

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de l'Économie, des Finances et de la Relance

Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion

Ministère des Solidarités et de la Santé

**AVANT-PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITE SOCIALE
POUR 2022**

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES A L'EXERCICE 2020

Article 1

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

Au titre de l'exercice 2020, sont approuvés :

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	209,8	240,2	-30,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,5	13,6	-0,1
Vieillesse	241,2	246,1	-4,9
Famille	48,2	50,0	-1,8
Toutes branches (hors transferts entre branches)	499,3	536,6	-37,3
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	497,2	537,0	-39,7

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	208,3	238,8	-30,4
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,1	12,3	-0,2
Vieillesse	135,9	139,6	-3,7
Famille	48,2	50,0	-1,8
Toutes branches (hors transferts entre branches)	391,6	427,8	-36,2
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	390,8	429,4	-38,7

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de Solidarité Vieillesse	16,7	19,1	-2,5

4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 219,4 milliards d'euros ;

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

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

7° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 16,1 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Les comptes du régime général se sont dégradés en 2020 dans une ampleur sans précédent : le solde du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) est passé de - 1,9 milliard d'euros en 2019 à - 38,7 milliards d'euros en 2020. Le solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (ROBSS) et du FSV s'est quant à lui élevé à -39,7 milliards d'euros pour la même année. Cette dégradation s'explique d'une part par une baisse générale des recettes dans le contexte de récession et de baisse de la masse salariale soumise à cotisations et d'autre part par une augmentation des dépenses consécutives aux mesures d'urgence votées au printemps de l'année 2020 pour faire face à la situation sanitaire engendrée par l'épidémie de coronavirus.

Cette dégradation est cependant très inférieure à celle anticipée l'année dernière lors de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 qui prévoyait un déficit de 49 milliards d'euros pour le régime général et le FSV et de 50,7 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base. Ce résultat moins dégradé qu'anticipé s'explique par une meilleure tenue de l'économie, notamment de la masse salariale du secteur privé qui ne s'est finalement repliée que de -5,7 % en 2020 contre une baisse de -8,9 % prévue en LFSS pour 2021.

Article 2

[Approbation du rapport annexé sur les excédents ou déficits de l'exercice 2020 et le tableau patrimonial (annexe A)]

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2020, 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 2020 figurant à l'article 1^{er}.

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES A L'EXERCICE 2021

Article 3

[Affiliation, au titre de cette activité, d'une partie du personnel de santé mobilisé sur la vaccination contre la COVID 19]

Les personnes participant à la campagne vaccinale dans le cadre de la lutte contre la covid-19 qui sont rémunérées pour cette campagne directement par une caisse primaire d'assurance maladie et qui ne sont pas affiliées comme travailleurs indépendants au titre d'une autre activité sont, au titre de la participation à la campagne, comprises parmi les personnes auxquelles s'impose l'obligation prévue à l'article L. 311-2 du code de la sécurité sociale. Les cotisations et contributions de sécurité sociale dont elles sont redevables pour cette activité sont calculées sur une assiette constituée de leurs recettes diminuées d'un abattement forfaitaire fixé par décret, qui ne peut pas être inférieur à l'abattement prévu au premier alinéa du 1 de l'article 102 *ter* du code général des impôts ni supérieur au plus élevé des abattements prévus à la première phrase du cinquième alinéa du 1 de l'article 50-0 du même code.

Par dérogation aux dispositions du premier alinéa, les médecins salariés qui participent à la campagne vaccinale dans le cadre de la lutte contre la covid-19 ainsi que les médecins retraités et les étudiants en médecine, lorsqu'ils sont rémunérés pour cette campagne directement par une caisse primaire d'assurance maladie, sont affiliés au titre de leur participation à la campagne au régime d'assurance obligatoire prévu à l'article L. 646-1 du code de la sécurité sociale. Les cotisations et contributions assises sur leurs recettes issues de cette activité sont calculées sur la base d'un taux global et dans des conditions fixées par décret.

Exposé des motifs

Afin d'accompagner le déploiement rapide de la campagne de vaccination, dans le cadre de la lutte contre la covid-19, il a été fait le choix de rattacher au régime général de la sécurité sociale ou au régime des praticiens et auxiliaires médicaux un certain nombre de professionnels de santé, pour lesquels n'existait pas de solution immédiate de déclaration des rémunérations perçues – ces personnes n'exerçant pas comme travailleurs indépendants à titre principal, et n'étant pas salariées des établissements auxquels sont rattachés les centres de vaccination. Il s'agit par exemple d'étudiants, de salariés relevant d'établissements différents de celui auquel est rattaché le centre de vaccination, de retraités, de fonctionnaires, etc.

La rémunération par les caisses d'assurance-maladie des professionnels concernés (au nombre de 12 300 au 31 mai 2021) fait l'objet d'un précompte des cotisations sociales dues. Les taux sont :

- de 13,3 % après abattement pour les médecins exerçant leur activité sans être affiliés comme travailleurs indépendants, les médecins retraités, les étudiants en médecine éligibles qui participent à la campagne vaccinale.
- de 19 % pour les professions autres que celles citées ci-dessus et autres que les médecins libéraux (par exemple les infirmiers, les pharmaciens...), alors rattachés au régime général, après application d'un abattement identique à celui appliqué pour

certaines populations « assimilées salariés » au régime général au titre de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale. Ce taux se rapproche ainsi de celui applicable aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés qui bénéficient d'une prise en charge par la CNAM d'une partie de leurs cotisations sociales.

Cet assujettissement permettra aux personnes concernées de se créer des droits sociaux au titre des rémunérations perçues.

Le présent article vise à donner une base légale à ce dispositif déjà déployé et n'entraînera donc pas de changement en pratique pour les assurés concernés.

Article 4

[Assouplissement des règles de cumul emploi-retraite pour les professionnels de santé pendant la crise épidémique]

I. – A titre exceptionnel et par dérogation aux dispositions prévues aux articles L. 161-22 et L. 643-6 du code de la sécurité sociale et L. 85 du code des pensions civiles et militaires de retraite, une pension de vieillesse peut être entièrement cumulée avec les revenus tirés d'une activité reprise ou poursuivie en qualité de professionnel de santé au sens de la quatrième partie du code de la santé publique durant les mois d'octobre 2020 à décembre 2021.

II. – Le présent article est applicable à Mayotte.

Exposé des motifs

L'accélération de l'épidémie de Covid-19 au cours du premier semestre 2021 a rendu nécessaire la mobilisation de l'ensemble des personnels soignants et professionnels de santé.. C'est pourquoi un assouplissement des règles du cumul emploi-retraite permettant une poursuite ou une reprise d'activité des personnels soignants et des professionnels de santé libéraux retraités, accompagné d'un allègement des procédures et de l'instruction des dossiers par les caisses d'assurance vieillesse, a été décidé en urgence. Il convient à présent de régulariser cette dérogation afin de garantir les droits des personnes concernées.

Article 5

[Sécurisation des droits à retraite de base des travailleurs indépendants non agricoles affectés par les fermetures administratives]

I.- Les travailleurs indépendants mentionnés aux articles L. 631-1 et L. 640-1 du code de la sécurité sociale et les artistes-auteurs mentionnés à l'article L. 382-1 du même code peuvent bénéficier de l'attribution de périodes d'assurance au titre de leur régime d'assurance vieillesse de base pour les années 2020 et 2021, sous réserve d'avoir été éligibles à une des mesures d'aides prévues au III à V de l'article 65 de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020 et au III à V de l'article 9 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement pour la sécurité sociale pour 2021.

II.- Les organismes mentionnés aux articles L. 222-1 et L. 641-5 du code de la sécurité sociale procèdent, pour chaque travailleur indépendant et artiste-auteur éligible au présent dispositif, à l'attribution d'un nombre de trimestres de retraite de base correspondant à la différence entre

la moyenne des trimestres que le travailleur indépendant ou l'artiste-auteur a validés au cours des années 2017 à 2019 au titre de l'activité éligible à l'une des mesures d'aides mentionnées au I et le nombre de trimestres validés au titre de l'année 2020 ou au titre de l'année 2021 compte tenu des revenus, traitements, salaires et chiffres d'affaires déclarés pour cette même activité.

Si l'activité a débuté en 2018, est prise en compte, pour la détermination de la différence mentionnée à l'alinéa précédent la moyenne des trimestres validés en 2018 et 2019 au titre de l'activité éligible à l'une des mesures d'aides mentionnée au I.

Si l'activité a débuté en 2019, est prise en compte pour la détermination de la différence le nombre de trimestres validés en 2019 au titre de l'activité éligible à l'une des mesures d'aides mentionnée au I.

Chacune de ces moyennes est arrondie au nombre supérieur.

III. - Pour permettre l'attribution des périodes d'assurance mentionnées au I, les organismes de sécurité sociale peuvent traiter et échanger entre eux des données à caractère personnel ou collecter auprès d'autres administrations des informations utiles à l'identification des travailleurs indépendants relevant des articles L. 631-1 et L. 640-1 du code de la sécurité sociale éligibles au dispositif, ainsi que les revenus ou les chiffres d'affaires déclarés par ces travailleurs indépendants.

Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, précise les catégories de données pouvant être utilisées ainsi que les garanties apportées aux personnes dans le traitement de leurs données et pour l'exercice de leurs droits.

IV. – Au titre de l'attribution des périodes d'assurance mentionnées au I, le fonds de solidarité mentionné à l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale prend en charge le coût des cotisations de retraites de base qui n'ont pas été versées, selon des modalités fixées par décret.

V. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur au 1er janvier 2022 et s'appliquent aux travailleurs indépendants et artistes-auteurs ayant débuté une activité indépendante avant le 1er janvier 2020 et n'ayant pas liquidé leur pension au 31 décembre 2021.

Exposé des motifs

L'épidémie de covid-19 a affecté de manière significative les entreprises françaises, du fait de la rupture des chaînes d'approvisionnement, de pertes d'opportunités de gains et d'annulations de commandes et de contrats de la part de clients notamment du fait des mesures de confinement prises. Certains secteurs ont été particulièrement touchés, tels les secteurs du tourisme, de la restauration, de l'hôtellerie, de la culture, de l'évènementiel et du sport, qui ont dû faire face à des annulations massives de commandes et à une baisse très importante de leur activité.

L'activité a par ailleurs été totalement suspendue pour les entreprises relevant des secteurs concernés notamment par les mesures d'interdiction d'accueil du public prévues par le décret n° 2020-860 du 10 juillet 2020 : salles d'audition, de conférence, de réunion, de spectacle ou à usage multiple, centres commerciaux, restaurants et débits de boissons, salles de danse et salles de jeu, salles d'exposition, établissements sportifs couverts et musées.

Cette situation a engendré une baisse d'activité et de revenus pour les travailleurs indépendants non agricoles de ces secteurs. Pour ne pas fragiliser plus avant cette population dont les droits à retraite ont été mécaniquement affectés, il est proposé de valider pour les années 2020 et 2021 au titre de la retraite un nombre de trimestres équivalent à la moyenne des trimestres validés par l'assuré concerné sur les années 2017, 2018 et 2019.

Article 6

[Allègement de la taxe sur la vente en gros des spécialités pharmaceutiques]

Au quatrième alinéa de l'article L.138-2 du code de la sécurité sociale, le taux : « 1,75 % » est remplacé par le taux : « 1,5 % ».

Exposé des motifs

La modification de la taxe sur la vente en gros des spécialités pharmaceutiques constitue une des mesures du Gouvernement pour réformer structurellement le modèle économique des grossistes répartiteurs marqué par une érosion de leur marge. Il est proposé d'abaisser le taux de la première tranche de cette taxe qui pèse principalement sur ces acteurs, avec un effet rétroactif au 1er janvier 2021. Cette mesure contribuera à assurer le maintien, avec le même niveau d'exigence de qualité, de la mission essentielle d'approvisionnement des médicaments sur l'ensemble du territoire national réalisée par les acteurs de la répartition.

Article 7

[Assouplissement de l'échéance de signature des contrats prévus à l'article 50 de la LFSS 2021]

Après le V de l'article 50 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 est inséré un V bis ainsi rédigé :

« V bis.- Par dérogation au deuxième alinéa du I, lorsque l'objet de la dotation porte uniquement sur les besoins de financement de l'investissement structurant, un contrat peut être conclu avec l'agence régionale de santé jusqu'au 31 décembre 2030. Les versements interviennent dans ce cas selon un échéancier qui ne peut aller au-delà du 31 décembre 2030 et la dotation peut ne pas être comptabilisée en une seule fois et pour sa totalité. »

Exposé des motifs

Dans le cadre du Ségur de la santé, le Gouvernement a engagé un plan doté de 13Md€ en soutien des établissements assurant le service public hospitalier pour améliorer la situation financière des établissements de santé et favoriser l'investissement.

Ce plan s'inscrit dans une volonté forte de déconcentration vers les ARS afin de garantir une réponse adaptée aux besoins et spécificités des territoires en faisant confiance aux acteurs locaux. Sa mise en œuvre suppose une contractualisation entre les ARS et les établissements concernés.

Un travail important est donc nécessaire avant que les contrats avec tous les établissements concernés, notamment pour contribuer au financement de nouveaux projets d'investissement structurants, puissent être signés. Or, l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 fixe une échéance au 31 décembre 2021 pour la contractualisation entre les ARS et les établissements bénéficiaires du dispositif. Si les travaux relatifs aux besoins d'amélioration de la situation financière des établissements seront achevés à cette date, permettant la signature des contrats concernés d'ici à la fin de l'année, la sélection des projets d'investissements pourra elle nécessiter plus de temps.

Afin de ne pas exclure de l'aide à l'investissement les établissements qui n'auraient pas conclu un contrat aux fins d'assainissement financier, la mesure vise à inscrire une dérogation allant jusqu'au 31 décembre 2030 pour couvrir ces cas de figure.

Article 8

[Transferts financiers entre branches de sécurité sociale]

I.- Le 1° de l'article L.131-8 du code de la sécurité est ainsi modifié :

1° Au quatrième alinéa, le taux : « 28,14 % » est remplacé par le taux : « 24,33 % » ;

2° Il est ajouté un cinquième alinéa ainsi rédigé :

« - à la branche mentionnée au 5° du même article, pour une fraction correspondant à 3,81 % ; ».

II. – Après le 2° de l'article L.14-10-4 du code de l'action sociale et des familles est inséré un 2° *bis* ainsi rédigé :

« 2° *bis* Une fraction du produit de la taxe sur les salaires, dans les conditions fixées au 1° de l'article mentionné à l'alinéa précédent ; ».

III. – Les dispositions prévues au I et II du présent article entrent en vigueur à compter du 1er janvier 2021.

Exposé des motifs

La loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie prévoit la création d'une nouvelle branche de sécurité sociale consacrée au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. La gestion de la cinquième branche est confiée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

La gestion de la trésorerie de la CNSA, ainsi constituée en caisse nationale du régime général de la sécurité sociale, est confiée à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), conformément à l'article L. 225-1 du code de la sécurité sociale. En contrepartie, la CNSA participe au financement des charges de gestion administrative de l'ACOSS, au même titre que les autres caisses nationales du régime général, en application de l'article L. 225-6 du code de la sécurité sociale.

Le présent article vise à affecter une fraction de taxe sur les salaires à la CNSA dès 2021 afin de la doter des ressources nécessaires pour couvrir cette contribution aux dépenses de gestion administrative de l'ACOSS, ainsi que le coût des charges liées au non recouvrement et les frais de dégrèvement.

En cohérence, le présent article modifie l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles qui liste les ressources de la CNSA pour prévoir qu'elle peut être rendue affectataire de taxe sur les salaires.

Article 9

[Rectification des tableaux d'équilibre]

I.- Au titre de l'année 2021, sont rectifiés :

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	202,2	232,2	-30,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,6	13,9	0,7
Vieillesse	246,4	250,4	-4,0
Famille	50,5	49,4	1,2
Autonomie	31,8	32,2	-0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)	531,3	563,8	-32,5
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	529,3	564,1	-34,8

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	200,7	230,7	-30,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,1	12,5	0,6
Vieillesse	140,0	143,7	-3,7
Famille	50,5	49,4	1,2
Autonomie	31,8	32,2	-0,4

Toutes branches (hors transferts entre branches)	422,5	454,7	-32,3
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	421,7	456,3	-34,6

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 :

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	17,2	19,6	-2,4

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

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

6° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, qui est fixé à 17,4 milliards d'euros.

Exposé des motifs

En 2021, il est prévu que les branches du régime général de sécurité sociale cumulent un déficit de 32,3 milliards d'euros. Le déficit du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) diminuerait quant à lui de 0,1 milliard d'euros par rapport à 2020 pour s'établir à 2,4 milliards d'euros.

Après la forte dégradation des comptes du régime général et du FSV en 2020 du fait de la crise sanitaire liée à l'épidémie de coronavirus, la situation financière reste très déficitaire en 2021. D'une part, les recettes progressent rapidement compte tenu du rebond de la croissance et de la masse salariale, sans toutefois compenser l'ampleur de la baisse de l'année précédente. D'autre part, les mesures de dépenses, notamment la facilitation du recours aux indemnités journalières, la prise en charge de la campagne de vaccination et le remboursement intégral des tests continuent de peser fortement sur les dépenses des branches de la sécurité sociale, et notamment celles de l'assurance maladie.

Par rapport aux précédentes prévisions établies pour 2021, deux variations jouent en sens contraire. La conjoncture économique s'est ainsi révélée plus favorable et s'est traduite par des recettes fiscales et des cotisations sociales plus dynamiques. Cette hausse des recettes est toutefois compensée par une augmentation des dépenses liées à la crise telles qu'anticipées en LFSS pour 2021, du fait du prolongement des besoins sanitaires.

