présent article s'effectue à titre gratuit et ne donne pas lieu à perception d'impôts, droits ou taxes. Le transfert des salariés de droit privé s'effectue dans les conditions prévues à l'article L. 1224-3 du code du travail. Par dérogation à l'article 14 *ter* de la loi du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, les agents contractuels de droit public transférés conservent le bénéfice des stipulations de leur contrat.
- ② II. - Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ③ 1° Au quatrième alinéa du *b* du 2° du I de l'article L. 14-10-5, les mots : « dotation globale versée à l'agence mentionnée à l'article L. 312-8 du présent code et la » sont supprimés ;
- ④ 2° L'article L. 312-8 est ainsi modifié :
- ⑤ *a*) Au premier alinéa, les mots : « l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux » sont remplacés par les mots : « la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale » ;
- ⑥ *b*) Aux troisième, sixième et seizième alinéas, les mots : « l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services

sociaux et médico-sociaux » sont remplacés par les mots : « la Haute Autorité de santé » ;

- ⑦ c) Les huitième à quinzième alinéas sont supprimés ;
- ⑧ d) Au dernier alinéa, les mots : « l'agence » sont remplacés par les mots : « la Haute Autorité de santé » ;
- ⑨ e) L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑩ « Une commission de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est chargée d'établir et de diffuser les procédures, les références et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles mentionnées au premier alinéa. » ;
- ⑪ 3° À l'article L. 313-12-2, les mots : « l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux » sont remplacés par les mots : « la Haute Autorité de santé ».
- ⑫ III. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑬ 1° L'article L. 161-37 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑭ « 15° Mettre en œuvre les missions qui lui sont dévolues à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles. » ;
- ⑮ 2° Au troisième alinéa de l'article L. 161-41, après les mots : « Les commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique, » sont insérés les mots : « L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, ».
- ⑯ IV. - Les dispositions du présent article s'appliquent à compter du 1^{er} avril 2018.

Exposé des motifs

Dans un objectif de recherche d'efficacité et de rationalisation dans le pilotage des politiques publiques, il est proposé de transférer les missions de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) au sein de la Haute Autorité de santé (HAS). Cette fusion permettra de renforcer la complémentarité des approches de la qualité et un partage méthodologique et de favoriser un pilotage transversal plus efficace des secteurs sanitaire, social et médico-social.

Article 52

- ① 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 de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est fixé à 448,7 millions d'euros pour l'année 2018.
- ② 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 131,7 millions d'euros pour l'année 2018.
- ③ 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 105 millions d'euros pour l'année 2018.

Exposé des motifs

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 448,7 millions d'euros pour l'année 2018.

La présente mesure fixe également à 131,7 millions d'euros le montant de la contribution de la CNSA aux ARS au titre de l'exercice 2018.

Enfin, en application du 1° 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).

Les dépenses pour 2018 afférentes aux missions relevant du périmètre de l'assurance maladie sont estimées à 136,82 millions d'euros dont :

•114,1 millions d’euros au titre des indemnisations (dont dotations aux provisions) ;

•7,9 millions d’euros de dépenses de personnel ;

•4,3 millions d’euros de dépenses de fonctionnement ;

•10,5 millions d’euros de frais d’avocats et d’expertises.

Il est proposé une dotation de l’assurance maladie pour 2018 de 105 millions d’euros. Les autres produits de l’office (hors dotation de l’État) sont estimés pour 2018 à 29,3 millions d’euros (14 millions d’euros au titre des reprises sur provisions et 15,3 millions d’euros au titre des ressources propres). Au sein du fonds de roulement à la clôture de l’exercice 2018, les réserves prudentielles s’élèveraient à 36,9 millions d’euros, soit un niveau supérieur à deux mois d’indemnisation.

CHAPITRE V

Dispositions relatives aux dépenses de la branche maladie

Article 53

- ① Pour l’année 2018, les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :
- ② 1° Pour l’ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 211,7 milliards d’euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 210,6 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 54

- ① Pour l’année 2018, l’objectif national de dépenses d’assurance maladie de l’ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

②

(en milliards d'euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	88,9
Dépenses relatives aux établissements de santé	80,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,3
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,2
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,4
Autres prises en charge	1,8
Total	195,2

Exposé des motifs

L'objectif national des dépenses d'assurance-maladie est fixé à 2,3% en 2018, soit un niveau de 195,2 milliards d'euros. Ce niveau, le plus haut constaté depuis 2014, permet à la fois de maîtriser les dépenses tout en finançant les priorités du Gouvernement en matière d'innovation et d'investissement numérique en santé.

TITRE V

DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

Article 55

①

Pour l'année 2018, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi qu'il suit :

②

(En milliards d'euros)

	Prévision de charges
Fonds de solidarité vieillesse	19,3

Exposé des motifs

Les dépenses du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) devraient diminuer de 0,4 milliard d'euros entre 2017 et 2018. Ceci s'explique par la baisse de la prise en charge par le FSV au titre du minimum contributif, du

fait du plafonnement de cette prise en charge à 1,7 milliard d'euros en 2018.