Article 10

[Rectification de l'ONDAM et des sous-ONDAM]

Au titre de l'année 2021, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs sont rectifiés ainsi qu'il suit :

(en milliards d'euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	104,5
Dépenses relatives aux établissements de santé	94,8
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	14,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	12,5
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	4,1
Autres prises en charge	7,3
Total	237,1

Exposé des motifs

Cette mesure rectifie le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour l'année 2021 pour le fixer à 237,1 milliards d'euros. Il avait été fixé à 225,4 milliards d'euros par l'article 97 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021. Ce relèvement de 11,7 milliards d'euros de l'ONDAM pour 2021 s'explique essentiellement par des surcoûts exceptionnels liés à la crise sanitaire (10,5 milliards d'euros), telles que les dépenses liées aux achats de vaccins (+2,4Md€) ou aux tests de dépistage.

Aussi, compte tenu de la poursuite de la lutte contre la crise sanitaire en 2021, l'augmentation de l'ONDAM prévue dans le loi de financement de la sécurité sociale à 2,3% serait finalement en progression de 7,4 %.

Article 11

[Rectification de la dotation FMIS]

Au I de l'article 95 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, le montant : « 1 032 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 1 035 millions d'euros ».

Au II de ce même article, le montant : « 100 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 90 millions d'euros ».

Exposé des motifs

Il est proposé de rectifier la participation prévue à l'article 40 de la loi no 2000-1257 du 23 décembre 2000 des régimes d'assurance maladie et de la branche autonomie au financement du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé afin de tenir compte d'une part du financement par les ARS de projets numériques via le budget annexe FIR et non via le FMIS (-10M€ s'agissant de la contribution de la branche autonomie et -7M€ s'agissant de la contribution des régimes d'assurance maladie) et, d'autre part, du financement dans le cadre du pla, France Relance, via l'assurance maladie, du plan dit de « mise en conformité parasismique aux Antilles » qui justifie une augmentation de +10M€ de la contribution des régimes d'assurance maladie.

TROISIEME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET A L'EQUILIBRE DE LA SECURITE SOCIALE POUR L'EXERCICE 2022

TITRE IER : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET A LA TRESORERIE

CHAPITRE I: POURSUIVRE LES ACTIONS DE SIMPLIFICATION ET D'EQUITE DU PRELEVEMENT

Article 12

[Poursuite de l'unification du recouvrement dans la sphère sociale]

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

1° À la deuxième phrase de l'article L. 133-4-11, après la seconde occurrence du mot : « principal » sont ajoutés les mots : « par les employeurs » ;

2° Le I de l'article L. 213-1 dans sa rédaction en vigueur au 1^{er} janvier 2022 est ainsi modifié :

a) Après le 2° est inséré un 2°*bis* ainsi rédigé :

« 2°*bis*.- Par dérogation au 2°, le recouvrement des cotisations et contributions sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1 et L. 6442 dues par les travailleurs indépendants libéraux affiliés à la section professionnelle compétente pour les psychothérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, ostéopathe, chiropracteurs et diététiciens mentionnés au 1° de l'article L.640-1 ainsi que les experts devant les tribunaux et les experts automobile mentionnés au 2° et les professions mentionnées aux 3°, 4° et 6° à 8° du même article ; »

b) Au 4°, les mots : « L. 137-10 à L. 137-17 et L. 834-1 du présent code » sont remplacés par les mots : « et L. 137-10 à L. 137-17 du présent code, L.813-4 du code de la construction et de l'habitation ».

3° Le 5° de l'article L.225-1-1 est ainsi modifié :

a) Les quatrième à sixième alinéas sont remplacés par les dispositions suivantes :

« a) Pour les cotisations et contributions sociales mentionnées au 1° du I de l'article L. 213-1, à l'exception de celles affectées aux branches du régime général mentionnées à l'article L. 200-2 ainsi que de celles dues par les personnes qui relèvent du régime spécial de sécurité sociale des marins ;

« b) Pour les contributions mentionnées aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales ;

« c) Pour les cotisations mentionnées au 6° du I de l'article L. 213-1, à l'exception de celle prévue à l'article L. 6331-48 du code du travail ;

« d) Pour la cotisation obligatoire et le prélèvement supplémentaire obligatoire mentionné au 1° de l'article 12-1 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ;

« e) Pour la contribution mentionnée au 1° du I de l'article L. 2135-10 du code du travail ;

« f) Pour les cotisations ou contributions autres que celles d'origine légale ou conventionnelle prévues par la loi mentionnées au 1° de l'article L. 133-5-7. »

b) Au septième alinéa, après les mots : « est fixé » sont insérés les mots : « , dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat, » et les mots : « du taux mentionné au premier alinéa du B du I de l'article 1641 du code général des impôts ou, » ainsi que les mots : « , si ce taux est inférieur » sont supprimés ;

c) Au huitième alinéa, le mot : « septième » est remplacé par le mot « neuvième » ;

4° L'article L. 225-1-5 est ainsi rédigé :

« Art. L.225-1-5.- I.- Pour l'exercice de sa mission prévue au 7° de l'article L. 225-1-1, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la compensation et la notification aux organismes mentionnés aux articles L. 922-1 et L. 922-4 du montant de la réduction imputée sur les cotisations dues aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 qu'aux organismes mentionnés à l'article L. 723-1 du code rural et de la pêche maritime.

« II.- Pour l'exercice de sa mission prévue au 7° bis de l'article L. 225-1-1, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la compensation et la notification à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail de la réduction imputée sur les contributions déclarées.

« La prise en charge de la part exonérée des cotisations recouvrées en application des a, b, d, e et f du même article L. 5427-1 et par l'organisme mentionné à l'article L. 133-9 du présent code est également assurée, sur la base des informations transmises par les organismes chargés de leur recouvrement, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, qui reverse les montants et notifie les produits correspondants à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail. »

5°Après l'article L. 225-1-5 est inséré un article L. 225-1-6 ainsi rédigé :

« Art. L.225-1-6.- Sans préjudice des dispositions particulières prévoyant d'autres règles d'affectation, le produit des majorations de retard et pénalités dues par les redevables est réparti entre les branches du régime général de sécurité sociale dans des conditions déterminées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. »

6° A l'article L. 613-9, les mots : « dans des proportions identiques, aux contributions mentionnées à l'article L. 136-3 du présent code et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale. Le solde est affecté aux cotisations de sécurité sociale selon un ordre déterminé par décret » sont remplacés par les mots : « le solde est prélevé selon les dispositions définies à l'article L. 133-4-11 » ;

7° Il est rétabli un article L. 640-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 640-2 - Pour l'application des dispositions du présent titre aux travailleurs indépendants libéraux affiliés à la section professionnelle compétente pour les psychothérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, ostéopathe, chiropracteurs et diététiciens mentionnés au 1° de l'article L. 640-1 ainsi que les experts devant les tribunaux et les experts automobile mentionnés au 2° et les professions mentionnées aux 3°, 4° et 6° à 8° du même

article qui ne relèvent pas des dispositions mentionnées à l'article L. 613-7, les cotisations et contributions sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 sont recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables en matière de cotisations et contributions de sécurité sociale due par les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 611-1.

« Les cotisations et contributions sociales susmentionnées sont affectées :

« 1° À la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales pour la cotisation mentionnée à l'article L. 642-1 qui procédera à sa répartition conformément aux dispositions de l'article L. 644-5 ;

« 2° À la section professionnelle mentionnée au premier alinéa pour les cotisations et contributions sociales mentionnées aux articles L. 644-1 et L. 644-2.

« Une convention conclue entre les organismes mentionnés au 1° et 2° du présent article ainsi que ceux mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 et approuvée par le ministre chargé de la sécurité sociale, définit les modalités d'affectation. »

8° Au début du premier alinéa des articles L. 641-8 et L. 642-5 sont insérés les mots : « Sous réserve des dispositions de l'article L. 213-1, ».

II.- Le cinquième alinéa de l'article L. 5422-16 du code du travail est remplacé par les dispositions suivantes :

« Une convention conclue entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage mentionné à l'article L. 5427-1 précise les conditions garantissant à ce dernier la pleine autonomie de gestion. Elle régit les relations financières entre les deux organismes dans le cadre fixé par l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale, en fixant des modalités de reversement de recettes affectées à l'assurance chômage de manière à assurer la neutralité des flux financiers pour la trésorerie de l'organisme gestionnaire du régime et précise les données nécessaires à l'exercice de ses activités, en particulier concernant les masses salariales assujetties et les établissements cotisants. Elle fixe également les conditions dans lesquelles est assurée la vérification de la complétude des sommes dues par les employeurs et définit les objectifs de la politique de contrôle et de lutte contre la fraude. Les modalités de rémunération du service rendu par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général sont fixées conformément aux dispositions de l'article L. 225-1-1 précité ».

III.- Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2023, sous réserve des dispositions suivantes :

1° Les 1°, 3°, 5° et 6° du I ainsi que le II de l'article L. 225-1-5 tel qu'il résulte du 4° du I entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2022 et sont applicables aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'activité courant à compter de cette date. Les créances de cotisations et contributions sociales et les créances accessoires correspondant aux restes à recouvrer dus aux tributaires par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale antérieurement à cette date font l'objet d'un versement à hauteur de la valeur estimée recouvrable de ces créances à la date de mise en place des dispositions du II de l'article L.225-1-1 susmentionnées. Les modalités de règlement des dites créances, notamment leur échelonnement, sont fixées par convention entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et les tributaires concernés.

2° Le II entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022

3° Les organismes mentionnés aux articles L.213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale assurent, à compter du 1^{er} janvier 2023, le recouvrement des cotisations et l'acquittement des dettes afférentes aux périodes antérieures, pour le compte de la section professionnelle compétente pour les psychothérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, ostéopathe, chiropracteurs et diététiciens mentionnés au 1° de l'article L. 640-1 ainsi que les experts devant les tribunaux et les experts automobile mentionnés au 2° et les professions mentionnées aux 3°, 4° et 6° à 8° du même article..

Un décret prévoit, pour la période du 1^{er} janvier 2022 au 30 juin 2023, les modalités d'organisation des travaux conduits par les deux organismes pour le transfert de ces compétences.

4° Au cours d'une période dont le terme ne peut excéder le 30 juin 2022, la section professionnelle mentionnée au 3° du présent III et les organismes mentionnés aux articles L.213-1, L. 225-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale préparent le transfert des contrats de travail des salariés de ladite section qui sont chargés du recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 du code de la sécurité sociale ou exerçant au sein des services supports associés à cette activité. Ils identifient les salariés à transférer en fonction de l'emploi occupé par le salarié, de la part de son activité consacrée au recouvrement directement ou indirectement, ainsi que de ses compétences professionnelles. Ces critères sont repris par convention entre les organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale, laquelle prévoit également, le cas échéant, pour chaque salarié, une solution de reprise adaptée à sa situation.

Au plus tard le 1^{er} janvier 2023, les contrats de travail des salariés de la section professionnelle mentionnée au 3° chargés du recouvrement qui ont été identifiés selon les modalités définies au premier alinéa du présent 4° sont transférés de plein droit aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 du même code, dans le respect des solutions de reprise mentionnées au même alinéa du 4°.

5° Jusqu'au transfert de leur contrat de travail, les salariés de la section professionnelle mentionnée au 3° restent régis à titre exclusif par les statuts collectifs de cet organisme.

Avant le 31 juillet 2022, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale ayant vocation à accueillir les salariés transférés, la section professionnelle mentionnée au 3° et les organisations syndicales de salariés représentatives qui respectent les critères fixés à l'article L. 2121-1 du code du travail, au sein de ladite section 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 ces organismes 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 de sécurité sociale et des accords applicables dans les organismes dans lesquels leurs contrats de travail sont transférés.

Ces accords sont conclus dans les conditions fixées aux articles L. 2232-12 à L. 2232-20 du code du travail.

A défaut d'accord avant leur transfert, les dispositions de l'article L. 2261-14 du code du travail s'appliquent.

Ces accords s'appliquent à compter du transfert des salariés concernés, et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2025. A l'issue de ce délai, les statuts collectifs des organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L.752-4 du code de la sécurité sociale s'appliquent intégralement et à titre exclusif aux salariés qui leur sont transférés.

6° Les dispositions du 7° du XII de l'article 18 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 sont applicables à la date prévue au présent IV.

Exposé des motifs

L'unification des réseaux de recouvrement constitue un axe structurant de l'action du Gouvernement en matière de transformation des relations des administrations avec les contribuables. Le recouvrement de ces prélèvements est aujourd'hui assuré par de multiples acteurs, dans le champ fiscal comme dans le champ social, qui conduisent à répliquer, avec des variantes, la mise en œuvre de démarches similaires pour les contribuables et les cotisants. Cet éclatement du recouvrement est donc source de complexité pour les assurés et d'inefficience pour les structures en charge de ces missions.

Dans le champ social, l'unification du recouvrement autour des URSSAF, conçues pour mettre en place une organisation autonome dédiée et spécialisée sur le recouvrement des cotisations, s'est notamment traduite ces dernières années par le transfert intégral des missions de recouvrement de l'ex-régime social des indépendants (RSI).

Par le transfert du recouvrement vers les URSSAF et les CGSS des cotisations actuellement recouvrées par la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (CIPAV), la présente mesure prolonge le mouvement engagé et prévoit d'instaurer un interlocuteur unique en matière de recouvrement des cotisations et contributions sociales pour les professionnels libéraux qui y sont affiliés.

Il est également nécessaire de modifier ou de compléter certaines dispositions de l'article 18 de la LFSS pour 2020 relatives au reversement par l'ACOSS des sommes dues à certains attributaires et de préciser certains transferts de cotisations sociales aux URSSAF.

Article 13

[Versement immédiat des aides sociales et fiscales aux services à la personne]

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

1° À l'article L. 133-5-12 :

a) Le premier alinéa de l'article L. 133-5-12 est précédé d'un « I.- » et les mots : « à 9° » sont insérés après les mots : « dispositif mentionné aux 3°, 4° et 6° » ;

b) Au quatrième alinéa, les mots : « du présent article » sont remplacés par les mots : « du présent I » ;

c) Le cinquième alinéa est précédé d'un « II.- » et, après le mot : « alinéa », sont ajoutés les mots : « du I » ;

d) Au huitième alinéa, les mots : « Du montant des cotisations et contributions sociales prises en charge en application de l'article L.133-8-3 du présent code » sont remplacés par les mots : « Du montant des allocations prévues aux articles L. 232-1 et L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles, lorsque le département débiteur a conclu la convention mentionnée à l'article L. 133-8-6 ; » ;

e) L'article est complété par les dispositions suivantes :

« 5° D'une aide spécifique accordée aux personnes domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts, dont le montant est égal à 50 % des dépenses effectivement supportées et éligibles au crédit d'impôt prévu à l'article 199 *sexdecies* du code général des impôts dans la limite d'un plafond annuel fixé par décret en fonction de la composition du foyer fiscal des personnes concernées.

« 6° D'une aide spécifique accordée aux personnes domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts, dont le montant est égal à 50 % des dépenses effectivement supportées et éligibles au crédit d'impôt prévu à l'article 200 quater B du code général des impôts dans la limite d'un plafond annuel fixé par décret en fonction de la composition du foyer fiscal des personnes concernées.

« Le montant des aides spécifiques prévues aux 5° et 6° est régularisé lors de l'établissement de l'impôt sur le revenu dans les conditions prévues à l'article 1665 ter du code général des impôts.

« Pour les personnes mentionnées au 9° de l'article L.133-5-6, la contribution visée à l'article L.7233-1 du code du travail n'est pas éligible aux aides spécifiques prévues aux 5° et 6°.

« III.- Le prélèvement mentionné au troisième alinéa du I du présent article tient compte, le cas échéant, des sommes versées directement par le particulier à son salarié ou, le cas échéant, à une personne mentionnée au 9° de l'article L133-5-6 dans un cadre bilatéral. Le montant de ces versements ne peut pas excéder 50 % de la rémunération, des cotisations et contributions sociales dues. Pour réaliser ce versement, l'employeur ne peut utiliser que les titres spéciaux de paiement émis par des organismes habilités mentionnés à l'article L. 1271-10 du code du travail ayant conclu la convention prévue au 2° du II du présent article.

« IV.- Pour l'application du III, le bénéficiaire des aides spécifiques mentionnées aux 5° et 6° du II conserve, dans la limite de la durée de la prescription prévue à l'article L. 244-3, les pièces justifiant les sommes directement versées à son salarié ou aux personnes mentionnées au 9° de l'article L. 133-5-6, afin de les présenter à la demande de l'organisme désigné à l'article L. 133-5-10. »

2° Dans le titre de la section 4 du chapitre 3 bis du Titre III du Livre I, le mot : « employeurs » est remplacé par les mots : « recourant à des services à la personne » ;

3° L'article L. 133-8-3 est ainsi rédigé :

« Art. L.133-8-3.- Lorsque le particulier qui a recours au dispositif simplifié prévu à l'article L.133-5-12 bénéficie d'une prise en charge des dépenses de toute nature relevant d'un plan d'aide élaboré dans le cadre de l'allocation prévue à l'article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles ou de celle prévue à l'article L. 245-1 du même code et que l'allocation est versée au moyen du dispositif prévu à l'article L. 133-8-4, ou selon les modalités prévues au I de l'article L. 133-5-12 ou sous forme de titres spéciaux de paiement mentionnés au B de l'article L. 1271-1 du code du travail tandis que la prise en charge des cotisations et contributions afférentes est réalisée directement par le département qui la sert auprès de l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10, le montant de cette prise en charge et les dépenses restant dues par le particulier sont calculés par cet organisme au vu des éléments déclarés par le particulier employeur ou les organismes visés à l'article L. 7232-6 du code du travail, en tenant compte des montants prévus par le plan d'aide ou le plan personnalisé de compensation. Les modalités de versement des cotisations et contributions à cet organisme par le département qui sert l'allocation pour le compte du particulier et, le cas échéant, par ce dernier pour la part qui demeure à sa charge, sont prévues par décret. » ;

4° Après la première sous-section de la section 4 du chapitre 3 *bis* du Titre III du Livre I est rétablie une sous-section 2 ainsi rédigée :

« Sous-section 2 – Dispositifs simplifiés de déclaration et de paiement des organismes de services à la personne par les particuliers

« *Art. L. 133-8-4* – I.- Les particuliers domiciliés en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts peuvent demander à utiliser un dispositif dématérialisé de déclaration et de paiement des prestations de services à la personne mentionnées à l'article L. 7231-1 du code du travail réalisées selon les modalités prévues au 2° et 3° de l'article L. 7232-6 du même code et des prestations d'accueil des enfants réalisées par une personne mentionnée à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles employée par une personne morale de droit public ou de droit privé.

« Ce dispositif permet au particulier :

« 1° D'autoriser la personne mentionnée au II à déclarer à l'organisme désigné à l'article L. 133-5-10 les sommes dues au titre des prestations réalisées pour son compte, dont il est immédiatement informé ;

« 2° D'autoriser l'organisme désigné à l'article L. 133-5-10 à prélever les sommes mentionnées au 1°, à l'issue d'un délai de deux jours francs, après prise en compte, le cas échéant, des montants mentionnés aux 2° à 5° du II de l'article L.133-5-12, pour les verser à la personne mentionnée au II ;

« 3° De valider la déclaration mentionnée au 1°, explicitement ou tacitement au terme d'un délai de deux jours francs à compter de son établissement, sans préjudice de son droit à la contester, auprès de l'organisme désigné à l'article L. 133-5-10.

« II.- Sous réserve des conditions prévues au III, les personnes réalisant des prestations de service à la personne selon les modalités prévues aux 2° et 3° de l'article L. 7232-6 du code du travail peuvent adhérer au dispositif prévu au I.

« Ce dispositif leur permet :

« 1° D'identifier et inscrire, sous réserve de leur consentement, les particuliers mentionnés au I auprès de l'organisme désigné à l'article L. 133-5-10 pour leur permettre l'utilisation de ce dispositif;

« 2° De déclarer sous format électronique, auprès du même organisme, les informations relatives aux sommes dues par chaque particulier pour lequel elles ont réalisé des prestations. Le cas échéant, elles sont tenues de déclarer les sommes versées directement par le particulier aux personnes mentionnées au II, dont le particulier et le prestataire de service conservent les pièces justificatives dans la limite de la durée de la prescription prévue à l'article L. 244-3 ;

« 3° De percevoir de l'organisme désigné à l'article L. 133-5-10 le montant dû par chaque particulier après déduction des sommes versées directement par lui aux personnes visées au II.

« III.- Les personnes mentionnées au II peuvent adhérer au dispositif prévu au I sous réserve :

« 1° Du respect des conditions d'agrément, de déclaration et d'autorisation mentionnées aux articles L. 7232-1, L. 7232-1-1 et L. 7232-1-2 du même code ;

« 2° De l'absence d'infraction mentionnée à l'article L. 8211-1 du code du travail au cours des cinq années précédentes ;

« 3° Qu'elles soient à jour de leurs obligations de déclaration et de paiement auprès des organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 ;

« 4° Qu'elles soient à jour de leurs obligations de déclaration et de paiement en matière d'impôts sur les sociétés ou, le cas échéant, d'impôt sur le revenu et de taxe sur la valeur ajoutée ;

« 5° De l'approbation et du respect du contrat de licence d'utilisation du service qui précise les modalités d'accès et d'utilisation du dispositif, les modalités de reversement des montants qui leurs sont dus et de connaissance des montants indus ou impayés de leurs clients, ainsi que les engagements respectifs en matière d'accompagnement, de communication et d'accessibilité du service.

« IV.- Les organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 procèdent, le cas échéant, à une compensation entre le montant des cotisations et contributions sociales restant dues au titre de l'emploi salarié par la personne qui réalise les prestations et les sommes visées au 3° du II.

« V.- Les personnes dont l'activité consiste à mettre en relation un particulier avec une personne mentionnée au II peuvent, lorsqu'elles sont mandatées par ce prestataire, effectuer les démarches mentionnées au 1° et 2° du même II dans les conditions prévues à l'article L. 133-11.

« Art. L. 133-8-5.- I.- Les sommes dues par les particuliers à l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10 au titre des dispositions du I de l'article L.133-8-4 et du II de l'article L.133-5-12 sont acquittées par prélèvement bancaire.

« II.- Par dérogation à la contestation prévue au 3° du I de l'article L.133-8-4, en cas de défaut total ou partiel de paiement des sommes dues par le particulier postérieurement au paiement par l'organisme désigné à l'article L. 133-5-10 de la personne mentionnée au II de l'article L.133-8-4 qui a réalisé les prestations, cette dernière recouvre elle-même les sommes qui lui sont dues. Le particulier est exclu du dispositif prévu à l'article L.133-8-4 tant qu'il est débiteur auprès de cette personne.

« III.- Sans préjudice des sanctions applicables, le particulier mentionné au I ou la personne mentionnée au II de l'article L.133-8-4 ainsi que l'employeur ou le salarié mentionnés à l'article L. 133-5-12 qui déclarent des prestations fictives sont exclus du dispositif.

« IV.- Pour les cas prévus aux II et au III, l'organisme désigné à l'article L. 133-5-10 notifie au débiteur les sommes qui lui ont été versées à tort, puis les recouvrent par prélèvement bancaire à l'issue d'un délai de 30 jours. Le cas échéant, ce même organisme restitue au particulier les montants prélevés à tort.

« Si le prélèvement n'a pas permis de recouvrer les sommes versées à tort ou que le débiteur n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations à l'issue du délai de 30 jours ou en cas de rejet total ou partiel des observations de l'intéressé, le directeur de l'organisme lui adresse, par tout moyen permettant de conférer date certaine à sa réception, une mise en demeure de payer dans le délai d'un mois. La mise en demeure peut concerner plusieurs montants préalablement notifiés.

« L'action en recouvrement, qui se prescrit par trois ans, sauf en cas de fraude, à compter de la date de paiement de la somme versée à tort, s'ouvre par l'envoi d'une mise en demeure.

« Lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'organisme peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal judiciaire spécialement désigné en application de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire.

« Une majoration de 10 % est applicable aux sommes réclamées qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la notification initiale. Cette majoration peut faire l'objet d'une remise gracieuse totale ou partielle après règlement des sommes dues.

« V.- Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application du présent article.

« *Art. L. 133-8-6 – I.-* Pour calculer le montant des dépenses restant à la charge du particulier après l'application des aides mentionnées aux 1° à 6° du II de l'article L.133-5-12, l'organisme mentionné à l'article L.225-1 conclut une convention, conforme à un modèle approuvé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, avec chacun des organismes qui octroient ces aides et qui précise :

« 1° Les modalités d'échange des informations relatives aux particuliers qui bénéficient des aides, aux montants octroyés, à la nature des aides dont ils bénéficient et le cas échéant aux modalités spécifiques d'imputations de ces aides sur les dépenses du particulier ;

« 2° Les modalités de remboursement par l'organisme qui octroie les aides des montants versés pour son compte ;

« 3° Les modalités d'échange des informations relatives aux personnes qui réalisent les prestations pour les particuliers bénéficiant des aides, aux montants, aux volumes et à la nature des services déclarés.

« II.- L'organisme mentionné à l'article L. 225-1 met en œuvre un traitement de données à caractère personnel ayant pour finalité l'identification par l'administration fiscale des particuliers appartenant à un foyer fiscal redevable de l'impôt en France susceptibles de bénéficier des aides mentionnées aux 5° et 6° du II de l'article L. 133-5-12 et la détermination de leur plafond de dépenses éligibles à ces aides. Les informations échangées portent sur les données d'identification des particuliers qui utilisent les dispositifs prévus aux articles L.133-5-12 et L. 133-8-4 du particulier et la composition de leur foyer fiscal.

« La collecte des données est réalisée par voie électronique. Les données traitées sont conservées dans la limite de la prescription prévue à l'article L. 244-3. Elles peuvent comporter le numéro d'identification fiscale des personnes physiques aux seules fins de la vérification par l'administration fiscale de la fiabilité des éléments d'identification des personnes ayant bénéficié de l'aide pour prise en compte dans les traitements de données relatives à l'assiette, au contrôle et au recouvrement de l'impôt sur le revenu. Le contenu et les modalités de réalisation de ces échanges sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

II. – Le onzième alinéa de l'article L. 133-5-6 est supprimé.

III. – Le code général des impôts est ainsi modifié :

1° À l'article 1665 *bis*, après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'application du deuxième alinéa, l'acompte est calculé en fonction :

« *a)* Du montant du crédit d'impôt prévu à l'article 199 *sexdecies* après imputation de l'aide spécifique prévue au 5° du II de l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale. Lorsque le montant de l'aide spécifique accordée excède le montant du crédit d'impôt, ce dernier est retenu pour une valeur nulle ;

« *b)* Du montant du crédit d'impôt prévu à l'article 200 *quater* B, après imputation de l'aide spécifique prévue au 6° du II de l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale. Lorsque le montant de l'aide spécifique accordée excède le montant du crédit d'impôt, ce dernier est retenu pour une valeur nulle. »

2° L'article 1665 *ter* est ainsi rétabli :

« 1. Le montant de l'aide spécifique mentionnée au 5° du II de l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale, constitutive d'un acompte du crédit d'impôt prévu à l'article 199 *sexdecies*, s'impute sur le montant du crédit d'impôt dont bénéficie l'intéressé au titre de l'année au cours de laquelle les dépenses sont réalisées. Le montant de cet acompte n'est pas déduit des dépenses effectivement supportées mentionnées au 3 de l'article 199 *sexdecies*. Lorsque le montant de l'acompte excède celui du crédit d'impôt, l'excédent est régularisé lors de la liquidation de l'impôt.

« 2. Le montant de l'aide spécifique mentionnée au 6° du II de l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale, constitutive d'un acompte du crédit d'impôt prévu à l'article 200 *quater* B, s'impute sur le montant du crédit d'impôt dont bénéficie l'intéressé au titre de l'année au cours de laquelle les dépenses sont réalisées. Le montant de cet acompte n'est pas déduit des dépenses effectivement supportées mentionnées au premier alinéa de l'article 200 *quater* B. Lorsque le montant de l'acompte excède celui du crédit d'impôt, l'excédent est régularisé lors de la liquidation de l'impôt. »

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

1° Au 1° du I, l'année : « 2021 » est remplacée par l'année : « 2024 » ;

2° Au IV, le chiffre : « deux » est remplacé par le chiffre : « quatre ».

V.- A - Les dispositions du I s'appliquent :

1° Aux déclarations réalisées au titre des périodes d'emploi courant à compter du 1er janvier 2022 pour les activités mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 7231-1 du code du travail, à l'exception des dispositions du 4° du I qui s'appliquent aux prestations réalisées à compter du 1er avril 2022 et des dispositions du 3° du I qui s'appliquent aux déclarations réalisées au titre des périodes d'emploi courant à compter du 1er janvier 2023 ;

2° Aux déclarations réalisées au titre des périodes d'emploi courant à compter du 1er janvier 2024 pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 7231-1 du code du travail et les prestations d'accueil des enfants réalisées par les personnes mentionnées à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles.

B - Les dispositions du II s'appliquent à compter du 1er janvier 2023.

Exposé des motifs

Cet article vise à rendre immédiate la perception des aides applicables au secteur des services à la personne de manière à ce que les dépenses acquittées par les particuliers tiennent compte directement des aides dont ils bénéficient, qu'elles soient fiscales ou sociales. Ainsi, l'avance de trésorerie que les particuliers doivent consentir en raison du décalage de versement de certaines aides, et qui peut aller jusqu'à 18 mois en ce qui concerne le crédit d'impôt services à la personne sera supprimée. L'Urssaf se substituera aux particuliers et consentira l'avance de trésorerie qui prendra la forme d'une aide dont il sera tenu compte lors du calcul de chacun des crédits d'impôts concernés par les activités de service à la personne, au moment de la liquidation de l'impôt sur le revenu.

Une expérimentation, prévue par la LFSS pour 2020, a d'ores et déjà été engagée et a permis de valider le dispositif technique. Cette expérimentation a été organisée en deux volets : l'un reposant sur le dispositif simplifié CESU+, à destination des particuliers employant directement leur salarié, mais aussi de certains mandataires et plateformes ; l'autre, à destination des clients d'organismes prestataires de services à la personne, a nécessité la

mise en place de nouveaux flux d'échanges informatisés entre particuliers, organismes, ACOSS et DGFIP.

La présente mesure conserve ce dispositif technique tout en le généralisant. Quel que soit le mode de recours, le versement immédiat des aides sociales et crédits d'impôts restera optionnel, chacun restant libre de continuer à utiliser les modalités déclaratives actuellement en vigueur.

Le déploiement sera organisé par phases : la première concernera, en 2022, le crédit d'impôt au titre des services à la personne perçu au titre des services de la vie quotidienne, hors garde d'enfant. Ainsi, le dispositif sera généralisé au 1er janvier 2022 pour les particuliers employeurs adhérant au service « CESU+ », pour l'ensemble des prestations sauf celles ouvrant droit à l'APA ou à la PCH, et au 1er avril 2022 pour les usagers recourant à des services intermédiés pour les mêmes prestations.

Une extension progressive aux prestations donnant lieu à une prise en charge au titre de l'APA ou de la PCH sera envisageable à compter de 2023, en fonction de l'avancée de l'expérimentation, qui sera prolongée l'année prochaine pour les usagers de services intermédiés, et en partenariat avec les conseils départementaux en charge de ces prestations. Cette extension pourra se faire au rythme du conventionnement des départements avec l'ACOSS. Une extension à l'activité de garde d'enfants pourra enfin être envisagée à compter de 2024, le temps de procéder à la rénovation préalable de la plateforme PAJEMPLOI.

En outre, dans l'objectif de simplifier les démarches administratives des employeurs et de faciliter l'embauche de salariés occasionnels, pour des emplois de courtes durée, ou en remplacement de salariés absents, il est proposé de permettre aux employeurs de pouvoir utiliser les dispositifs simplifiés TESE et CEA même s'ils n'y ont pas recours pour leurs autres salariés permanents.

Article 14

[Harmonisation du régime fiscal et social des contributions des employeurs publics à la protection sociale complémentaire]

I.- Le premier alinéa du 1^o *quater* de l'article 83 du code général des impôts est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Il en va de même de celles versées par les personnes publiques et leurs agents aux contrats collectifs de protection sociale complémentaire pour lesquels la souscription des agents est rendue obligatoire en application d'un accord prévu par les dispositions du II de l'article 22 *bis* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ou du II de l'article L. 4123-3 du code de la défense. ».

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

1^o Après le neuvième alinéa de l'article L. 242-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 4^o *bis* Dans des limites fixées par décret, la participation d'un employeur public au titre d'un contrat collectif de protection sociale complémentaire, versée obligatoirement en application d'un accord prévu par les dispositions du II de l'article 22 *bis* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires destinées au financement des garanties de protection sociale complémentaire, de l'article 25-1 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ou du II de l'article L. 4123-3 du code de la défense. Cette participation est exclue de l'assiette des cotisations

lorsque les agents de l'employeur public qu'il assure souscrivent obligatoirement à ce contrat. ».

2° Le neuvième alinéa de l'article L. 137-15 est complété par les dispositions suivantes : « ainsi que les employeurs publics de moins de onze agents au titre de la participation mentionnée au 4° *bis* du II de l'article L. 242-1 du présent code ».

3° Au deuxième alinéa de l'article L. 137-16, après les mots : « ayants droit, » sont insérés les mots : « les contributions des employeurs publics mentionnées au 4° *bis* du II de l'article L. 242-1 du présent code, ».

III.- Jusqu'à la date d'effet de la sélection des contrats mentionnée au III de l'article 22 *bis* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, le remboursement mentionné au II de l'article 4 de l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique versé aux agents publics de l'Etat et aux militaires est exclu de l'assiette des cotisations sociales d'origine légale et réglementaire.

IV.- Le II du présent article, à l'exception des 2° et 3°, est applicable à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon, sous réserve des adaptations liées aux modalités d'application du régime de sécurité sociale dans ces collectivités.

V.- Les dispositions du présent article s'appliquent aux versements, ou aux remboursements, effectués à compter du 1^{er} janvier 2022.

Exposé des motifs

L'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique prévoit le financement par les employeurs publics de la couverture santé complémentaire des agents publics et met fin à une inégalité avec le secteur privé, où la complémentaire santé est financée par l'employeur à 50 % depuis 2016.

L'ordonnance crée deux dispositifs de prise en charge de la complémentaire santé :

- un dispositif pérenne instauré à compter du 1er janvier 2022 et selon un rythme progressif tenant compte de la durée de vie des conventions de financement actuellement en cours chez chacun des employeurs publics. Ce dispositif inscrit à l'article 22 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, crée une obligation de participation à hauteur d'au moins 50 % à compter de 2024 au financement des garanties en matière de frais de santé ;
- un dispositif transitoire en vigueur à compter du 1er janvier 2022 et jusqu'à l'entrée en vigueur des sélections des organismes en application des dispositions prévues au point précédent, créant une obligation de remboursement par les employeurs de l'Etat d'une partie des cotisations de protection sociale complémentaire en matière de frais de santé de leurs agents.

Afin d'encourager la couverture des agents, la présente mesure procède à un alignement du régime fiscal et social de la participation financière de l'employeur public sur celui existant en faveur du financement patronal du secteur privé, tant pour le dispositif pérenne que pour le dispositif transitoire. Ce régime fiscal et social sera également applicable aux contrats de prévoyance rendus obligatoires par accord.

Article 15

[Elargissement de l'expérimentation de l'auto-liquidation et suppression des pénalités en cas d'erreur d'estimation du revenu]

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

1° Les deux dernières phrases du quatrième alinéa de l'article L. 131-6-2 sont supprimées.