TITRE VI

DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFÉRENTES BRANCHES

Article 56

- ① La sous-section 1 de la section 1 du chapitre III du titre II du livre VII du code de la sécurité sociale est complétée par un article ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 723-2-1. - I. - L'État conclut, pour une période minimale de quatre ans, avec la Caisse nationale des barreaux français, dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, une convention d'objectifs et de gestion comportant des engagements réciproques des signataires.*
- ③ « *II. - Cette convention détermine les objectifs pluriannuels de gestion, les moyens de fonctionnement dont la caisse dispose pour les atteindre et les actions mises en œuvre à ces fins par chacun des signataires.*
- ④ « Elle précise notamment :
- ⑤ « 1° Les objectifs liés à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la gestion du risque, le service des prestations ou le recouvrement des cotisations et des impôts affectés ;
- ⑥ « 2° Les objectifs liés à l'amélioration de la qualité du service aux usagers ;
- ⑦ « 3° Les objectifs de l'action sociale ;
- ⑧ « 4° Les règles de calcul et d'évolution des budgets de gestion et d'action sociale.
- ⑨ « Cette convention prévoit, le cas échéant, les indicateurs quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs.
- ⑩ « Elle détermine également les conditions de conclusion des avenants en cours d'exécution de la convention et le processus d'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés. »

Exposé des motifs

La quasi-totalité des organismes chargés de la gestion de régimes de retraite de base exerce son action dans le cadre d'une convention d'objectifs et de gestion, qui détermine, conjointement entre l'organisme et l'État, sur une base pluriannuelle, les objectifs de l'organisme et les moyens correspondants.

Le présent article a pour objet de permettre à la caisse nationale des barreaux français de s'inscrire dans un tel cadre. Cette mesure permettra une meilleure formalisation du cadre stratégique de la caisse, au bénéfice des assurés, des retraités et du renforcement de son efficience de gestion.

Article 57

- ① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au I de l'article L. 114-17, après les mots : « Peuvent faire l'objet » sont insérés les mots : « d'un avertissement ou » ;
- ③ 2° L'article L. 114-17-1 est ainsi modifié :
- ④ a) Au premier alinéa du III, le nombre : « 50 » est remplacé par le nombre : « 70 » et le nombre : « deux » est remplacé par le nombre : « quatre » ;
- ⑤ b) Après le premier alinéa du III, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑥ « En cas de manœuvre frauduleuse ou de fausse déclaration, le montant de la pénalité ne pourra être inférieur au montant des sommes concernées, majoré d'une pénalité dont le montant sera fixé dans la limite de quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. » ;
- ⑦ c) Au 2° du IV, les mots : « , sauf dans les cas prévus aux 3° et 4° du II » sont supprimés ;
- ⑧ d) Au 3° du IV, le *b* devient le *c* et il est rétabli un *b* ainsi rédigé :
- ⑨ « *b*) Soit notifié à l'intéressé un avertissement ; »
- ⑩ 3° L'article L. 114-19 est ainsi modifié :

- ⑪ a) Au huitième alinéa, après les mots : « une demande relevant » sont insérés les mots : « du premier alinéa » ; le mot « amende » est remplacé par le mot « pénalité » à deux reprises ;
- ⑫ b) Après le huitième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑬ « Le refus de déférer à une demande relevant du cinquième alinéa du présent article est puni d'une pénalité de 5 000 € Cette pénalité s'applique pour chaque demande, dès lors que tout ou partie des documents ou renseignements sollicités ne sont pas communiqués. » ;
- ⑭ c) Le dernier alinéa est supprimé ;
- ⑮ 4° Au 4° de l'article L. 145-2, après les mots : « dans le cas d'abus d'honoraires » sont insérés les mots : « ou d'actes ou prestations réalisés dans des conditions méconnaissant les règles prévues à l'article L. 162-1-7 » ;
- ⑯ 5° L'article L. 256-4 est ainsi modifié :
- ⑰ a) Les mots : « Sauf en ce qui concerne les » sont remplacés par les mots : « A l'exception des » ;
- ⑱ b) Après les mots : « motivée par la caisse » sont insérés les mots : « , sauf en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausses déclarations ».

Exposé des motifs

La mesure vise à renforcer l'arsenal juridique à la disposition des organismes de sécurité sociale dans le cadre des contrôles réalisés au titre de la lutte contre la fraude, à la fois dans le cadre des constats réalisés par les branches prestataires mais également dans le cadre de la lutte contre le travail illégal.

Tout d'abord, elle relève le quantum actuel des pénalités financières afin de les rendre plus dissuasives.

Elle étend également aux prestations de la branche maladie l'interdiction de remise de dettes prévue pour les prestations de la branche famille en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausses déclarations.

La mesure élargit les compétences des sections des chambres disciplinaires des ordres professionnels afin de leur permettre de condamner un professionnel de santé au reversement des indus constatés par les organismes d'assurance maladie en cas d'abus d'actes.

En outre, elle instaure une sanction forfaitaire dans le cadre de l'exercice du droit de communication visant des personnes non identifiées.

Enfin, cette mesure vise à mieux encadrer et garantir les droits des assurés en rendant plus lisible la procédure contradictoire. En cas de méconnaissance involontaire des obligations déclaratives, la personne sera invitée à rectifier son erreur après que l'organisme lui ait rappelée la règle applicable. En l'absence d'éléments de nature à prouver la fraude ou la mauvaise foi de l'assuré, aucune pénalité financière ne sera prononcée par les organismes.