2° À l'article L. 243-15 :

a) Au premier alinéa, les mots : « jusqu'à » sont remplacés par les mots « ainsi qu'à »

b) À la première phrase du deuxième alinéa, après le mot : « personne », sont ajoutés les mots : « déclare ses revenus d'activité, » ;

c) Après le deuxième alinéa est inséré un alinéa ainsi rédigé : « Une attestation est délivrée aux travailleurs indépendants qui, en raison du début de leur activité, n'ont pas encore été tenus de déclarer ou de payer de cotisations sociales dès lors que l'activité a été régulièrement déclarée et que la personne a respecté l'ensemble des formalités et procédures afférentes à la création de son activité. Cette attestation délivrée à titre provisoire et n'est valide que pour la période courant jusqu'à la plus prochaine échéance déclarative ou de paiement à laquelle le travailleur indépendant est soumis. » ;

3° Au second alinéa de l'article L. 642-5, les mots : « à l'article L. 613-7 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 613-7 et L. 642-4-2 » ;

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

1° Au premier alinéa, l'année : « 2020 » est remplacée par l'année : « 2023 », après la référence : « L. 213-1 » sont ajoutés les mots : « et L. 752-4 » et après la première occurrence des mots : « travailleurs indépendants » sont ajoutés les mots : « mentionnés à l'article L. 611-1 du code de la sécurité sociale qui ne relèvent pas des dispositions de l'article L. 613-7 et L. 642-4-2 du même code ».

2° Après le premier alinéa sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« La déclaration des revenus mensuels ou trimestriels et le paiement des cotisations et des contributions sociales provisionnelles qui en découlent sont effectués par les travailleurs indépendants mentionnés au premier alinéa au moyen d'un téléservice mis en place à cette intention par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale.

« Les travailleurs indépendants libéraux mentionnées à l'article L. 640-1 du code de la sécurité sociale, à l'exception de ceux affiliés à la section professionnelle compétente pour les psychothérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, ostéopathe, chiropracteurs et diététiciens mentionnés au 1° de l'article L.640-1 du même code, experts devant les tribunaux et experts automobiles mentionnés au 2° et les professions mentionnées aux 3° à 8° du même article, ainsi que ceux mentionnés à l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale, restent redevables auprès de la section professionnelle compétente, des cotisations et contributions sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1, L. 645-2 et L. 654-2 du même code. » ;

3° Après le second alinéa est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque la régularisation mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale est supérieure à celle qui aurait été appliquée en l'absence d'option pour le dispositif prévu par le présent article, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du même code accompagnent les travailleurs indépendants concernés pour s'assurer de la bonne mise en œuvre du dispositif. » ;

4° A l'avant dernier alinéa, l'année : « 2020 » est remplacée par l'année : « 2022 » ;

5° A la fin du dernier alinéa, sont ajoutés les mots : « 2021 et 2022 ».

III.- A l'avant-dernière phrase du deuxième alinéa du VI de l'article 65 de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020, la date : « 30 septembre 2021 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2021 ».

IV.- Le 4° du I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022 pour les cotisations et contributions sociales dues à compter de cette date.

Le II n'est pas applicable aux travailleurs indépendants libéraux mentionnées à l'article L. 640-1 avant le 1^{er} janvier 2023 et le 3° du II entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2022.

Exposé des motifs

Afin de poursuivre la simplification des démarches des travailleurs indépendants, cet article apporte plusieurs améliorations aux modalités de recouvrement et de calcul des cotisations et contributions sociales annoncées dans le cadre du plan en faveur des travailleurs indépendants présenté le 16 septembre dernier par le Président de la République.

En premier lieu, il est proposé de poursuivre la contemporanéisation du calcul des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants non agricoles en pérennisant l'expérimentation de la modulation des cotisations et contributions sociales en temps réel d'une part, et d'autre part en supprimant la majoration prévue par la loi en cas de sous-estimation de ces revenus en cours d'année, que le Gouvernement a demandé de ne pas appliquer.

En second lieu, certains dispositifs simplifiés de déclaration et de paiement des cotisations déjà existants peuvent être élargis et améliorés :

- Dans le cadre du dispositif déclaratif simplifié des micro-entrepreneurs, les modalités de recouvrement en début d'activité pourraient être simplifiées en supprimant le délai de trois mois avant la première déclaration de chiffre d'affaires ou de recettes ainsi que le premier paiement des cotisations et contributions sociales associé à cette déclaration ;
- Le téléservice permettant la délivrance des attestations de vigilance peut être rendu accessible à l'ensemble des travailleurs non agricoles pour qu'ils puissent prétendre à l'exécution de contrat de prestation de service.

En dernier lieu, il s'agit de laisser un trimestre supplémentaire à la mise en place des plans d'apurement des dettes de cotisations et contributions sociales accumulées pendant la crise, dont les reports se sont poursuivis en 2021 pour les secteurs les plus touchés.

Article 16

[Réforme du régime social du conjoint collaborateur]

I.- Le code de commerce est ainsi modifié :

1° Le titre de la section 2 du chapitre 1^{er} du titre II du livre I^{er} de la partie législative est rédigé comme suit : « Section 2 : Du conjoint du chef d'entreprise, du partenaire lié au chef d'entreprise par un pacte civil de solidarité ou du concubin, travaillant dans l'entreprise familiale » ;

2° A l'article L. 121-4, après le IV, il est ajouté un IV *bis* ainsi rédigé : « IV *bis*. – Le bénéfice du statut mentionné au 1° du I ne peut excéder cinq ans, toutes périodes confondues.

« A l'issue de cette durée, le conjoint continuant à exercer une activité professionnelle de manière régulière dans l'entreprise est réputé le faire sous le statut de conjoint salarié.

« La perte du statut de conjoint collaborateur entraîne la radiation gratuite des fichiers, registres ou répertoires tenus par les administrations, personnes et organismes destinataires des informations relatives à la création ou à la modification de la situation de l'entreprise. Il en est de même lors des radiations prononcées par les organismes de sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article L. 661-2 du code de la sécurité sociale. »

3° A l'article L. 121-8, après le mot : « solidarité », sont ajoutés les mots : « ou qui vivent en concubinage avec le chef d'entreprise ».

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

1° Après l'article L. 661-1, au chapitre I^{er} du titre VI du livre VI est créé un article L. 661-2 ainsi rédigé :

« Art. L.661-2- Lorsque le conjoint collaborateur atteint cinq ans d'exercice conformément aux dispositions du L. 121-4 du code de commerce, il est présumé exercer une activité professionnelle régulière au sein de l'entreprise sous le statut de conjoint salarié. Dans ce cas, la radiation de la sécurité sociale des indépendants peut être décidée par l'organisme de sécurité sociale dont il relève, sauf opposition formulée par l'intéressé dans le cadre d'une procédure contradictoire dont les modalités sont précisées par décret en Conseil d'Etat. Elle prend effet au terme de la dernière année au titre de laquelle le statut du conjoint collaborateur arrive à échéance.

« En outre :

« 1° La radiation prononcée en application du premier alinéa emporte de plein droit celle des fichiers, registres ou répertoires tenus par les autres administrations, personnes et organismes destinataires des informations relatives à la cessation d'activité prévues à l'article L. 123-33 du code de commerce ;

« 2° Si le chef d'entreprise du conjoint collaborateur est inscrit à un ordre professionnel, l'organisme qui prononce cette radiation informe l'ordre concerné.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article. ».

2° Le huitième alinéa de l'article L. 662-1 est ainsi complété : « Pour les conjoints collaborateurs des assurés mentionnés à l'article L. 613-7, ces décrets fixent des taux de cotisation permettant de cotiser aux risques mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 661-1. »

III.- Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022, à l'exception du 1° du II qui entre en vigueur au 1^{er} janvier 2023.

À compter du 1^{er} janvier 2022 et jusqu'au 31 décembre 2022, le 1^o de l'article L. 661-2 de code de la sécurité sociale est rédigé comme suit : « 1^o La radiation prononcée en application du premier alinéa emporte de plein droit celle des fichiers, registres ou répertoires tenus par les autres administrations, personnes et organismes destinataires des informations relatives à la cessation d'activité prévues à l'article 2 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle ;

Le 2^o du I s'applique à compter du 1^{er} janvier 2022 aux personnes ayant la qualité de collaborateur d'un chef d'entreprise à cette date.

Exposé des motifs

Le statut de conjoint collaborateur, créé par la loi du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises, a permis de donner accès à une protection sociale aux conjoints des travailleurs indépendants non agricoles, en grande majorité des femmes, dont l'activité n'était jusqu'alors pas déclarée.

Cependant, bien qu'il ait constitué une avancée importante, ce statut doit être modernisé. Il est en premier lieu nécessaire de le faire évoluer afin de mieux répondre aux enjeux d'égalité économique et professionnelle, d'une part en simplifiant les modalités de calcul des cotisations et contributions sociales associées, et d'autre part en ouvrant le bénéfice de ce statut aux concubins.

Enfin, il est également proposé de limiter l'exercice de ce statut à cinq ans afin d'acter son caractère transitoire, limiter l'éventuelle situation de dépendance économique du conjoint à l'égard du chef d'entreprise et lui permettre d'ouvrir davantage de droits sociaux au cours de sa vie professionnelle.

CHAPITRE 3 : POURSUIVRE LES ACTIONS DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Article 17

[Modification du droit de communication bancaire pour optimiser les investigations]

L'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

I.- Au troisième alinéa, les mots : « à l'article L. 324-12 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 8271-7 et suivants » ;

II.- Au septième alinéa, après les mots : « à titre gratuit », sont insérés les mots : « par voie dématérialisée sur demande de l'agent chargé du contrôle ou du recouvrement, ».

Exposé des motifs

Pour les agents chargés du contrôle et du recouvrement des organismes de sécurité sociale, le droit de communication auprès de tiers est un outil indispensable de la lutte contre la fraude sociale.

Des difficultés persistent cependant lors de sa mise en œuvre, en particulier lorsque le tiers sollicité s'abstient de répondre dans le délai imparti ou lorsque les documents sont communiqués sous une forme difficilement exploitable (documents papier).

Dans la perspective d'améliorer l'efficacité des procédures, il est proposé d'aligner les conditions d'exercice de ce droit sur les règles qui prévalent en matière fiscale en donnant la possibilité de dématérialiser les échanges sur demande de l'agent chargé du contrôle.

*CHAPITRE 4 : HARMONISER LES REGLES RELATIVES AUX CONTRIBUTIONS
PHARMACEUTIQUES*

Article 18

[Mise en cohérence des contributions sur le champ des produits de santé]

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

A. – A l'article L. 138-10 :

1° Au I, après la référence : « L. 162-16-5-1-1, » est ajoutée la référence : « L. XX » ;

2° Au 1° du II, les mots : « la liste mentionnée au premier alinéa » sont remplacés par les mots : « les listes mentionnées aux deux premiers alinéas » ;

3° Au 2° du II, les mots : « les listes prévues » sont remplacés par les mots : « la liste prévue » et les mots : « ou à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique » sont supprimés ;

4° Après le 3° du II sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« 4° Ceux bénéficiant d'une autorisation d'importation délivrée en application de l'article L. 5124-13 du même code et pris en charge par l'assurance maladie ;

« 5° Ceux bénéficiant du dispositif de prise en charge d'accès direct prévu à l'article L.XX. » ;

B. – A l'article L. 138-11, après la référence : « L. 162-16-5-1-1, » est ajoutée la référence : « L. XX » ;

C. – A l'article L. 138-13, après les mots : « L. 162-16-5-2 du présent code » sont ajoutés les mots : « ou du dispositif de prise en charge d'accès direct prévu à l'article L.XX » ;

D. – A l'article L. 138-19-8 :

1° Au premier alinéa, après les mots : « conformément à l'article L. 162-22-7, » sont ajoutés les mots : « et des produits et prestations bénéficiant de la prise en charge transitoire mentionnée à l'article L. 165-1-5, » ;

2° Au second alinéa :

- après les mots : « conformément à l'article L. 162-22-7 » sont ajoutés les mots : « et celle mentionnée à l'article L. 165-1-5 au titre d'une prise en charge transitoire » ;
- les mots : « est subordonnée » sont remplacés par les mots : « sont subordonnées » ;

E. – A l'article L. 138-19-9, après la référence : « L. 162-17-5 » est ajoutée la référence : « L. 165-1-5 » ;

F. – A l'article L. 138-19-10 :

1° Au premier alinéa, après la référence : « L. 162-17-5, » est ajoutée la référence : « L. 165-1-5 » ;

2° Le troisième alinéa est remplacé par l'alinéa suivant :

« Le montant de la contribution due par chaque exploitant redevable ne peut excéder 10 % du montant remboursé au titre des produits et prestations qu'il exploite, calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-19-9. » ;

G. – A l'article L. 138-19-12, le second alinéa est supprimé ;

H. – Au premier alinéa de l'article L. 245-1 :

1° Les mots : « des premier et dernier alinéas » sont remplacés par les mots : « du premier alinéa » ;

2° Après les mots : « à l'usage des collectivités » sont ajoutés les mots : « ou de celles prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code lorsqu'elle bénéficie d'une autorisation d'accès précoce mentionnée au 2° du II de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, ou au titre de l'article L.XX du présent code » ;

I. – A l'article L. 245-2 :

1° Au 1° du I, après les mots : « L. 5123-2 du code de la santé publique » sont ajoutés les mots : « ou prises en charge, au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code lorsque les spécialités bénéficient d'une autorisation d'accès précoce mentionnée au 2° du II de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, et au titre de l'article L.XX du présent code » ;

2° Au 3° du I, après les mots : « L. 5123-2 du code de la santé publique » sont ajoutés les mots : « et n'est pas prise en charge au titre des articles L. 162-16-5-1 et L.XX du présent code » ;

3° Au deuxième alinéa du 4°, après les mots : « L. 5123-2 du code de la santé publique » sont ajoutés les mots : « ou prises en charge, au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code lorsque les spécialités bénéficient d'une autorisation d'accès précoce mentionnée au 2° du II de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, et au titre de l'article L.XX du présent code » ;

4° Au 3° du II et au III, après les mots : « L. 5123-2 du code de la santé publique » sont ajoutés les mots : « ou pris en charge, au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code lorsque les médicaments bénéficient d'une autorisation d'accès précoce mentionnée au 2° du II de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, ou au titre de l'article L.XX du présent code, » ;

J. – Au premier alinéa de l'article L. 245-4, après les mots : « code de la santé publique et » et ajouté le mot : « soit » et après la seconde occurrence des mots : « du code de la santé publique » sont ajoutés les mots : « soit prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 ou de l'article L.XX du présent code » ;

K.– Au VI de l'article L.245-6, après les mots : « à l'usage des collectivités » sont insérés les mots : « ou d'une ou plusieurs spécialités bénéficiant d'une autorisation d'accès précoce mentionnée au 2° du II de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique et de la prise en charge associée au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou prises en charge au titre de l'article L. XX du présent code ».

II. – Les articles modifiés au présent I, dans leur rédaction résultant du présent article s'appliquent à compter de l'année 2021.

III. – Pour l'année 2022, le montant M mentionné à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale est fixé à 24,5 milliards d'euros.

IV. – Pour l'année 2022, le montant Z mentionné à l'article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale est fixé à 2,15 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Les articles L.138-10 et L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale, respectivement modifié par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019 pour simplifier le mécanisme de sauvegarde sur les médicaments et créé par la LFSS pour 2020 pour instaurer un mécanisme analogue lié aux dépenses de dispositifs médicaux de la liste en sus, ont prévu la fixation annuelle par la loi d'un montant dit « M » pour le médicament et d'un montant dit « Z » pour le dispositif médical, au-delà desquels les entreprises de ces secteurs sont assujetties à une contribution, afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Il convient de fixer ces montants pour l'année 2022.

Par ailleurs, si la clause de sauvegarde de la liste en sus des dispositifs médicaux a été conçue pour simplifier le processus de calcul, en fondant celui-ci sur les montants remboursés plutôt que sur les chiffres d'affaires des entreprises comme pour le médicament, ce sont les chiffres d'affaires qui ont été retenus pour le plafonnement des contributions individuelles dues. Une simplification supplémentaire de la procédure déclarative et du calcul de la contribution est donc proposée, avec la fixation du plafond de contribution en fonction des montants remboursés.

Enfin, les clauses de sauvegarde, ainsi que d'autres contributions sur le médicament n'ont pas été mises à jour avec l'évolution des dispositifs dérogatoires de prise en charge en amont du droit commun, qu'il s'agisse de l'accès précoce du médicament, de l'accès direct post avis de la Haute Autorité de santé proposé par le présent PLFSS, ou de la prise en charge transitoire des dispositifs médicaux. Une mise en cohérence est donc utile.

TITRE II : CONDITIONS GENERALES DE L'EQUILIBRE FINANCIER DE LA SECURITE SOCIALE

Article 19

[Transferts financiers entre branches et régimes de la sécurité sociale]

I.- A. À compter du 1er janvier 2022, le 1° de l'article L.131-8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au troisième alinéa, le taux : « 18,49 % » est remplacé par le taux : « 10,74 % » ;

2° Au quatrième alinéa, le taux : « 24,33 % » est remplacé par le taux : « 31,64 % » ;

3° Au cinquième alinéa, le taux : « 3,81 % » est remplacé par le taux : « 4,25 % » ;

B. À compter du 1er janvier 2023, le 1° de l'article L.131-8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au troisième alinéa, le taux : « 10,74 % » est remplacé par le taux : « 17,19 % » ;

2° Au quatrième alinéa, le taux : « 31,64 % » est remplacé par le taux : « 25,19 % ».

II. – À compter du 1er janvier 2022, le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

- 1° Au 3° de l'article L. 731-3, le taux : « 39,59 % » est remplacé par le taux : « 26,67 % » ;
2° Au troisième alinéa de l'article L. 732-58, le taux : « 13,81 % » est remplacé par le taux : « 26,73 % ».

Exposé des motifs

Le présent article ajuste les ressources affectées aux branches maladie, famille et autonomie du régime général de la sécurité sociale à compter de l'année 2022 en cohérence avec les modifications de charges qu'elles supportent.

Il modifie les fractions de taxe sur les salaires affectées respectivement aux branches maladie, famille et autonomie de la sécurité sociale à compter de l'année 2022. Ces ajustements permettent de faire supporter le coût de certains dispositifs par les branches compétentes, comme par exemple le dispositif d'accueil des adultes français en situation de handicap dans des établissements belges, dont le financement est transféré de la branche maladie à la branche autonomie, ou le financement des indemnités journalières dérogatoires pour garde d'enfant mises en place dans le contexte de crise sanitaire, transféré de la branche maladie à la branche famille.