ANNEXE A

**① RAPPORT RETRAÇANT LA SITUATION PATRIMONIALE, AU
31 DÉCEMBRE 2016, 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 2016**

I. - Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2016 :

(en milliards d'euros)

②
③

ACTIF	2016 (net)	2015 (net)	PASSIF	2016	2015
Immobilisations	7	6,9	Capitaux propres	-101,4	-109,5
Immobilisations non financières	4,5	4,4	Dotations	25,9	27,4
			<i>Régime général</i>	0,6	0,6
Prêts, dépôts de garantie	1,6	1,6	<i>Autres régimes</i>	5,4	4,9
			<i>Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)</i>	0,2	0,2
Avances/ prêts accordés à des organismes de la sphère sociale	0,9	0,9	<i>Fonds de réserve pour les retraites (FRR)</i>	19,7	21,8
			Réserves	16,5	14,3
			<i>Régime général</i>	2,6	2,7
			<i>Autres régimes</i>	6,9	6,1
			<i>FRR</i>	7	5,5
			Report à nouveau	-155,6	-158,8
			<i>Régime général</i>	-1,3	-14,2
			<i>Autres régimes</i>	-3,7	-4,2
			<i>FSV</i>	-0,1	-0,1
			<i>CADES</i>	-150,4	-140,3
			Résultat de l'exercice	8,1	4,7
			<i>Régime général</i>	-4,1	-6,8
			<i>Autres régimes</i>	0,7	0,4
			<i>Fonds de solidarité vieillesse (FSV)</i>	-3,6	-3,9
			<i>CADES</i>	14,4	13,5
			<i>FRR</i>	0,7	1,5
			Ecart d'estimation (réévaluation des actifs du FRR en valeur de marché)	3,7	2,9
			Provisions pour risques et charges	15,8	15,8

Actif financier	55,1	60,8	Passif financier	173,1	181,6
Valeurs mobilières et titres de placement	46,8	50,1	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, euro paper commerciaux)	161,2	165,2
<i>Régime général</i>	0	0	<i>Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)</i>	20,4	27,4
<i>Autres régimes</i>	8,3	7,8	<i>CADES</i>	140,8	137,8
<i>CADES</i>	4	9,5	Dettes à l'égard d'établissements de crédits	5,2	10,6
<i>FRR</i>	34,5	32,8	<i>ACOSS (prêts Caisse des dépôts et consignations)</i>	0	4
Encours bancaire	7,6	10,3	<i>Régime général (ordres de paiement en attente)</i>	3,8	4,6
<i>Régime général</i>	1,1	1,6	<i>Autres régimes</i>	0,4	1,1
<i>Autres régimes</i>	2,9	2,1	<i>CADES</i>	1	1
<i>FSV</i>	0,9	0,9	Dépôts reçus	1,1	1,1
<i>CADES</i>	1,6	2,3	<i>ACOSS</i>	1,1	1,1
<i>FRR</i>	1,1	3,4			
Créances nettes au titre des instruments financiers	0,7	0,4	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,5	0
<i>CADES</i>	0,3	0,2	<i>ACOSS</i>	0,5	0
<i>FRR</i>	0,4	0,2	Autres	5,2	4,6
			<i>Autres régimes</i>	0	0
			<i>CADES</i>	5,2	4,6
Actif circulant	80,2	75	Passif circulant	54,9	54,7
Créances de prestations	8,7	8,1	Dettes et charges à payer à l'égard des bénéficiaires	28,8	27,4
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	10,5	10,7	Dettes et charges à payer à l'égard des cotisants	2	2,6
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et autres impositions	40,9	38,7			
Créances sur entités publiques et organismes de sécurité sociale	10,5	8,3	Dettes et charges à payer à l'égard d'entités publiques	8,8	10,5
Produits à recevoir de l'Etat	0,5	0,5			
Autres actifs	9,1	8,8	Autres passifs	15,3	14,2
Total de l'actif	142,4	142,7	Total du passif	142,4	142,7

④

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 101,4 milliards d'euros au 31 décembre 2016, soit l'équivalent de 4,5 points de PIB.

⑤ 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 3 exercices. Cette inversion de tendance s'est confirmée et s'est amplifiée en 2016 (baisse de 7,9 milliards d'euros par rapport à 2015). Elle reflète la poursuite de la réduction des déficits des régimes de base et du FSV (7,0 milliards d'euros en 2016 contre 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 (14,4 milliards d'euros en 2016 après 13,5 milliards d'euros en 2015).

⑥ Cette amélioration se traduit en particulier par un résultat consolidé positif sur le périmètre d'ensemble de la sécurité sociale retracé ci-dessus (8,1 milliards d'euros en 2016 contre 4,7 milliards d'euros en 2015).

⑦ Le financement du passif net de la sécurité sociale est assuré à titre principal par un recours à l'emprunt, essentiellement porté par la CADES et l'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. Malgré l'augmentation du besoin en fonds de roulement à fin 2016, l'infléchissement de l'endettement financier amorcé en 2015 se confirme en 2016 (118,0 milliards d'euros contre 120,8 milliards d'euros en 2015).

⑧ **Évolution du passif net, de l'endettement financier net et des résultats comptables consolidés de la sécurité sociale depuis 2009 (en milliards d'euros)**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Passif net au 31/12								
(capitaux propres négatifs)	-66,3	-87,1	-100,6	-107,2	-110,9	-110,7	-109,5	-101,4
Endettement financier net au 31/12	-76,3	-96,0	-111,2	-116,2	-118,0	-121,3	-120,8	-118,0
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

⑨ II. - Couverture des déficits et affectation des excédents constatés sur l'exercice 2016

⑩ Le déficit du régime général s'est élevé à 4,1 milliards d'euros en 2016. Il est essentiellement constitué des résultats comptables des branches Maladie et Famille, qui ont respectivement enregistré des déficits de 4,8 milliards d'euros et de 1,0 milliard d'euros. Les branches Vieillesse et Accidents du travail et maladies professionnelles ont

quant à elles dégagé des excédents respectivement de 0,9 et 0,8 milliard d'euros. Par ailleurs, le FSV a enregistré un déficit de 3,6 milliards d'euros.

- ⑪ Dans le cadre fixé par la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le transfert à la CADES, dès l'année 2011, des déficits 2011 des branches Maladie et Famille du régime général. Elle a également prévu la reprise progressive, à compter de 2012, des déficits des années 2011 à 2018 de la branche Vieillesse du régime général et du FSV, dans la double limite de 10 milliards d'euros chaque année et de 62 milliards d'euros au total. Conformément aux dispositions organiques, la CADES a été affectataire de ressources lui permettant de financer ces sommes.
- ⑫ Sans remettre en cause la priorité donnée à la reprise des déficits de la branche Vieillesse et du FSV, compte tenu des marges rendues disponibles par les différentes mesures prises en matière de redressement financier, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a prévu que les déficits des exercices 2012 à 2017 des branches Maladie et Famille pourraient être intégrés dans le champ de la reprise, sans modification des plafonds globaux de reprise ni de l'échéance d'amortissement de la dette transférée à la CADES.
- ⑬ 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.
- ⑭ Un montant total de 23,6 milliards d'euros a été repris en 2016, correspondant au transfert de la totalité des déficits de la branche famille et de la branche maladie au titre de 2013 et 2014 et de ceux de de la branche vieillesse et du FSV au titre de 2015, ainsi que d'une partie du déficit de la branche maladie au titre de 2015. Le plafond de reprise par la CADES étant désormais saturé après les transferts intervenus en 2016, c'est désormais l'ACOSS qui porte en dette à court terme les déficits qui ne sont pas financés par la CADES.
- ⑮ Au titre de l'exercice 2016, le résultat cumulé des régimes de base autres que le régime général s'est élevé à 0,7 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 depuis 2015), des régimes de retraite équilibrés par des subventions de l'État (SNCF, RATP, régimes des mines et des marins) et des régimes d'employeurs (fonction publique de l'État, industries électriques et gazières), équilibrés par ces derniers. Concernant le régime des mines, les déficits passés cumulés de la branche maladie ont par ailleurs été transférés à la CNAMTS à hauteur de 0,7 milliard d'euros en application de la loi de financement de financement de la sécurité sociale pour 2016.

- ①⑥ Plusieurs régimes ne bénéficiant pas de tels mécanismes d'équilibrage ont néanmoins enregistré en 2016 des résultats déficitaires. S'agissant de la branche retraite du régime des exploitants agricoles, le déficit s'est élevé à 0,3 milliard d'euros en 2016, au même niveau qu'en 2015, portant le montant des déficits cumulés depuis 2011 (les déficits 2009 et 2010 ayant été repris par la CADES en 2011) à 3,5 milliards d'euros. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a prévu que ce déficit puisse être financé par des avances rémunérées de trésorerie octroyées par l'ACOSS, en complément des financements bancaires auxquels avait recours jusque-là la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pour couvrir ces déficits cumulés. Au 31 décembre 2016, ces déficits ont été financés en totalité (3,5 milliards d'euros) par une avance de l'ACOSS.
- ①⑦ Enfin, la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) a dégagé, pour la troisième année consécutive, un excédent (0,3 milliard d'euros en 2016). Cet excédent a été affecté aux réserves du régime, portant celles-ci à 2,1 milliard d'euros.

ANNEXE B

① **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**

② La présente annexe décrit l’évolution des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes du régime général, de l’ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse pour la période 2018-2021. Ces prévisions confortent l’objectif de retour à l’équilibre des régimes de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse, et se traduisent par l’accélération de la réduction de la dette sociale.

③ 1. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 concrétise la trajectoire de retour à l’équilibre et le désendettement des comptes sociaux

④ 1.1. La reprise économique s’accélère

⑤ Compte tenu des informations conjoncturelles les plus récentes, qui confirment une accélération de la croissance plus rapide qu’anticipé, la prévision de croissance pour 2017 présentée par le Gouvernement dans le cadre du projet de loi de finances et du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a été fixée à 1,7 %, en hausse de 0,2 point par rapport à la prévision sous-jacente à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017. La vigueur de la reprise se traduit par un redressement plus rapide de l’emploi qui conduit à réviser à la hausse l’hypothèse de croissance de la masse salariale du secteur privée fixée dans les lois financières à 3,3 %, eu lieu de 2,7 % dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017. En revanche l’hypothèse d’inflation est révisée à la baisse de 0,2 point, soit une prévision de 1,0 %.

⑥ Pour 2018, le Gouvernement retient des hypothèses de croissance et d’inflation identiques à la prévision pour 2017 (1,7 % et 1,0 % respectivement) et une croissance de la masse salariale privée de 3,1 %.

⑦ Pour les années 2019 à 2021, les hypothèses du Gouvernement présentées dans le cadre de la loi de programmation des finances publiques sont basées sur une consolidation de la croissance (avec un PIB qui progresse en volume chaque année de 1,7 %) et une accélération progressive de l’inflation (+1,8 % en 2021), qui aurait à son tour un effet à la hausse sur les salaires se traduisant par une accélération de la masse salariale (+3,8 % en 2021).

⑧ Le Haut Conseil des finances publiques a rendu deux avis sur ces prévisions macroéconomiques lors de la présentation du projet de loi de programmation des finances publiques 2018-2022 et du projet de loi de finances pour 2018 au conseil des ministres, et considère que ce scénario macroéconomique est prudent pour 2017 et raisonnable pour 2018.

⑨ 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.