Par ailleurs, l'article affecte au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire des non-salariés agricoles une fraction supplémentaire des droits d'accise sur les alcools afin de financer la revalorisation des pensions de retraite des exploitants agricoles justifiant d'une carrière complète, prévue par la loi n°2020-839 du 3 juillet 2020 visant à assurer la revalorisation des pensions de retraite agricoles en France métropolitaine et dans les outre-mer.

Article 20

[Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionné à l'annexe 5]

Est approuvé le montant de 5,4 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 2022.

Exposé des motifs

Les crédits ouverts sur le budget de l'État en compensation d'exonérations s'élèvent à 5,4 milliards d'euros en 2022. Ce montant est proche de celui des crédits ouverts en loi de finances initiale pour 2021, qui était fixé à 5,3 milliards d'euros. Ils seront inférieurs aux crédits de compensation décidés pour 2021, lesquels intègrent en outre la compensation des exonérations temporaires supplémentaires décidées en LFR en soutien des entreprises fortement impactées par la crise sanitaire pour un coût estimé sur l'exercice budgétaire 2021 de 4 milliards d'euros.

Article 21

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

Pour l'année 2022, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	209,9	229,6	-19,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	15,6	14,1	1,4
Vieillesse	253,1	256,6	-3,6
Famille	51,4	49,7	1,7
Autonomie	33,3	34,2	-0,9
Toutes branches (hors transferts entre branches)	548,4	569,5	-21,0
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	547,2	569,8	-22,6

Exposé des motifs

En 2022, les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale cumuleraient un déficit de 21 milliards d'euros, en réduction de plus d'un tiers par rapport à 2021. Le Fonds de solidarité vieillesse présenterait quant à lui un déficit de 1,6 milliard d'euros, également en recul par rapport à 2021.

Article 22

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

Pour l'année 2022, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général :

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	208,4	228,1	-19,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,0	12,7	1,3
Vieillesse	145,3	147,8	-2,5
Famille	51,4	49,7	1,7

Autonomie	33,3	34,2	-0,9
Toutes branches (hors transferts entre branches)	438,2	458,2	-20,0
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	438,2	459,8	-21,6

Exposé des motifs

En 2022, les branches du régime général seraient déficitaires de 20 milliards d'euros. Le solde cumulé du régime général et du FSV présenterait quant à lui un déficit de 21,6 milliards d'euros, en forte amélioration par rapport à 2021.

Article 23

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

I.- Pour l'année 2022, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

II. - Pour l'année 2022, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 18,3 milliards d'euros.

III. - Pour l'année 2022, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes affectées	0
Total	0

IV. - Pour l'année 2022, les prévisions de recettes par catégorie mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes	0
Total	0

Exposé des motifs

En 2022, la dette restant à amortir par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) devrait s'élever à 137,3 milliards d'euros, 223,2 milliards d'euros ayant déjà été amortis par la caisse.

Le transfert de dette sociale à CADES prévu par l'article 1 de la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie s'est poursuivi en 2021, à hauteur de 40 milliards d'euros, venant réduire le besoin de financement induit par la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19.

Article 24

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

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

(En millions d'euros)	
	Encours limites
Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)	65 000
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)	300
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) – période du 1 ^{er} au 31 janvier 2021	500
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) – période du 1 ^{er} février au 31 décembre 2021	200
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM)	410
Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG)	150
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)	4 500

Exposé des motifs

Le plafond d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) est fixé à 65 milliards d'euros pour l'exercice 2022, en réduction de 30 milliards d'euros par rapport au plafond 2021. Cette réduction du besoin de financement maximal du régime général de sécurité sociale tient compte de la réduction attendue du déficit du régime général d'une part ainsi que des reprises de la dette sociale par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), qui se poursuivra en 2022 pour un montant supérieur à la prévision de déficit.

Le plafond d'emprunt de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) est fixé à 300 millions d'euros, en baisse par rapport au plafond d'emprunt de 2021 qui s'élève à 500 millions d'euros, en raison notamment d'une dynamique de recettes supérieure à celle des dépenses qui améliore la trésorerie de la caisse.

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 480 millions d'euros pour la période courant du 1^{er} janvier au 31 janvier, puis à 200 millions d'euros pour

le reste de l'année 2022. Le premier plafond permettra à la caisse de couvrir ses engagements avant qu'elle n'encaisse le premier versement de la subvention d'équilibre de l'Etat au régime de retraite.

Le plafond de la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) est quant à lui fixé à 410 millions d'euros, inférieur de 55 millions d'euros au plafond d'emprunt en 2021. Les besoins de financement du régime des mines ont été très fortement réduits ces dernières années 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 en raison d'une adéquation imparfaite entre ses dépenses et ses recettes au titre desquelles la dotation d'équilibre versée par le budget de l'Etat.

Compte tenu de recettes plus dynamiques, les besoins de trésorerie de la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) seront réduits en 2022. Néanmoins, il est proposé de maintenir le plafond de 150 millions d'euros pour faire face à certaines incertitudes que pourraient rencontrer la caisse en 2022, qui portent notamment sur l'évolution des tarifs d'acheminement en électricité (TURPE6) et la baisse des taux de la contribution tarifaire d'acheminement.

Enfin la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et hospitaliers (CNRACL) devra recourir à l'emprunt en 2022 pour des volumes plus conséquents qu'en 2021, en raison d'une dégradation de son ratio cotisants/assurés. Cette perspective défavorable par rapport conduit à augmenter le plafond d'emprunt de la CNRACL à 4,5 Md €.

Article 25

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

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2022 à 2025), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Exposé des motifs

Le présent article vise à approuver la trajectoire pluriannuelle des régimes obligatoires de base présentée dans l'annexe B à la loi de financement de la sécurité sociale.

L'annexe présente les sous-jacents économiques qui ont permis la construction du projet de loi et des soldes des régimes de base jusqu'en 2025, et notamment les données macro-économiques qui déterminent le niveau des recettes, ainsi que la montée en charge des mesures portées dans le PLFSS en dépenses.

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES DE LA SECURITE SOCIALE POUR L'EXERCICE 2022

TITRE I : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES

CHAPITRE I : POURSUIVRE LA TRANSFORMATION DU SYSTEME DE SANTE

Article 26

[Définition du modèle de prise en charge de la télésurveillance dans le droit commun]

I. – L'article L. 160-8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 1° est ainsi modifié :

a) Après les mots « des frais pharmaceutiques et d'appareils » sont insérés les mots : « des frais de télésurveillance médicale, ».

II. - Au sein du chapitre II du titre VI du livre I du code de la sécurité sociale, il est créé un article L. 162-48 ainsi rédigé :

« Afin de s'assurer du respect des exigences mentionnées à l'article L. 165-1-9 pour la prise en charge d'une activité de télésurveillance, une organisation de télésurveillance souhaitant bénéficier de cette prise en charge ou du remboursement par l'assurance maladie obligatoire de ses activités de télésurveillance doit se déclarer au préalable à l'agence régionale de santé territorialement compétente.

Cette organisation peut regrouper des professionnels de santé exerçant en libéral, ou au sein d'un établissement de santé, d'un centre de santé, d'une maison de santé pluri professionnelle, ou d'un établissement ou un service médico-social. Lorsque des indications le permettent, une organisation peut être constituée d'un seul professionnel de santé médical.

Cette déclaration précise notamment les professionnels impliqués dans l'organisation et les dispositions prises pour assurer la continuité des soins. Son contenu est précisé par décret et ses exigences peuvent être ajustées au regard des référentiels mentionnés aux articles L. 165-1-9 et L. 165-1-10 du code de la sécurité sociale pour les indications que l'organisation souhaite mettre en œuvre.

Le récépissé de cette déclaration, établi par le directeur général de l'agence régionale de santé est remis ou transmis au représentant de l'organisation désigné par elle et à l'organisme local d'assurance maladie territorialement compétente. Il vaut éligibilité au remboursement des activités de télésurveillance prévues aux articles L. 165-1-9 et L. 165-1-10 du présent code pour l'organisation concernée pour les indications mentionnées dans la déclaration.

Lorsqu'il est constaté un manquement compromettant la qualité ou la sécurité des soins, un manquement de l'organisation réalisant des activités de télésurveillance à l'obligation de transmission de la déclaration préalable ou au respect des dispositions législatives et réglementaires relatives à la réalisation d'activités de télésurveillance et après mise en demeure de mise en conformité, le directeur général de l'agence régionale de santé met fin à la validité de la déclaration et en informe la caisse primaire d'assurance maladie territorialement compétente qui suspend les remboursements.

Les conditions d'application du présent article sont prévues par décret en conseil d'Etat. »

III. - Au sein du chapitre V du titre VI du livre I du code de la sécurité sociale, il est créé un article L. 165-1-9 ainsi rédigé :

« I.- La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie, d'une part, des activités de télésurveillance réalisées par une organisation de télésurveillance au sens de l'article L. 162-48 du code de la sécurité sociale et, d'autre part, par dérogation au premier alinéa de l'article L. 165-1, des services et outils numériques à visée de télésurveillance intégrés ou non à un dispositif médical inscrit sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 à usage individuel dénommés « dispositifs médicaux numériques de télésurveillance », et le cas échéant des dispositifs médicaux de collecte associés, lorsqu'ils ne sont ni implantables, ni invasifs et sans visée thérapeutique, sont subordonnés à leur inscription sur une liste établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de la commission spécialisée de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 165-1 du présent code. La liste précise les indications de télésurveillance ouvrant droit à cette prise en charge ou ce remboursement.

L'inscription est effectuée sous la forme d'un référentiel proposé par la Haute Autorité de santé comprenant d'une part, soit la description d'une ligne générique du dispositif médical numérique de télésurveillance concerné et le cas échéant, du dispositif de collecte associé, soit le nom de marque ou le nom commercial dudit dispositif médical et le cas échéant, du dispositif de collecte associé, et d'autre part les exigences minimales applicables à l'organisation de télésurveillance au sens de l'article L. 162-48 et notamment la qualification des professionnels de santé et les dispositions nécessaires pour assurer la qualité des soins.

L'inscription peut être subordonnée au respect de spécifications techniques, d'indications de télésurveillance, de conditions particulières de prescription, d'utilisation et de distribution.

II.- L'inscription sur la liste mentionnée au premier alinéa du I peut être subordonnée au dépôt auprès des ministres, par les exploitants des dispositifs, d'une déclaration de conformité aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité prévus à l'article L. 1470-5 du code de la santé publique. La déclaration de conformité est établie par un organisme désigné par décret

III.- Pour les deux types d'inscription prévus au I, la Haute Autorité de santé indique si elle reconnaît l'existence d'un progrès procuré par les activités de télésurveillance associées au dispositif médical numérique de télésurveillance au regard des référentiels inscrits dans l'indication concernée lorsqu'ils existent, ou à défaut, au regard de la prise en charge sans télésurveillance. Dans la première situation, en cas d'existence d'un progrès procuré, le référentiel existant est radié aux termes d'une période de dégressivité du remboursement dans des conditions définies par décret.

IV.- Le remboursement ou la prise en charge par l'assurance maladie de la télésurveillance s'effectue sur une base forfaitaire périodique, le cas échéant modulable en fonction des caractéristiques de la prise en charge. Le montant du forfait de télésurveillance est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

La fixation du forfait tient compte principalement de la fréquence du suivi réalisé par l'organisation de télésurveillance pour une période donnée au regard des exigences minimales définies par le référentiel mentionné au I, au regard de la complexité de la prise en charge, du recours au dispositif médical numérique de télésurveillance et le cas échéant aux dispositifs médicaux de collecte associés, des volumes prévus ou constatés, des montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles de recours.

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent fixer par arrêté les prix des dispositifs médicaux numériques de télésurveillance et des dispositifs médicaux de collecte

associés. Il comprend les marges prévues, le cas échéant, par la décision mentionnée à l'article L. 162-38 ainsi que les taxes en vigueur.

V.- La prise en charge est subordonnée à l'utilisation effective du dispositif médical numérique de télésurveillance par le patient et, lorsqu'ils existent, à l'atteinte de résultats individualisés ou nationaux d'utilisation en vie réelle évalués sur le fondement d'indicateurs définis dans le référentiel mentionné au I.

VI.- Les modalités d'application du présent article, notamment les procédures et délais de fixation des prix, les critères de fixation des forfaits et leurs éventuelles modulations et des prix, les règles selon lesquelles certains dispositifs médicaux numériques de télésurveillance et dispositifs médicaux de collecte associés peuvent être pris en charge par l'assurance maladie ou exclus de celle-ci, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. »

IV. - Le I. de l'article L. 165-2 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Elle ne peut tenir compte des fonctions de télésurveillance lorsqu'elles existent. »

V. – Le premier alinéa de l'article L. 165-3-1 est ainsi modifié :

1° Après les mots « sur la liste prévue à l'article L. 165-1 » sont insérés les mots : « ou un dispositif médical numérique de télésurveillance ou de collecte associé inscrit sur la liste prévue à l'article L. 165-1-9 »

2° Après les mots « dans les conditions mentionnées à l'article L. 165-3 » sont insérés les mots : « ou à l'article L.165-1-9 »

VI. – Le V de l'article 54 de la LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa les mots : « pour une durée maximale de quatre ans » sont remplacés par les mots : « jusqu'au 1er août 2022 au plus tard »

2° Au deuxième alinéa du 5° les mots : « sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « les listes mentionnées aux articles L. 165-1 et L. 165-1-9 du code de la sécurité sociale »

3° Après le troisième alinéa du 5° il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « A l'échéance de l'expérimentation, les expérimentateurs engagés continuent à bénéficier de la prise en charge financière prévue au titre de l'expérimentation, sous réserve d'un dépôt auprès des ministres compétents et de la Haute Autorité de santé d'une demande d'inscription de ces produits ou prestations en application de l'article L. 165-1-9 du code de la sécurité sociale au plus tard un mois après l'entrée en vigueur du présent article. Cette prise en charge transitoire prend fin au plus tard le 31 décembre 2022. »

4° Le quatrième alinéa du 5° est supprimé.

VII.- Les dispositions du présent article rentrent en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1er juillet 2022. L'expérimentation prévue par l'article 54 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 prend fin un mois après cette date.

VIII.- Les dispositifs médicaux numériques de télésurveillance, et le cas échéant les dispositifs médicaux de collecte associés lorsqu'ils ne sont ni implantables, ni invasifs et

sans visée thérapeutique, inscrits sur la liste prévue au L. 165-1 sont radiés de ladite liste au plus tard le 1er janvier 2023.

Exposé des motifs

Dans le cadre du Ségur de la santé, la télésanté est apparue comme un enjeu clé de la transformation du système de santé. Ainsi, la mesure 24 y est entièrement consacrée et prévoit notamment comme objectif de fixer le périmètre et les principes du financement de la télésurveillance par l'assurance maladie obligatoire.

La télésurveillance médicale est un acte de télémedecine défini dans le code de la santé publique visant à « [...] *permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient.* [...] ». Elle est expérimentée depuis plusieurs années au travers du programme Expérimentations de Télémedecine pour l'Amélioration des Parcours en Santé (ETAPES) . Les expérimentations « ETAPES » permettent la prise en charge dérogatoire par l'assurance maladie de la télésurveillance dans cinq pathologies chroniques. Selon les dispositions de la LFSS pour 2018, elles doivent prendre fin au plus tard au 31 décembre 2021.

Des projets relatifs à d'autres prises en charge ont pris la voie de l'article 51 de la LFSS pour 2018. Dans le cadre de la crise sanitaire, des organisations de télésurveillance de grande ampleur ont également été créées pour faire face à l'épidémie de Covid-19 (notamment Covidom – 60 000 patients).

Les prises en charge existantes sont ainsi pour l'essentiel expérimentales et ne s'inscrivent pas dans un cadre unifié de prise en charge par l'assurance maladie. L'objectif de la mesure est donc de définir l'architecture globale et les différents paramètres d'un modèle de financement de droit commun de la télésurveillance par l'assurance maladie (périmètre des activités, modalités d'évaluation, formes de financement), ainsi que les modalités de transition du modèle expérimental vers une prise en charge de droit commun.

Article 27

[Mise en œuvre des réformes de financement des établissements de santé et médico-sociaux]

I.- L'article L.162-20-1 du code de la sécurité sociale est complété par un IV ainsi rédigé :

« IV.- Les tarifs issus de la tarification nationale journalière des prestations prennent effet au 1^{er} mars de l'année en cours. »

II.- Le VI de l'article 35 de la loi n°2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après les mots : « activités mentionnées au 1° », sont insérés les mots : « et les tarifs servant de base au calcul de la participation du patient des établissements de l'article L.162-22-6 exerçant des activités mentionnées aux 2° et 4° » ;

2° Le quatrième alinéa est ainsi modifié :

- Avant les mots : « la valeur du coefficient », sont insérés les mots : « Pour l'année 2022, » ;

- Les mots : « au 1^{er} janvier de l'année en cours » sont remplacés par les mots : « à compter du 1^{er} janvier 2022 et jusqu'au 28 février 2023 » ;

3° Après le quatrième alinéa, est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les années 2023, 2024 et 2025, les valeurs mentionnées au précédent alinéa prennent effet au 1^{er} mars de l'année en cours. » ;

4° Les huitième et neuvième alinéas sont supprimés.

III.- L'article L.162-22-18 du code de la sécurité sociale est complété par un IV ainsi rédigé :

« IV.-Un décret en Conseil d'Etat détermine les catégories de prestations pour exigences particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. »

IV.- Au 2° du I de l'article L.162-23-4 du code de la sécurité sociale, la référence : « 2° » est remplacée par la référence : « 1° »

V.- Aux articles L. 6145-1 et L. 6145-4 du code de la santé publique, la référence : « 2° de l'article L. 162-23-4 » est remplacée par la référence : « 1° de l'article L. 162-23-4 ».