⑩

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
PIB volume	1,1%	1,2%	1,7%	1,7%	1,7%	1,7%	1,7%
Masse salariale	1,7%	2,4%	3,3%	3,1%	3,2%	3,6%	3,8%
<i>dont effectifs</i>	0,1%	1,0%	1,7%	1,0%	1,0%	0,9%	0,5%
<i>dont salaire moyen</i>	1,6%	1,4%	1,6%	2,1%	2,2%	2,6%	3,3%
ONDAM	2,0%	1,8%	2,2%	2,3%	2,3%	2,3%	2,3%
Prix hors tabac	0,0%	0,2%	1,0%	1,0%	1,1%	1,4%	1,8%
Revalorisation des pensions de retraite (en moyenne annuelle)	0,0%	0,1%	0,2%	0,9%	1,0%	1,1%	1,4%
Revalorisation des prestations avril (en moyenne annuelle)	0,1%	0,1%	0,3%	0,8%	1,0%	1,1%	1,3%

⑪

1.2 Cette reprise favorise l'amélioration des soldes des régimes de sécurité sociale

⑫

L'amélioration de la conjoncture économique et la maîtrise des dépenses entraînent une réduction significative des déficits sociaux. Le déficit prévisionnel de l'ensemble des régimes de base et du FSV devrait ainsi passer sous le seuil des 5 milliards d'euros en 2017, et s'établir à 2,2 milliards d'euros en 2018. Le régime général devrait par ailleurs être en excédent dès 2018.

⑬

L'ensemble des régimes de base et le FSV devraient dégager un excédent dès 2019, excédent qui progressera sur les exercices suivants.

⑭

Prévisions des recettes, dépenses et soldes du régime général, de l'ensemble des régimes de base et du FSV (milliards d'euros)

		2014	2015	2016	2017(p)	2018(p)	2019(p)	2020(p)	2021(p)
Recettes, dépenses et soldes du régime général									
Maladie	Recettes	161,8	167,4	194,6	201,9	209,8	215,8	222,9	230,4
	Dépenses	168,3	173,2	199,4	206,0	210,6	214,8	219,1	223,8
	Solde	-6,5	-5,8	-4,8	-4,1	-0,8	1,0	3,8	6,6
AT-MP	Recettes	12,3	12,6	12,6	12,8	12,7	13,2	13,8	14,4
	Dépenses	11,7	11,9	11,8	11,8	12,2	12,4	12,5	12,7
	Solde	0,7	0,7	0,8	1,0	0,5	0,8	1,3	1,7
Famille	Recettes	56,3	52,8	48,6	49,9	51,0	52,5	54,1	56,1
	Dépenses	59,0	54,3	49,6	49,6	49,7	50,1	50,534	51,1
	Solde	-2,7	-1,5	-1,0	0,3	1,3	2,4	3,6	5,0
Vieillesse	Recettes	115,6	120,1	123,7	126,2	133,8	137,0	140,3	144,6
	Dépenses	116,8	120,5	122,8	124,9	133,6	137,8	142,310	147,6
	Solde	-1,2	-0,3	0,9	1,3	0,2	-0,8	-2,0	-3,0
RG consolidé	Recettes	334,0	340,3	366,6	377,8	394,3	405,2	417,5	431,6
	Dépenses	343,7	347,2	370,7	379,4	393,0	401,7	410,9	421,4
	Solde	-9,7	-6,8	-4,1	-1,6	1,2	3,5	6,6	10,3
Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base									
Maladie	Recettes	186,6	191,3	195,9	203,2	210,9	216,9	224,0	231,6
	Dépenses	193,2	197,1	200,7	207,3	211,7	215,9	220,3	225,0
	Solde	-6,5	-5,8	-4,7	-4,1	-0,8	1,0	3,8	6,6
AT-MP	Recettes	13,8	14,1	14,1	14,3	14,1	14,6	15,2	15,9
	Dépenses	13,1	13,3	13,3	13,2	13,5	13,7	13,9	14,2
	Solde	0,7	0,8	0,8	1,1	0,5	0,9	1,3	1,8

	Recettes	56,3	52,8	48,6	49,9	51,0	52,5	54,1	56,1
Famille	Dépenses	59,0	54,3	49,6	49,6	49,7	50,1	50,5	51,1
	Solde	-2,7	-1,5	-1,0	0,3	1,3	2,4	3,6	5,0
	Recettes	219,2	223,8	228,8	232,6	236,6	241,2	246,1	251,6
Vieillesse	Dépenses	220,0	223,6	227,2	231,1	236,4	242,3	248,5	255,6
	Solde	-0,8	0,2	1,6	1,5	0,1	-1,0	-2,4	-3,9
	Recettes	462,9	468,4	473,7	486,3	498,9	511,4	525,3	540,8
ROBSS consolidé	Dépenses	472,2	474,7	477,1	487,6	497,7	508,1	519,1	531,4
	Solde	-9,3	-6,3	-3,4	-1,3	1,2	3,3	6,3	9,3
	Fonds de solidarité vieillesse								
	Recettes	17,1	16,6	16,7	16,0	15,8	16,3	16,9	17,4
FSV	Dépenses	20,6	20,5	20,3	19,7	19,3	19,0	18,3	18,2
	Solde	-3,5	-3,9	-3,6	-3,6	-3,4	-2,7	-1,5	-0,8
	Régime général et fonds de solidarité vieillesse								
	Recettes	332,6	338,4	365,0	376,1	392,6	404,5	418,1	432,9
RG+FSV	Dépenses	345,8	349,2	372,7	381,3	394,8	403,7	412,9	423,4
	Solde	-13,2	-10,8	-7,8	-5,2	-2,2	0,8	5,2	9,5
	Régimes obligatoires de base et fonds de solidarité vieillesse								
	Recettes	460,1	464,9	470,5	483,1	496,1	509,6	525,0	541,1
ROBSS +FSV	Dépenses	472,8	475,1	477,5	488,0	498,3	509,0	520,1	532,5
	Solde	-12,8	-10,2	-7,0	-4,9	-2,2	0,6	4,8	8,6

⑮ 1.3. La résorption de la dette de la sécurité sociale, effective depuis 3 ans, devrait s'accélérer

⑯ Le désendettement de la sécurité sociale se poursuit pour la troisième année consécutive, sous l'effet de trois facteurs principaux.

⑰ - En premier lieu, le choix de cantonner la dette sociale et de l'amortir au moyen de recettes affectées à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) permettra en 2017 de réduire de 14,8 milliards d'euros la dette sociale, portant l'amortissement total réalisé par la caisse à 139,5 milliards d'euros, soit environ la moitié de la dette. Le désendettement devrait se poursuivre en 2018, avec un objectif de remboursement de 15,2 milliards d'euros, en augmentation, dans un contexte de taux d'intérêt extrêmement faibles, favorable à cette dynamique de désendettement, et de la hausse spontanée du rendement des recettes qui lui sont affectées.

⑱ - En second lieu, le retour à l'équilibre progressif des régimes obligatoires de base permet, à niveau d'amortissement donné de la dette sociale par la CADES, que ce désendettement s'accroisse chaque année, le différentiel entre la dette amortie et les déficits résiduels allant augmentant.

⑲ - En troisième lieu, le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) dégage, en investissant les actifs qui lui ont été confiés, un rendement important (1,8 milliard d'euros net en 2016 et 2,0 milliards d'euros nets prévus en 2017) qui lui permet non seulement de participer pour 2,1 milliards d'euros chaque année à l'amortissement de la dette sociale et de conserver un patrimoine dont la valeur est à mettre en regard de la dette sociale.

⑳ 2. L'amélioration des soldes de l'ensemble des branches traduit l'effort de maîtrise des dépenses

㉑ 2.1. La branche famille revient en léger excédent, permettant des mesures en faveur des assurés tout en poursuivant l'effort structurel

㉒ La situation financière de la branche famille, qui sera à l'équilibre en 2017 pour la première fois depuis 10 ans, sera consolidée sur la période, tout en continuant à s'adapter aux évolutions de la société.

㉓ Ce PLFSS comprend ainsi une mesure majorant de 30 %, dès la rentrée 2018, le montant maximal du complément de mode de garde (CMG) pour les familles monoparentales, qui sont les plus contraintes dans leur conciliation entre vie familiale et vie professionnelle. La prochaine COG qui devra être signée au début de l'année 2018 avec la CNAF définira une évolution maîtrisée du Fonds national d'action sociale et poursuivra, selon une approche résolument territorialisée, les efforts pour améliorer le taux de couverture en mode d'accueil du jeune enfant, avec une attention renforcée aux territoires les plus fragiles.

㉔ Dans une perspective de lisibilité et de poursuite des efforts structurels de maîtrise de la dépense, les barèmes de l'allocation de base de la PAJE seront alignés sur ceux du complément familial, pour les nouveaux droits accordés à partir d'avril 2018. Dans le cadre de cette mesure, la prime à la naissance et la prime à l'adoption verront leurs conditions de ressources légèrement resserrées, mais leur montant sera de nouveau revalorisé alors qu'ils étaient gelés depuis 2014. Pour 2018, l'effet net de cette réforme est estimé à 90 millions d'euros de moindres dépenses, avec une montée en charge progressive sur la période.

㉕ 2.2 La branche maladie du régime général se rapproche de l'équilibre, tout en favorisant la prévention et l'innovation en santé

㉖ La progression de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) par rapport à 2017 est fixée à 2,3 %. Ce taux est légèrement supérieur à celui de 2017 mais inférieur au niveau de progression moyen de l'ONDAM depuis 2001. En raison d'une accélération du tendancier de dépenses, le respect de cet objectif nécessitera un niveau d'économies supérieur à celui de 2017, soit 4,2 milliards d'euros. Cet effort sera partagé par l'ensemble des acteurs de l'offre de soins et accompagné dans le cadre du plan d'appui à la transformation de notre système de santé 2018-2022 qui s'organise autour de six grandes thématiques : prévention, structuration de l'offre de soins ; pertinence et efficacité des produits de santé ; pertinence et qualité des actes ; pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail et de transports ; contrôle et lutte contre la fraude.

㉗ La progression de l'ONDAM représente 4,4 milliards d'euros de dépenses nouvelles prises en charge par la collectivité sur le champ de la maladie. Ces ressources permettront la mise en œuvre de la nouvelle stratégie nationale de santé dont le présent projet de loi traduit dès cette année plusieurs priorités. La prévention est promue avec l'extension des obligations vaccinales pour les jeunes enfants et l'augmentation du prix du tabac. L'innovation est soutenue par la création d'un fonds d'innovation pour le système de santé, la mise en place d'un cadre juridique favorable à l'accélération des innovations organisationnelles et le soutien à la télémédecine. Enfin, plusieurs mesures viendront favoriser la pertinence des soins notamment l'évolution du cadre de régulation des dispositifs médicaux, le renforcement des moyens

d'accompagnement et de contrôle des prescriptions par l'assurance-maladie et la promotion de l'intéressement des établissements de santé

②⑧ 2.3. Le solde combiné de la branche vieillesse et du fonds de solidarité vieillesse s'améliore, mais reste déficitaire

②⑨ Le solde de la branche vieillesse du régime général accroîtra son excédent, pour s'établir à 1,3 milliard d'euros en 2017, et resterait légèrement excédentaire en 2018 (0,2 milliard d'euros). Il se dégraderait en fin de période. Le déficit du fonds solidarité vieillesse (FSV) se stabilise à 3,6 milliards d'euros en 2017 et devrait connaître un net redressement au cours des années suivantes. Ces évolutions traduisent notamment l'impact du transfert du financement du minimum contributif du FSV à la branche vieillesse d'ici à 2020. Le solde combiné de la branche vieillesse du régime général et du FSV devrait connaître une légère amélioration en 2018, sans toutefois parvenir à court terme à l'équilibre.