VI.- Le III de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 dans sa version actuellement en vigueur est ainsi modifié :

1° le B est abrogé.

2° Au cinquième alinéa du C, la date : « 1^{er} mars 2022 » est remplacée par la date : « 1^{er} mars 2027 ».

3° Les dispositions du E sont remplacées par des dispositions ainsi rédigées :

« E.- 1° Du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2022, par dérogation aux articles L. 162-23-10, L. 174-2 et L. 174-18, ainsi qu'aux C et F du III, les forfaits, les dotations et les montants arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé, ou pour le service de santé des armées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ne sont pas versées par les caisses.

« 2° Pour la même période, par dérogation aux articles L. 162-23 à L. 162-23-11 du code de la sécurité sociale, les activités de soins de suite et de réadaptation, mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 dudit code et par le service de santé des armées, sont financées par un montant calculé à partir des recettes perçues en 2021, hors recettes exceptionnelles.

Ce montant est régularisé au plus tard le 31 mai 2023 dans la limite de l'objectif de dépenses mentionné au I de l'article L.162-23 fixé pour l'année 2022 lorsque celui-ci est inférieur aux montants arrêtés par le directeur général d'agence régionale de santé, ou pour le service de santé des armées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale au titre des financements mentionnés à l'article L. 162-23-2. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions du présent alinéa.

« 3° Du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2022, l'objectif de dépenses mentionné au I de l'article L. 162-23 du code de la sécurité sociale est constitué des dépenses afférentes aux

activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code dans les conditions prévues au 2°.»

4° Après le H, il est ajouté un I et un J ainsi rédigés :

« I.- Par dérogation au I de l'article L. 162-23-4, pour l'année 2022, les tarifs nationaux de prestations mentionnés au 1° du même I sont applicables à compter du 1^{er} janvier. »

« J.- Par dérogation à l'article L. 162-16-6, et à titre transitoire pour l'année 2022, pour chaque spécialité pharmaceutique inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 162-23-6, tant que le tarif de responsabilité et le prix limite de vente aux établissements n'ont pas été fixés par convention entre l'entreprise titulaire des droits d'exploitation de ces spécialités, l'entreprise assurant leur importation parallèle ou l'entreprise assurant leur distribution parallèle et le Comité économique des produits de santé, ou à défaut, par décision de ce dernier, et publiés par ce dernier :

1° lorsque la spécialité est inscrite sur l'une des listes mentionnées aux articles L. 162-17, L. 162-22-7 ou L. 5123-2 du code de la santé publique et que pour la ou les indications de cette spécialité, un prix ou un tarif ont été fixés en application d'au moins l'un des articles L. 162-16-4-3, L. 162-16-5, L. 162-16-5-4 et L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale au titre de l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7, le tarif de responsabilité et le prix limite de vente aux établissements au titre de l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L.162-23-6 sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction du prix ou tarif susmentionnés ;

2° Dans le cas contraire, la spécialité peut être facturée à l'assurance maladie et être prise en charge au titre de son inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-23-6 sur la base de son prix d'achat par l'établissement de santé. »

VII.- Au I de l'article L.162-23-16 du code de la sécurité sociale, après les mots : « recettes perçues antérieurement », sont insérés les mots : « au titre de cette activité » et les mots : « au titre de cette activité », sont remplacés par les mots : « selon la catégorie d'établissements mentionnée à l'article L.162-22-6 à laquelle il appartient, ».

VIII.- Le VII de l'article 51 de la loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 est ainsi modifié :

1° Les mots : « ne satisfont pas, au titre de l'année 2021, aux conditions fixées en application du même article L.6111-3-1, dans sa rédaction résultant de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 précitée, pour relever des dispositions applicables aux hôpitaux de proximité » sont supprimés ;

2° Les mots : « pour l'année 2021, » sont remplacés par les mots : « pour les années 2021 et 2022, s'ils ne satisfont pas aux conditions fixées à l'article L.6111-3-1 dans sa rédaction résultant de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 précitée ».

IX.- L'article 57 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de sécurité sociale pour 2021 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa du I, la date : « 2021 » est remplacée par la date : « 2022 » ;

2° Au troisième alinéa du I, les mots : « l'année précédente au sein de l'établissement concerné » sont remplacés par les mots : « sur une année fixe de référence qui est arrêtée par

les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les modalités de révision de cette année de référence sont fixées par arrêté des mêmes ministres. »

3° Au II, la date : « 31 décembre 2021 » est remplacée par la date : « 31 mars 2022 ».

X.-Le III de l'article 65 de la loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est remplacé par un III ainsi rédigé :

« III.-A compter du 1^{er} mars 2022, les établissements volontaires mentionnés au I du présent article déploient la facturation dans le cadre d'une expérimentation dont les modalités sont définies par décret.

« A compter du 1^{er} mars 2024, les établissements de santé déploient progressivement, en fonction de critères, la facturation conformément à l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale.

« La dérogation prévue au I du présent article prend fin au plus tard le 1^{er} mars 2027.

« Les modalités d'application du présent III, notamment les modalités de l'expérimentation et les critères mentionnés au deuxième alinéa ainsi que les éléments calendaires, sont fixés par décret. »

XI.- A. Au V de l'article 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, le nombre « cinq » est remplacé par le nombre « huit ».

B.. Au III de l'article 75 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, le nombre « six » est remplacé par le nombre « neuf ».

Exposé des motifs

Cet article adapte les calendriers et les modalités de mise en œuvre de plusieurs réformes tarifaires applicables aux établissements de santé, notamment pour tenir compte de l'impact de la crise sanitaire sur la préparation de ces réformes.

La réforme du ticket modérateur entre en vigueur pour les champs du MCO (ex-DG), des activités de psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation (SSR) au 1^{er} janvier 2022. Comme pour le champ du MCO, cet article prévoit l'application d'un coefficient de transition pour les activités de SSR et de psychiatrie afin de lisser dans le temps les effets revenus et l'impact de la réforme sur le niveau de recettes des établissements.

Plusieurs précisions sont par ailleurs apportées pour la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie et des SSR qui entrent en vigueur en 2022. S'agissant de la réforme du financement des activités de médecine et la mise en place d'une dotation socle, la prolongation jusqu'au 31 décembre 2021 de la garantie de financement sur leurs recettes issues de l'assurance maladie conduit à reporter l'entrée en vigueur en 2022 et à modifier l'année de référence pour les calculs.

L'article ajuste également le calendrier de passage à la facturation individuelle des séjours hospitaliers.

Article 28

[Ajustement du financement de la réforme des urgences]

I. – Au 2° de l'article L.162-22-8 -2 du code de la sécurité sociale est inséré un deuxième alinéa ainsi rédigé:

« Dans les établissements de santé mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale une part de ces recettes est constituée des honoraires des médecins mentionnés à l'article L. 162-5 du présent code intervenant dans le cadre de leur activité libérale et de la valorisation des actes réalisés par des laboratoires de biologie médicale mentionnés à l'article L.162-14. Les honoraires correspondants, exclusifs de toute autre rémunération se composent de forfaits et suppléments par patient fixés par voie réglementaire. »

II.- Au 5° de l'article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale entre les mots: « mentionnées à l'article L. 1435-5 du code de la santé publique » et les mots : «et dans des structures » sont insérés les mots : « ou des forfaits et suppléments de l'activité de médecine d'urgence prévus au 2° de l'article L.162-22-8-2 »

III. - Le dernier alinéa du I de l'article L. 160-13 dans sa rédaction issue de l'article 51 de la loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 est ainsi modifié :

1° Les mots : « dans les cas mentionnés aux 3°, 4° et 13° de l'article L. 160-14 et à l'article L. 371-1 du présent code ainsi qu'à l'article L. 212-1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre » sont remplacés par les mots « pour les assurés mentionnés aux 3° et 4° de l'article L. 160-14 et à l'article L.431-1, sauf dans les cas prévus au 13° de l'article L. 160-14, pour l'ensemble de leurs passages non programmés dans ces structures » ;

2° Les mots : « dans les cas prévus à l'article L. 160-9, aux 11°, 15° et 18° de l'article L. 160-14 ainsi qu'aux articles L. 169-1 et L. 16-10-1 du présent code » sont remplacés par les mots : « pour l'ensemble des passages non programmés dans des structures d'urgence des assurés mentionnés à l'article L. 160-9, au 11° et au 13° de l'article L. 160-14, à l'article L. 371-6 et à l'article L. 212-1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, ainsi que pour les passages liés aux soins mentionnés aux 15° et 18° de l'article L. 160-14, à l'article L. 169-1 et à l'article L. 16-10-1 ».

IV. – Au VIII de l'article 51 modifié de la loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020, les mots : « septembre 2021 » sont remplacés par les mots : « janvier 2022 ».

V. – Les dispositions du III entrent en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} juillet 2022.

Exposé des motifs

La réforme du financement des urgences, introduite par l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, repose sur trois piliers de financement : une dotation populationnelle, une dotation complémentaire qualité et des recettes liées à l'activité.

S'agissant du financement à l'activité des passages non programmés non suivis d'hospitalisation, l'architecture issue des mesures adoptées en LFSS pour 2020 et complétées en LFSS pour 2021 vise à simplifier, à unifier et à mieux hiérarchiser la facturation des prestations aux urgences, à l'assurance maladie comme au patient ou à son assurance maladie complémentaire. Afin d'éviter tout risque de confusion relatif aux honoraires des praticiens

libéraux exerçant dans les structures des urgences dans les établissements privés concernés par la réforme du financement des urgences, il est proposé de préciser que :

- la rémunération des praticiens libéraux liée aux passages non suivis d'hospitalisation dans une structure des urgences repose sur des forfaits et suppléments qui viennent se substituer à leurs honoraires facturés jusqu'alors sans qu'un reversement par la clinique soit nécessaire ;
- les montants de ces forfaits et suppléments qui constituent leurs honoraires et bien qu'ils soient fixés par voie réglementaire sont éligibles à une prise en charge des cotisations par l'assurance maladie dans le cadre de la convention médicale.

La mesure vise d'autre part à reporter l'entrée en vigueur du forfait patient urgence du fait de la prolongation au second semestre 2021 de la garantie de financement dont bénéficient les établissements de santé dans le cadre de la pandémie de covid-19. L'entrée en vigueur initialement prévue au 1er septembre 2021 est reportée au 1er janvier 2022.

Enfin, la mesure précise les conditions de facturation du forfait patient urgence pour certaines catégories d'assurés : titulaires d'une pension militaire d'invalidité, d'une pension d'invalidité et les victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (AT/MP).

Article 29

[Evolution des activités des hôpitaux des armées]

I. L'article L. 162-30-5 du code de la sécurité sociale est complété par un III ainsi rédigé :

« III.- Les dispositions du présent article sont applicables aux hôpitaux des armées, à l'exception du troisième alinéa du I et sous réserve des adaptations suivantes.

Un hôpital des armées peut être autorisé à pratiquer une activité de greffe exceptionnelle d'organes ou de tissus ou de greffe composite exceptionnelle de tissus vascularisés, par arrêté du ministre de la défense et des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis conforme du comité national mentionné au I. »

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

1° Après le sixième alinéa de l'article L.1151-1, est inséré un alinéa ainsi rédigé

« Les hôpitaux des armées figurant sur une liste arrêtée conjointement par le ministre de la défense et les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis des directeurs généraux des agences régionales de santé concernées et de la Haute Autorité de santé, peuvent également utiliser ces dispositifs médicaux et ces médicaments et pratiquer ces actes, procédés, techniques et méthodes à visée diagnostique ou thérapeutique. L'utilisation prévue par cet arrêté peut être limitée à une période donnée. »

2° Le I de l'article L.6147-7 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions de l'article L. 6111-1-6 sont applicables aux hôpitaux des armées. »

Exposé des motifs

Les hôpitaux des armées, qui ne sont pas juridiquement des établissements de santé, sont exclus des dispositifs mis en place uniquement pour ces établissements. Leurs missions au profit de la santé publique sont cependant, la plupart du temps, comparables à celles des

établissements de santé ; il est donc naturel qu'ils puissent mettre en œuvre au profit de leur patientèle, tant militaire que civile, les dispositifs ouverts aux établissements de santé. Les mesures présentées visent donc à permettre aux hôpitaux des armées de réaliser, pour les dispositifs visés, les mêmes activités que les établissements de santé afin de garantir l'égalité de prise en charge des patients, que ce soit en milieu civil ou militaire.

S'agissant de la possibilité de réaliser des greffes exceptionnelles, elle est cohérente avec le fait que le service de santé des armées dispose de deux centres de traumatologie de niveau 1 et d'un centre de référence de traitement des brûlés, au sein desquels l'activité de recherche est très dynamique.

Pour la pratique des actes entrant dans le domaine de l'innovation thérapeutique, les patients pris en charge par les hôpitaux des armées, ne peuvent aujourd'hui bénéficier de ces actes ou médicaments innovants. Le présent article permet d'y remédier.

Enfin, tout comme les établissements de santé peuvent désormais mettre en place des hébergements non médicalisés, les hôpitaux des armées pourront également par ces nouvelles dispositions mettre en œuvre ces nouvelles organisations, le cas échéant en déléguant la prestation à un tiers par voie de convention.

Article 30

[Isolement et contention]

I. L'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi rédigé :

« I.- L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision motivée d'un psychiatre et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte, somatique et psychiatrique, confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin et tracée dans le dossier médical.

« La mesure d'isolement est prise pour une durée maximale de douze heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée dans les conditions et selon les modalités prévues au premier alinéa, dans la limite d'une durée totale de quarante-huit heures et fait l'objet de deux évaluations par vingt-quatre heures.

« La mesure de contention est prise dans le cadre d'une mesure d'isolement pour une durée maximale de six heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée dans les conditions et selon les modalités prévues au premier alinéa, dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre heures et fait l'objet de deux évaluations par douze heures. » ;

2° Le II est ainsi rédigé :

« II.- A titre exceptionnel, le médecin peut renouveler, au-delà des durées totales prévues au I, la mesure d'isolement et de contention, dans le respect des conditions prévues au I. Le directeur de l'établissement informe sans délai le juge des libertés et de la détention du

renouvellement de ces mesures. Ce dernier peut se saisir d'office pour mettre fin à la mesure. Le médecin informe également de la mesure les personnes mentionnées à l'article L. 3211-12, dès lors qu'elles sont identifiées, dans le respect de la volonté du patient et du secret médical.

« Si l'état de santé du patient rend nécessaire le renouvellement de la mesure au-delà de ces durées, le directeur de l'établissement de santé saisit le juge des libertés et de la détention :

« 1° Avant l'expiration de la soixante-douzième heure d'isolement ;

« 2° Avant l'expiration de la quarante-huitième heure de contention.

« Le juge des libertés et de la détention statue dans les vingt-quatre heures après l'expiration des durées prévues aux alinéas ci-dessus.

« Si les conditions prévues au I demeurent réunies, le juge des libertés et de la détention autorise le médecin à maintenir la mesure dans les conditions prévues au I. et aux cinq premiers alinéas du II. A défaut, le juge des libertés et de la détention ordonne la mainlevée de la mesure d'isolement ou de contention.

« Dans le cas où le juge autorise le médecin à maintenir la mesure, celui-ci peut la renouveler dans les conditions prévues au I. et aux alinéas qui précèdent. Toutefois, si le renouvellement de la mesure est encore nécessaire après deux décisions de maintien du juge des libertés et de la détention, celui-ci est saisi au moins vingt-quatre heures avant l'expiration d'un délai de sept jours à compter de la précédente décision rendue. Il statue avant l'expiration de ce délai de sept jours. Il peut être saisi de nouveau au moins vingt-quatre heures avant l'expiration de chaque délai de sept jours. Il statue dans les mêmes conditions.

« Pour l'application des dispositions du présent II, une mesure d'isolement ou de contention est regardée comme une nouvelle mesure lorsqu'elle est prise au moins quarante-huit heures après une précédente mesure d'isolement ou de contention. En-deçà de ce délai, sa durée s'ajoute à celle des mesures d'isolement et de contention qui la précèdent et les dispositions des cinq premiers alinéas du présent II relatifs au renouvellement des mesures lui sont applicables.

« En cas de mainlevée de la mesure par le juge des libertés et de la détention, aucune nouvelle mesure ne peut être prise avant l'expiration du délai de quarante-huit heures sauf survenance d'éléments nouveaux dans la situation du patient, qui rendent impossible d'autres modalités de prise en charge permettant d'assurer sa sécurité ou celle d'autrui.

« Les mesures d'isolement et de contention peuvent également faire l'objet d'un contrôle par le juge des libertés et de la détention en application du IV de l'article L. 3211-12-1.

« Les cinq premiers alinéas du II s'appliquent lorsque le médecin prend plusieurs mesures d'une durée cumulée de quarante-huit heures pour l'isolement et de vingt-quatre heures pour la contention sur une période de quinze jours.

« Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent II.

II.- L'article L. 3211-12 du même code est ainsi modifié :

Au deuxième alinéa du I :

1° Les mots : « du troisième alinéa du II » sont supprimés ;

2° Cet alinéa est complété par la phrase : « Dans ce cas, il statue dans un délai de vingt-quatre heures à compter de sa saisine. » ;

III.- L'article L. 3211-12-2 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa du III :

a) Après les mots : « prise en application », les mots : « du II » sont supprimés ;

b) Après les mots : « ou qui s'en saisit d'office, », sont insérés les mots : « ou qui a été saisi aux fins de prolongation de celle-ci » ;

2° Au quatrième alinéa du III, la phrase : « Dans ce cas, le juge des libertés et de la détention statue dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat. » est supprimée ;

3° Au cinquième alinéa du III, [devenu le quatrième alinéa du III] après les mots : « Dans cette hypothèse, », sont insérés les mots : « la procédure devient orale et » ;

4° Le III est complété par l'alinéa suivant : « Le juge des libertés et de la détention statue dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat. » ;

VI.- L'article L. 3211-12-4 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après les mots : « en application des articles », sont insérés les mots : « L. 3222-5-1 » ;

2° Au deuxième alinéa, avant les mots « débat est tenu selon les modalités prévues à l'article L. 3211-12-2 », sont insérés les mots : « Lorsque le premier président ou son délégué est saisi d'un appel formé à l'encontre d'une ordonnance du juge des libertés et de la détention statuant sur une mesure de soins psychiatriques sans consentement prononcée en application des chapitres II à IV du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale, le » ;

V.- L'article L. 3844-1 du même code est ainsi modifié :

Au deuxième alinéa du paragraphe I, les mots « L.3211-12-2 » sont supprimés.

L'alinéa suivant est ajouté au I :

« Les articles L.3211-12, L3211-12-2 et L.3211-12-4 sont applicables en Nouvelle Calédonie et en Polynésie française dans leur rédaction résultant de la loi n° 2021-XX du XX ».

VI.- L'article L. 3844-2 du même code est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa du I, les mots : « dans sa version résultant de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 » sont remplacés par les mots : « dans sa version résultant de la loi n° 2021-XX du XX » ;

2° Au c) du 8° du II, les mots : « tribunal de grande instance » sont remplacés par les mots « tribunal judiciaire ».

Exposé des motifs

Dans sa décision n° 2021-912/913/914 QPC du 4 juin 2021, le Conseil constitutionnel a censuré les troisième et sixième alinéas du paragraphe II de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique (CSP).

Les dispositions proposées tirent les conséquences de cette décision en instaurant un contrôle automatique du juge des libertés et de la détention en cas de maintien des mesures d'isolement et de contention au-delà d'une certaine durée.

CHAPITRE 2 : RENFORCER LA POLITIQUE DE SOUTIEN A LA PERTE D'AUTONOMIE

Article 31

[Extension de la mesure sociale du Ségur au sein du secteur médico-social]

I. - L'article 48 de la loi de la loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 est ainsi modifié :

A. 1° Après la référence « I » est ajoutée la référence « A. »

2° Au premier alinéa du I, les mots « , à compter du 1er septembre 2020, » sont supprimés ;

3° Au 1° du I, les mots : « , à l'exception des structures créées en application de l'article L. 6111-3 du même code » sont supprimés ;

4° Au 3° du I, les mots « , y compris rattachés aux établissements publics de santé, » sont supprimés ;

5° Après le 5° du I, sont ajoutés les alinéas suivants:

« 6° Des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles rattachés à un établissement public de santé mentionné à l'article L. 6111-3 du code de la santé publique ;

« 7° Des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles relevant d'un établissement public gérant un ou plusieurs établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionnés au 3° de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée ;

« 8° Des groupements d'intérêt public mentionnés à l'article L. 6134-1 du code de la santé publique, satisfaisant aux critères suivants :

« a) Le groupement exerce, à titre principal, une activité en lien direct avec la prise en charge des patients ou des résidents ;

« b) L'un au moins des établissements membres du groupement d'intérêt public est soit un établissement public de santé mentionné à l'article L. 6111-3 du code de la santé publique, soit un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionné au 3° de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée ;

« c) L'activité principale du groupement bénéficie majoritairement à un établissement public de santé ou à un établissement public d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

« 9° Des groupements de coopération sociale et médico-sociale mentionnés à l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles comprenant un ou plusieurs établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionnés au 3° de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée ;

« 10° Des établissements expérimentaux financés par l'assurance maladie qui accueillent des personnes âgées mentionnés au 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. »

6° A l'avant-dernier alinéa du I :

a) Les mots : « à compter du 1er septembre 2020 » sont supprimés ;

b) Les mots : « au 1° à 5° du » sont remplacés par le mot : « au » ;

c) Il est ajouté les mots : « Pour les employeurs mentionnés au B, le versement de cette indemnité est conditionné à l'exercice de fonctions analogues à celles prévues au premier alinéa du B. »

7° Après l'avant l'avant-dernier alinéa du I sont ajoutés un « B. » et un « C. » ainsi rédigés :

« B. - Le complément de traitement indiciaire est également versé dans des conditions fixées par décret aux fonctionnaires et militaires exerçant les fonctions d'aides-soignants, infirmiers, cadres de santé de la filière infirmière et de la filière de rééducation, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, ergothérapeutes, audioprothésistes, psychomotriciens, auxiliaires de puériculture, diététiciens, aides-médoc-psychologiques, auxiliaires de vie sociale, accompagnants éducatifs et sociaux au sein d'établissements autres que ceux visés au 6° et 7° du A :

« 1° Des services de soins infirmiers à domicile mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

« 2° Des établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles relevant de la compétence tarifaire du directeur général de l'agence régionale de santé et de la compétence tarifaire conjointe de ce dernier et du président du conseil départemental ;

« 3° Des établissements et services mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. »

« C. – 1° Par dérogation au A et au B, un complément de traitement indiciaire est versé aux agents relevant de la fonction publique hospitalière lorsqu'ils suivent des études favorisant la promotion professionnelle, débouchant sur les diplômes ou certificats du secteur sanitaire et social.

2° Le complément de traitement indiciaire ou l'indemnité équivalente versé au titre du A et du B aux militaires, aux fonctionnaires de l'Etat, aux agents contractuels de droit public et aux ouvriers des établissements industriels de l'Etat est maintenu lorsqu'ils suivent des études favorisant la promotion professionnelle débouchant sur les diplômes ou certificats du secteur sanitaire et social. »

8° A l'avant-dernier alinéa du I :

Les mots : « à compter du 1er septembre 2020 » sont supprimés ;

Les mots : « au 1° à 5° du » sont remplacés par le mot : « au » ;

Il est ajouté les mots : « Pour les structures mentionnées au B, le versement de cette indemnité est conditionné à l'exercice de fonctions analogues à celles prévues au sein de ce même B. »

B. Au II, les mots « à compter du 1er septembre 2020 » sont supprimés.

II.- 1° Les dispositions du 5° du A du I s'appliquent aux rémunérations versées à compter du mois de juin 2021.

2° Les dispositions des sixième et septième alinéas du 7° du A du I s'appliquent aux rémunérations versées à compter du mois de septembre 2021.

3° Les dispositions des deuxième à troisième alinéas du 7° du A du I s'appliquent aux rémunérations versées à compter du mois d'octobre 2021.

Exposé des motifs

Conformément aux accords signés le 11 février 2021 et le 28 mai 2021 avec les partenaires sociaux, la mesure élargit le bénéfice du complément de traitement indiciaire (CTI) mis en place par la LFSS pour 2021 (revalorisation salariale de 183€ nets mensuels) à deux nouvelles catégories d'agents :

- Les agents publics titulaires et contractuels de la fonction publique hospitalière exerçant au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) rattachés aux établissements publics de santé ou aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, des groupements de coopération sociale et médico-sociale, et de certains groupements d'intérêt public à vocation sanitaire bénéficient d'un CTI à compter du 1er juin 2021.
- Les agents publics titulaires et contractuels de la fonction publique exerçant en tant que personnels soignants, aides médico-psychologiques (AMP), auxiliaires de vie sociale (AVS) et accompagnants éducatifs et sociaux (AES) des établissements médico-sociaux publics non rattachés à un établissement de santé ou à un Ehpad et financés pour tout ou partie par l'assurance maladie bénéficieront également du CTI à compter du 1er octobre 2021.

Les salariés soignants, AMP, AVS et AES exerçant dans les établissements médico-sociaux privés financés par l'assurance-maladie (établissements pour personnes handicapées, SSIAD ne relevant pas de la branche de l'aide à domicile, établissements pour publics en difficultés spécifiques) bénéficieront également de la mesure à compter du 1er janvier 2022 sans que cette mise en œuvre ne nécessite toutefois de disposition législative.

La mesure permet également aux personnels souhaitant évoluer dans leur carrière de conserver le bénéfice du complément de traitement indiciaire lorsqu'ils se trouvent en étude de promotion professionnelle.

Article 32

[Réforme et revalorisation de l'offre des services à domicile de l'autonomie]

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

1° Après l'article L. 314-2, il est inséré trois articles ainsi rédigés :

« *Art. L. 314-2-1.* – I. – La tarification de l'activité d'aide et d'accompagnement dispensée par un service autonomie à domicile mentionné à l'article L. 313-12-0 habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, est arrêtée chaque année par le président du conseil départemental. Ce dernier verse un tarif horaire qui ne peut être inférieur à un montant fixé par arrêté.

« II. – Pour les services autonomie à domicile qui ne sont pas habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, le montant de la prestation mentionnée à l'article L. 232-1 ou celle mentionnée à l'article L. 245-1, versée par le président du conseil départemental, qui contribue à compenser pour la personne accompagnée le prix facturé par le service, ne peut être inférieur au montant mentionné au I.

« Art. L. 314-2-2. - La tarification de l'activité de soin dispensée par un service autonomie à domicile mentionné au 1° de l'article L. 313-12-0 est arrêtée chaque année par le directeur général de l'agence régionale de santé. Ce dernier verse une dotation globale calculée en tenant compte notamment du niveau de dépendance moyen et des besoins en soins requis des personnes accompagnées.

« Art. L. 314-2-3. – Les services mentionnés au 1° de l'article L. 313-12-0 reçoivent une dotation versée par le directeur général de l'agence régionale de santé finançant des actions visant à assurer le fonctionnement intégré de la structure et la cohérence des interventions d'aide, d'accompagnement et de soins auprès de la personne accompagnée. »

2° Après l'article L. 313-12, il est inséré un article L. 313-12-0 ainsi rédigé :

« Art. L. 313-12-0. – Les services autonomie à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1 concourent à préserver l'autonomie des personnes qu'ils accompagnent et à favoriser leur maintien à domicile.

« Ils dispensent au sein du même service :

« 1° Soit une activité d'aide et d'accompagnement à domicile et une activité de soins à domicile. Dans ce cas, ils reçoivent les financements mentionnés aux articles L. 314-2-1 à L. 314-2-3 ;

« 2° Soit une activité d'aide et d'accompagnement à domicile, financée dans les conditions prévues à l'article L. 314-2-1. Ils mettent en place une organisation permettant de répondre à l'éventuel besoin de soins de la personne accompagnée, notamment en conventionnant avec un ou plusieurs services ou professionnels dispensant une activité de soins à domicile pour la réalisation de cette activité.

« Un décret fixe le cahier des charges national que doivent respecter ces services. »

3° L'article L. 313-11-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « d'aide et d'accompagnement à domicile autorisés relevant des 1°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 » sont remplacés par les mots : « autonomie à domicile mentionnés au 2° de l'article L. 313-12-0 » et la référence « , 1° » est supprimée ;

b) Le dernier alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Les services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant du 1° du I de l'article L. 312-1 peuvent conclure un contrat dans les conditions prévues au présent article. Les mentions prévues aux 4° et 6° du présent article ne leur sont pas applicables. » ;

4° L'article L. 347-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « d'aide et d'accompagnement » sont remplacés par les mots : « dispensant des prestations d'aide et d'accompagnement » ;

b) L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les services mentionnés au premier alinéa peuvent appliquer un pourcentage d'évolution annuelle des prix supérieur au taux maximal d'évolution annuelle des prix lorsque l'application de ce taux conduirait à appliquer un prix de prestation horaire inférieur aux montants des tarifs horaires arrêtés par le département en application de l'article L. 232-3 et de l'article L. 245-6. Après l'application d'un tel taux, le prix facturé à l'utilisateur ne peut être supérieur au montant des tarifs horaires arrêtés par le département. »

5° Le 3° de l'article L. 14-10-5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« e) De l'effet, pour les conseils départementaux, de l'entrée en vigueur ou de l'augmentation du tarif horaire minimal mentionné à l'article L. 314-2-1, selon des modalités définies par un décret en Conseil d'Etat. »

6° Au premier alinéa de l'article L. 313-1-2, le mot : « intervenir » est remplacé par les mots : « exercer l'activité d'aide et d'accompagnement » et les mots : « d'aide et d'accompagnement » sont remplacés par le mot : « autonomie ».

7° A l'article L. 313-8-1, les mots : « d'aide et d'accompagnement » sont remplacés par le mot : « autonomie ».

8° Le quatrième alinéa du III de l'article L. 313-12, est ainsi modifié :

a) A la première phrase, les mots : « d'aide et de soins » sont remplacés par le mot : « autonomie » ;

b) A la dernière phrase, les mots : « de soins infirmiers à domicile, un service polyvalent d'aide et de soins » sont remplacés par le mot : « autonomie ».

9° Dans le titre du chapitre VII du titre IV du livre III, les mots : « d'aide et d'accompagnement » sont remplacés par les mots : « autonomie à domicile ».

10° L'article L. 313-1-3 est abrogé.

11° L'article L. 233-1 du code de l'action sociale et des familles, est ainsi modifié :

a) Le 3° et le 4° sont remplacés par un 3° ainsi rédigé :

« 3° La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les services autonomie à domicile intervenant auprès des personnes âgées ; »

b) Les 5° et 6° deviennent respectivement les 4° et 5°.

II. – Pour l'application des dispositions du 1° du I du présent article, les dispositions relatives au tarif horaire mentionné à l'article L. 314-2-1 entrent en vigueur à compter de la publication de l'arrêté fixant le montant de ce tarif et au plus tard le 1^{er} janvier 2022.

Les dispositions relatives à la tarification de l'activité de soins entre en vigueur à compter de la publication d'un décret en Conseil d'Etat pris sur le fondement de l'article L. 314-8 et au plus tard le 1^{er} janvier 2023.

III. – Pour l'application des dispositions du 2° du I du présent article :

A. – A compter de la publication de la présente loi, l'autorisation délivrée aux services mentionnés ci-dessous en application des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1 tient lieu d'une autorisation, délivrée en application des mêmes dispositions, de service autonomie à domicile relevant du 1° de l'article L. 313-12-0, dont la durée court jusqu'à la date d'expiration de l'autorisation dont dispose le service à la date de publication de la présente loi :

1° Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile mentionnés à l'article D. 312-7 du code de l'action sociale et de familles ;

2° Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile mentionnés à l'article 49 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement constitués, à la date de publication de la présente loi, sous forme de conventionnement entre un service d'aide et d'accompagnement à domicile et un service de soins infirmiers à domicile ou sous la forme de groupements de coopération sociale ou médico-sociale.

Ces services restent régis, jusqu'à la publication du décret mentionné à l'article L. 313-12-0, par les dispositions réglementaires qui leur sont respectivement applicables.

A compter du 31 décembre 2021, aucune nouvelle expérimentation n'est mise en œuvre sur le fondement des dispositions de l'article 49 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015. Ces dispositions sont abrogées à compter du 1^{er} janvier 2023.

B. - A compter de la publication de la présente loi, l'autorisation des services d'aide et d'accompagnement à domicile mentionnés à l'article D. 312-6 en application des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1 tient lieu d'une autorisation, délivrée en application des mêmes dispositions, de service autonomie à domicile relevant du 2° de l'article L. 313-12-0, dont la durée court jusqu'à la date d'expiration de l'autorisation dont dispose le service à la date de publication de la présente loi.

Pour les services autorisés mais non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, l'autorisation de service autonomie à domicile ne vaut pas habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Conformément à l'article L. 313-1-2, ils sont en revanche réputés autorisés à intervenir auprès des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1 et de la prestation de compensation du handicap mentionnée à l'article L. 245-1, lorsqu'ils détiennent, à la date de publication de la présente loi, l'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-2.

Les services réputés autorisés en application du présent A se mettent en conformité avec les dispositions du cahier des charges des services autonomie à domicile dans un délai de deux ans à compter de la publication du décret mentionné à l'article L. 313-12-0.

C. – Dans un délai de deux ans à compter de la publication du décret mentionné à l'article L. 313-12-0, dans sa rédaction résultant de la présente loi, les services de soins infirmiers à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1 autorisés à la date de publication de la présente loi, demandent une autorisation comme service autonomie à domicile délivrée sur le fondement des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1.

Ces services restent régis par les dispositions qui leur sont applicables, dans leur version antérieure à la publication de la présente loi, jusqu'à ce qu'ils obtiennent une autorisation de service autonomie à domicile.

Les autorisations délivrées en application du présent B sont exonérées de la procédure d'appel à projets prévue au I de l'article L. 313-1-1.

Exposé des motifs

Depuis la concertation « Grand âge et autonomie » menée en 2018-2019 par Dominique Libault à la demande du Premier ministre, les Français ont fait valoir une nette préférence pour vieillir à domicile le plus longtemps possible. La crise sanitaire a largement confirmé ce souhait. D'après un sondage réalisé par Odoxa en mai 2021, 80 % des Français attendent des politiques de l'autonomie qu'elles favorisent le maintien à domicile.

Alors que le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie est amené à croître significativement (de 1 330 000 personnes en 2015 – au sens de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie – à 1 595 000 en 2030 et 2 040 000 en 2050 d'après les projections de la DREES), l'offre actuelle de services à domicile présente de nombreuses sources de fragilité qui ne permettent pas d'y faire face. Les modèles de financement des services se révèlent largement inadaptés, conduisant à une offre insuffisante sur le territoire et qui ne permet pas de répondre à l'ensemble des besoins. De plus, la multiplicité des catégories de services à domicile (SAAD, SSIAD, SPASAD) nuit à la coordination entre les prestations d'aide et de soins et à la compréhension de l'offre par les personnes, faisant peser une lourde charge sur elles et leurs familles, et pouvant favoriser le non-recours. De la même façon, ces difficultés se posent pour les personnes en situation de handicap et leurs familles, pour lesquelles l'accompagnement dans leur vie quotidienne à leur domicile est tout aussi essentiel.

Il est proposé, en équité sur le territoire, de consolider le financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) par l'instauration au 1er janvier 2022 d'un tarif plancher national de 22 euros par heure pour leur solvabilisation par les départements, à la fois pour les services habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale et ceux non habilités. Le coût induit par la mesure pour les départements fera globalement l'objet d'une compensation par la branche autonomie.