③⑩ L'effort de lutte contre la pauvreté, en faveur des retraités les plus modestes, sera accentué avec une revalorisation exceptionnelle de 100 euros du montant du minimum vieillesse. Celui-ci sera augmenté de 30 euros par mois au 1^{er} avril 2018, de 35 euros par mois au 1^{er} janvier 2019 et de 35 euros par mois au 1^{er} janvier 2020, date à laquelle il sera ainsi porté à 903 euros par mois (montant pour une personne seule). Cette mesure bénéficiera à l'ensemble des retraités percevant déjà le minimum vieillesse et elle permettra en outre à de nouveaux retraités de bénéficier de cette prestation.

③⑪ Les dates de revalorisation des pensions de retraite et du minimum vieillesse seront par ailleurs harmonisées au 1^{er} janvier à compter de 2019. La date de revalorisation du minimum vieillesse sera ainsi avancée de 3 mois (du 1^{er} avril au 1^{er} janvier) tandis que celle des pensions de retraite sera portée d'octobre à janvier. Cette mesure permettra aux pensions et au minimum vieillesse d'évoluer de façon cohérente et contribuera à l'amélioration du solde de la branche vieillesse.

③⑫ 2.4. La branche ATMP demeure en excédent

③⑬ S'agissant de la branche ATMP, les excédents de la branche permettent d'engager un mouvement de décroissance du taux de cotisations, qui fait plus que compenser la hausse de la majoration destinée à couvrir les dépenses liées au compte professionnel de prévention, issu de la réforme du compte professionnel de prévention et qui sera financé à compter de 2018 par la branche. Parallèlement à cette baisse des cotisations accidents du travail, une hausse des cotisations d'assurance maladie sera mise en œuvre en 2018 en garantissant une stricte neutralité sur le coût du travail. La négociation de la COG sera l'occasion de réaffirmer la priorité à la prévention.

③⑭ 3. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui met en œuvre les engagements du Président de la République, entraînera des évolutions importantes de l'organisation et du financement de la sécurité sociale à compter de 2018 et 2019

③⑮ 3.1. Les mesures en faveur du pouvoir d'achat des actifs (bascule entre cotisations salariales et CSG) et encourageant l'activité et l'entreprise s'inscrivent dans le cadre d'une évolution du financement de la protection sociale

③⑯ Un axe majeur du PLFSS pour 2018 vise à encourager l'activité, l'emploi et l'entrepreneuriat.

- 37) Cela passe d'abord par une mesure de pouvoir d'achat : les cotisations salariales d'assurance maladie et d'assurance chômage seront complètement supprimées en 2018, en contrepartie d'une augmentation de 1,7 point de la contribution sociale généralisée (CSG). Cette mesure procurera un gain de pouvoir d'achat de 1,45 % de la rémunération brute pour la plus grande majorité des salariés. Pour les autres catégories d'actifs, des mesures sont prévues, afin de neutraliser la hausse de la CSG pour la totalité d'entre eux, et d'engendrer des gains de pouvoir d'achat pour les travailleurs indépendants ayant les revenus les plus faibles. Ainsi, trois quarts des travailleurs indépendants bénéficieront d'une baisse de leurs cotisations sociales.
- 38) Le financement de cette mesure de pouvoir d'achat est assuré par le relèvement de la CSG sur les revenus du capital et sur les revenus de remplacement, à l'exception des allocations chômage et des indemnités journalières. La hausse de la CSG ne concerne toutefois pas les titulaires de pensions de vieillesse bénéficiant de l'exonération ou du taux réduit de CSG en vertu de ressources modestes : ainsi, 40 % des retraités ayant des faibles niveaux de revenus ne subiront aucune perte de pouvoir d'achat. Une partie des retraités qui verront leur pension nette baisser suite au relèvement du taux de CSG bénéficieront par ailleurs de l'exonération progressive de la taxe d'habitation.
- 39) Conformément aux engagements du Gouvernement, le PLFSS prévoit, parallèlement à la suppression du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) et du crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS) dans le projet de loi de finances, la mise en œuvre en 2019 d'une exonération renforcée des cotisations sociales comprenant deux volets :
- 40) - un allègement uniforme de 6 points des cotisations sociales d'assurance maladie pour l'ensemble des salariés relevant du régime général de sécurité sociale et du régime des salariés agricoles, applicable aux salaires inférieurs à 2,5 SMIC. A la différence du CICE et du CITS, cet allègement bénéficiera à tous les employeurs dans des conditions identiques, qu'ils soient ou non assujettis à l'impôt sur les sociétés ou à la taxe sur les salaires.
- 41) - un renforcement des allègements généraux de cotisations sociales au niveau du SMIC afin d'encourager la création d'emploi. Désormais, ces allègements généraux porteront également sur les contributions d'assurance chômage et de retraite complémentaire.
- 42) Ainsi, au niveau du SMIC, aucune cotisation ou contribution sociale payée habituellement par les entreprises ne sera 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. Quelques prélèvements modestes en dehors du champ de la protection sociale resteront également dus (versement transport, apprentissage, construction)
- 43) Le dispositif d'exonération de cotisations pendant la première année pour les créateurs d'entreprise, initialement réservé aux chômeurs créateurs, sera étendu à l'ensemble des créateurs afin de lever les freins à l'entrepreneuriat, faciliter l'amorçage des nouvelles entreprises et soutenir les modèles économiques encore fragiles. La mesure, prévue dans le PLFSS 2018, entrera en vigueur en 2019 et bénéficiera à tous les entrepreneurs ayant un revenu annuel net inférieur à 40 000 euros au titre de leur première année d'exercice.
- 44) Enfin, afin de faciliter la déclaration des activités économique ponctuelles, de plus en plus fréquentes, dans les conditions les plus simples possible, il est proposé d'élargir le champ du chèque emploi service universel (CESU) à l'ensemble des activités pouvant être réalisées auprès

de particuliers. Celles-ci pourront ainsi être déclarées aux administrations sociales de manière rapide, simple et totalement dématérialisée.

- ④5 3.2. La suppression du RSI en vue de son assimilation progressive par le régime général, constitue une réforme structurelle de la protection sociale, cohérente avec ses principes fondateurs
- ④6 A compter du 1^{er} janvier 2018, la protection sociale des travailleurs indépendants sera confiée au régime général, qui couvre déjà l'essentiel de la population française. Le RSI, marqué depuis l'origine par de graves dysfonctionnements qui ont fortement affecté les travailleurs indépendants, sera supprimé.
- ④7 Les missions de recouvrement des cotisations et contributions et de services des prestations aux travailleurs indépendants seront désormais exercées par le régime général qui couvrira donc à la fois les travailleurs salariés et les travailleurs non-salariés. Cette intégration permettra aux travailleurs indépendants de bénéficier d'une qualité de services comparable à celui dont bénéficient les autres catégories d'assurés, leurs spécificités continuant bien entendu à être prises en compte.
- ④8 Cette réforme, l'une des plus importantes dans l'organisation de la sécurité sociale depuis sa création, permettra aux organismes de sécurité sociale de mieux prendre en compte les évolutions des parcours professionnels, conduisant à une succession et une combinaison accrue des activités exercées sous statut de salarié ou d'indépendant. Elle conduira, de 2018 à 2020, à transférer progressivement aux organismes du régime général les activités du RSI. La période permettra également de prévoir les conditions d'intégration des agents du RSI, dont les compétences sont indispensables pour assurer une continuité de services et la prise en compte des particularités des non-salariés, au sein des organismes du régime général.

ANNEXE C

① **ÉTAT DES RECETTES, PAR CATÉGORIE ET PAR BRANCHE, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU RÉGIME GÉNÉRAL AINSI QUE DES RECETTES, PAR CATÉGORIE, DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES RÉGIMES**

② **I. - Recettes par catégorie et par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale**

③

Exercice 2018 (en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies professionnelles	Régimes de base	Fonds de solidarité vieillesse	Régimes de base et FSV
Cotisations effectives	88,7	137,2	29,8	13,3	267,1	0,0	267,1
Cotisations prises en charge par l'État	2,6	2,5	0,8	0,1	6,0	0,0	6,0
Cotisations fictives d'employeur	0,4	39,7	0,0	0,3	40,4	0,0	40,4
Contribution sociale généralisée	93,4	0,0	10,4	0,0	103,5	12,0	115,4
Impôts, taxes et autres contributions sociales	19,9	19,5	9,4	0,0	48,8	4,1	53,0
Charges liées au non recouvrement	-1,0	-0,8	-0,3	-0,2	-2,3	-0,3	-2,5
Transferts	3,1	37,5	0,2	0,1	29,3	0,0	10,7
Produits financiers	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Autres produits	3,9	0,9	0,7	0,4	5,9	0,0	5,9
Recettes	210,9	236,6	51,0	14,1	498,9	15,8	496,1

④ II. - Recettes par catégorie et par branche du régime général de sécurité sociale

⑤ Exercice 2018 (en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies professionnelles	Régime général	Fonds de solidarité vieillesse	Régime général et FSV
Cotisations effectives	88,0	87,4	29,8	12,3	215,7	0,0	215,7
Cotisations prises en charge par l'État	2,6	2,2	0,8	0,1	5,7	0,0	5,7
Cotisations fictives d'employeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée	93,4	0,0	10,4	0,0	103,5	12,0	115,4
Impôts, taxes et autres contributions sociales	19,9	15,1	9,4	0,0	44,5	4,1	48,6
Charges liées au non recouvrement	-1,0	-0,6	-0,3	-0,1	-2,1	-0,3	-2,4
Transferts	3,1	29,4	0,2	0,0	21,7	0,0	4,2
Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits	3,8	0,3	0,7	0,4	5,2	0,0	5,2
Recettes	209,8	133,8	51,0	12,7	394,3	15,8	392,6

⑥ III. - Recettes par catégorie des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

⑦ Exercice 2018 (en milliards d'euros)

	Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives	0,0
Cotisations prises en charge par l'État	0,0
Cotisations fictives d'employeur	0,0
Contribution sociale généralisée	12,0
Impôts, taxes et autres contributions sociales	4,1
Charges liées au non recouvrement	-0,3
Transferts	0,0
Produits financiers	0,0
Autres produits	0,0
Recettes	15,8