L'article prévoit également de faire évoluer en 2023, via la tarification, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) afin de prendre davantage en compte les besoins en soins des personnes. Enfin, s'appuyant sur la réussite du modèle des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) intégrés, dont l'expérimentation prend fin en 2021, il est proposé de prévoir la généralisation de ce modèle par la mise en place d'un financement spécifique de l'ARS permettant d'inciter à la coordination entre les prestations d'aide et de soins.

Article 33

[Création d'une mission EHPAD centre de ressources territorial]

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

1° Après l'article L. 313-12, il est inséré un article L. 313-12-1-0 ainsi rédigé :

« Art. L. 313-12-1-0. – Les établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 peuvent assurer, dans des conditions fixées par voie réglementaire, une mission de centre de ressources territorial. Ils proposent dans ce cadre, en lien avec d'autres professionnels des secteurs sanitaire et médico-social du territoire, des actions visant à :

« 1° Appuyer les professionnels du territoire intervenant auprès des personnes âgées, notamment afin de les soutenir dans l'exercice de leurs missions, d'organiser des formations ou de mettre les ressources humaines et les plateaux techniques de l'établissement à leur disposition ;

« 2° Accompagner, en articulation avec les services à domicile, les personnes âgées ne résidant pas dans l'établissement ou les aidants, afin d'améliorer la cohérence de leur parcours de santé, de prévenir leur perte d'autonomie physique, cognitive ou sociale et de favoriser leur vie à domicile. A ce titre, ils peuvent proposer une offre d'accompagnement renforcé au domicile.

« Lorsqu'ils ont une mission de centre de ressources territorial, les établissements reçoivent les financements complémentaires mentionnés à l'article L. 314-2. »

2° A la deuxième phrase du 1° du I de l'article L. 314-2, après les mots : « modalités d'accueil particulières » sont insérés les mots : « ou à la mission de centre de ressources territorial mentionnée à l'article L. 313-12-1-0 ».

Exposé des motifs

Pour poursuivre la mobilisation autour de la transformation des EHPAD, il est proposé d'étendre les missions des EHPAD pour leur permettre de partager leur expertise aux acteurs du territoire et d'accompagner le virage domiciliaire.

Le présent article propose de consacrer une nouvelle mission facultative des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de centre de ressources territorial. Deux modalités d'intervention de l'EHPAD « centre de ressource territorial » sont envisagées : une mission d'appui aux professionnels du territoire (formation

des professionnels, appui administratif et logistique, mise à disposition ponctuelle d'expertise gériatrique, de ressources spécialisées ou de plateaux techniques) et une mission d'accompagnement renforcé pour certaines personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif, en alternative à l'EHPAD. Ces nouvelles fonctions seront financées par la branche autonomie et autorisées, à raison de plusieurs EHPAD par département, par les agences régionales de santé (ARS).

Parallèlement à cette transformation, la nouvelle trajectoire financière de la branche autonomie pour ce PLFSS prévoit un accroissement du nombre de personnels médicaux et soignants dans les EHPAD dès 2022, au travers de trois mesures : le renforcement du temps de médecins coordinateurs dans les EHPAD, de façon à garantir a minima 2 jours de présence dans tous les établissements, et la généralisation des astreintes infirmières de nuit en EHPAD. Une nouvelle trajectoire de recrutement vise à permettre à chaque établissement de recruter une infirmière de plus en trois ans. D'autres mesures seront aussi proposées pour assurer le développement de structures d'appui du sanitaire au bénéfice des établissements et services du secteur médico-social avec le déploiement d'équipes mobiles de gériatrie et d'hygiène.

Article 34

[Création d'un système d'information national pour la gestion de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA)]

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

1° Au 2° de l'article L. 14-10-1, la phrase : « Elle conçoit et met en œuvre des systèmes d'information pouvant comporter l'hébergement de données de santé en lien avec le groupement public prévu à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique » est complétée par les mots : « , dont un système d'information unique pour la gestion par les conseils départementaux de la prestation mentionnée à l'article L. 232-3. » ;

2° Après l'article L. 232-21-4, il est ajouté un article ainsi rédigé :

« Art. L. 232-21-5.-Aux fins d'améliorer la connaissance et l'expertise nécessaires à l'élaboration et à la conduite de la politique de soutien à l'autonomie des personnes âgées, d'améliorer son pilotage national, de simplifier et d'améliorer la qualité du service rendu et de garantir l'égalité de traitement des personnes âgées en perte d'autonomie, il est créé un système d'information unique destiné à assurer la gestion par les conseils départementaux de la prestation mentionnée à l'article L. 232-3.

« Ce système d'information a pour finalités :

« 1° de mettre en œuvre l'ensemble des procédures nécessaires au recueil des demandes, à l'attribution, à la gestion et au contrôle de l'effectivité de cette prestation ;

« 2° de suivre et d'analyser la mise en œuvre de ces procédures, les dépenses afférentes à ladite prestation ainsi que les caractéristiques de ses bénéficiaires et leurs niveaux de ressources.

« Les conseils départementaux utilisent ce système d'information, pour la fourniture duquel la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie bénéficie d'un droit exclusif.

« Un décret détermine les catégories de données traitées et les modalités de gestion et d'utilisation de ce système d'information. »

II.-Le 2° du I entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1er janvier 2025.

Exposé des motifs

Le présent article prévoit la création d'un système d'information unique au niveau national pour la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile par les départements, qui sera fourni par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Ce système d'information unique aura pour principal objectif de contribuer au renforcement de l'égalité de traitement entre les personnes âgées partout sur le territoire, en permettant un déploiement simultané des évolutions réglementaires relatives à l'APA dans les outils de gestion de l'ensemble des départements, une harmonisation des processus de gestion, en particulier d'évaluation des besoins des personnes âgées, et l'organisation de remontées de données régulières à la CNSA lui permettant d'exercer plus efficacement son rôle de pilotage national.

Le système d'information sera interfacé avec le téléservice unique pour les demandes d'APA et d'accompagnement par les caisses de retraite, en cours de développement par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et qui contribuera à faciliter les démarches des usagers et des leurs aidants et le suivi personnalisé de leur parcours.

La conception de ce nouveau système d'information sera réalisée en association étroite avec les départements. À l'issue d'une phase pilote menée avec des départements volontaires, le déploiement au niveau national se fera de manière progressive et les départements bénéficieront d'un accompagnement de la CNSA pour la bascule vers le nouveau système d'information. Les coûts de développement du système d'information puis les coûts de maintenance seraient financés par la CNSA, sans refacturation aux départements.

CHAPITRE 3 : RENOVER LA REGULATION DES DEPENSES DE PRODUITS DE SANTE

Article 35

[Innovation numérique et accès précoce]

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

1° - A l'article L. 5121-12-1 :

a) Le II est ainsi modifié :

- au deuxième alinéa, les mots : « l'entreprise qui assure l'exploitation » sont remplacés par les mots : « le titulaire des droits d'exploitation » ;

- au troisième alinéa, la dernière phrase est supprimée ;

b) Au IV, les mots : « l'entreprise qui assure l'exploitation » sont remplacés par les mots : « le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché » ;

c) Au premier alinéa du V, les mots : « l'entreprise qui l'exploite » sont remplacés par les mots : « le titulaire des droits d'exploitation du médicament » ;

d) Le VII est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Par dérogation au précédent alinéa :

« 1° L'absence de dépôt de demande d'autorisation d'accès précoce au titre de l'article L. 5121-12 dans le délai mentionné au deuxième alinéa du II du présent article ou le refus opposé

à cette demande ne font pas obstacle au maintien d'une autorisation d'accès compassionnel, octroyée dans les conditions mentionnées au présent article, pour un patient donné et en cours ;

« 2° La mise en place d'une recherche impliquant la personne humaine à des fins commerciales dans une indication donnée ne fait pas obstacle au maintien d'un cadre de prescription compassionnelle établi au préalable dans cette même indication dans les conditions mentionnées au présent article et en cours. » ;

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

« Art. L. 5121-12-1-3.- Lorsque le recueil de données mentionné au IV de l'article L. 5121-12 et au V de l'article L. 5121-12-1 du présent code est opéré au moyen d'un outil de saisie électronique des données dédié, l'identification de l'émetteur, son authentification et la sécurisation des échanges sont assurées en utilisant le service dématérialisé utilisable par les établissements de santé ou les hôpitaux des armées mis en œuvre par l'agence en charge des systèmes d'information mentionnés à l'article L. 6113-7. » ;

3° L'article L. 5123-2 est ainsi modifié :

a) Le deuxième alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Les médicaments faisant l'objet dans une indication considérée des autorisations d'accès précoce mentionnée à l'article L. 5121-12 ou du dispositif relatif aux continuités des traitements initiés à ce titre en application de l'article L. 162-16-5-4 du code de la sécurité sociale, des autorisations ou cadres de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L. 5121-12-1 du présent code ou du dispositif relatif aux continuités des traitements initiés à ce titre en application du VI de l'article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale, les médicaments faisant l'objet d'une autorisation de médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement mentionnés au 17° de l'article L. 5121-1 ainsi que ceux bénéficiant d'une autorisation d'importation délivrée en application de l'article L. 5124-13 dans le cadre d'une rupture de stock, d'un risque de rupture ou d'un arrêt de commercialisation peuvent être achetés, fournis, pris en charge et utilisés par les collectivités publiques sans figurer sur la liste mentionnée au premier alinéa du présent article. » ;

b) La dernière phrase de l'avant-dernier alinéa est complétée par les mots : « ainsi qu'aux médicaments inscrits, au titre de leur autorisation de mise sur le marché, sur la liste mentionnée au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique » ;

4°) A la première phrase du deuxième alinéa du 1° de l'article L. 5126-6, les mots placés entre le mot : « autorisation » et les mots : « sont réputés » sont remplacés par les mots : « d'accès précoce mentionnée à l'article L. 5121-12 ou qui bénéficient du dispositif relatif aux continuités des traitements initiés à ce titre en application de l'article L. 162-16-5-4 du code de la sécurité sociale, d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L. 5121-12-1 du présent code ou qui bénéficient du dispositif relatif aux continuités des traitements initiés à ce titre en application du VI de l'article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale » ;

5°) A l'article L. 5422-3, les mots placés entre le mot : « médicament » et les mots : « est punie » sont remplacés par les mots : « mentionné au 1° du II de l'article L. 5121-12 bénéficiant d'une autorisation d'accès précoce au titre de cet article ou d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L. 5121-12-1, pour la ou les indications autorisées ou encadrées, » ;

6°) Au 7° de l'article L. 5422-18, les mots suivant le mot : « médicament » sont remplacés par les mots : « mentionné au 1° du II de l'article L. 5121-12 bénéficiant d'une autorisation d'accès précoce au titre de cet article ou pour un médicament bénéficiant d'une autorisation

ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L. 5121-12-1, pour la ou les indications autorisées ou encadrées ».

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

1°) A l'article L. 162-16-5, les trois premières phrases du premier alinéa du I sont remplacées par une phrase ainsi rédigée : « Le prix de cession au public des spécialités mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 162-17, majoré le cas échéant du montant de la taxe sur la valeur ajoutée et d'une marge dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités, est fixé par convention entre l'entreprise exploitant la spécialité, l'entreprise titulaire de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9 du code de la santé publique, l'entreprise assurant l'importation parallèle de la spécialité ou l'entreprise assurant la distribution parallèle de la spécialité et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 du présent code ou, à défaut, par décision du comité, sauf opposition conjointe des ministres concernés qui arrêtent dans ce cas le prix dans un délai de quinze jours après la décision du comité.» ;

2°) L'article L. 162-16-5-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du V, après les mots : « au I » sont insérés les mots : « ou au VI » ;

b) Le premier alinéa du VI est complété par les mots : « et sans préjudice des dispositions mentionnées au V » ;

3°) A l'article L. 162-16-5-4 :

a) Après le I bis il est inséré un I ter ainsi rédigé :

« I ter.- Lorsque la spécialité qui a bénéficié de la prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 n'est inscrite sur aucune des listes mentionnées au 1° du I bis dans l'indication considérée, pendant la durée mentionnée au 2° du I, les dernières conditions de prescription et de dispensation de l'accès précoce sont maintenues. »

b) Le II est ainsi modifié :

- Au premier alinéa, les mots : « le Comité économique des produits de santé peut prononcer à l'encontre du laboratoire exploitant selon les modalités prévues aux onzième à avant-dernier alinéas de l'article L. 162-17-4, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat » sont remplacés par les mots : « les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après que le laboratoire exploitant a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à sa charge » ;

b) Il est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

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

Les modalités d'application du présent II sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

4°) Après l'article L. 162-16-5-4 il est inséré un article L. 162-16-5-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-16-5-5.- Les médicaments disposant d'une autorisation de médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement mentionnés au 17° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique font l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie. Elle s'effectue sur une base forfaitaire annuelle par patient définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale suivant des modalités précisées par décret en Conseil d'Etat. » ;

5°) Au II de l'article L. 162-23, la référence : « 6° » est remplacée par la référence : « 5° » ;

6°) L'article L. 162-23-4 est ainsi modifié :

a) Le 5° du I est supprimé ;

b) Le 6° du I devient le 5° du I ;

c) Au neuvième alinéa, les mots : « aux 4° à 6° » sont remplacés par les mots : « aux 4° et 5° » ;

7°) L'article L.162-23-6 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, les mots : « Ces remboursements peuvent être minorés par l'application d'un coefficient, de manière à concourir au respect de ce montant. » sont supprimés ;

b) Le troisième alinéa est supprimé ;

8°) L'article L. 165-1-1 est ainsi modifié :

a) Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le niveau de prise en charge du produit de santé et de la prestation associée est notamment fixé au regard d'un ou plusieurs des critères mentionnés à l'article L. 165-2. » ;

b) L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'exploitant du produit de santé s'engage à déposer une demande d'inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1 dans un délai maximal d'un an après la fin de l'étude prévue au I. De plus, l'exploitant s'engage à mener à bien l'étude prévue au I, sauf si un risque pour la sécurité des patients est avéré ou en cas d'arrêt anticipé pour efficacité ou futilité. En cas de manquement à ces obligations, ou en cas de retrait de la demande d'inscription susmentionnée, sauf dans le cas où, sans que la responsabilité du laboratoire ne soit en cause, les résultats de l'étude ne permettent manifestement pas d'envisager une issue favorable à une demande d'inscription, les ministres peuvent prononcer à l'encontre de l'entreprise concernée, après que cette dernière a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à laquelle s'appliquent les dispositions du troisième alinéa du V de l'article L. 165-3-3. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 30 % du montant hors taxes perçu en France par l'entreprise au titre du forfait mentionné au I [pour sa part relative au dispositif médical]. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté. » ;

9°) Le II de l'article L. 165-1-6 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « le Comité économique des produits de santé peut » sont remplacés par les mots : « les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent » et les mots : « à laquelle s'appliquent les dispositions du troisième alinéa du V de l'article L. 165-3-3 » par les mots : « à sa charge » ;

b) Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

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

10°) Après l'article L. 165-1-9 créé par la présente Loi, il est inséré un article L. 165-1-10 ainsi rédigé :

« Art. L. 165-1-10.- Un exploitant peut, en vue d'une inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du dispositif médical ou à l'article L. 165-1-9 et pour une indication particulière, pour un dispositif médical numérique, et le cas échéant un dispositif médical de collecte associé lorsqu'il n'est ni implantable, ni invasif et sans visée thérapeutique, dès lors que ceux-ci disposent du marquage CE dans l'indication revendiquée, ainsi que, le cas

échéant des activités de télésurveillance réalisées par une organisation de télésurveillance au sens de l'article L. 162-48 du code de la sécurité sociale, faire une demande de prise en charge transitoire limitée à un an non renouvelable par l'assurance maladie dénommée « prise en charge anticipée du numérique en santé ». Il revendique un impact clinique ou un impact organisationnel.

« Un dispositif médical numérique concerne tout service ou outil numérique à visée thérapeutique ou de télésurveillance à usage individuel.

« Cette prise en charge dans une indication précise est décidée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la commission mentionnée à l'article L. 165-1, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat, lorsque les critères suivants sont remplis :

« 1° Il est présumé innovant, au regard notamment de son bénéfice clinique ou organisationnel potentiel d'après les premières données disponibles et au regard d'un éventuel comparateur pertinent ; ,

Si l'exploitant revendique un bénéfice clinique, ce bénéfice potentiel sera argumenté au vu des premières données cliniques disponibles, mettant en évidence une efficacité cliniquement pertinente et un effet important au regard desquels les effets indésirables sont acceptables ;

S'il revendique un bénéfice organisationnel, ce dernier doit être fortement présumé au regard de la preuve d'effets positifs apportée ;

« 2° Il garantit la conformité à la réglementation relative à la protection des données personnelles ainsi qu'aux référentiels de sécurité et d'interopérabilité prévus à l'article L1470-5 du code de la santé publique;

« 3° Le dispositif médical numérique permet d'exporter les données traitées dans des formats interopérables appropriés et qu'elles soient utilisables dans le contexte des soins. En outre, il doit utiliser des interfaces interopérables s'il est prévu que le dispositif échange des données avec des dispositifs médicaux dits de collecte utilisés par l'assuré récoltant et transmettant des valeurs vitales.

« II.- La prise en charge prévue au I dans une indication considérée ne peut être concomitante avec un autre mode de prise en charge prévu aux articles L. 165-1, L. 165-1-1, L. 165-1-5, L. 165-1-9, L. 165-11, L. 162-22-7 du présent code.

« III.- Pour chaque indication considérée individuellement, la prise en charge anticipée mentionnée au I cesse lorsque l'un des événements suivants intervient:

« 1° Aucune demande d'inscription n'a été déposée, pour l'indication considérée, sur l'une des listes mentionnées aux articles L. 165-1 et L. 165-1-9 dans des délais respectifs de six mois et neuf mois à compter de la décision de prise en charge transitoire mentionnée au I;

« 2° Une décision relative à l'inscription ou au refus d'inscription de cette indication sur l'une des listes mentionnées au 1° est prise et, dans les cas où un tel avis est prévu, l'avis de fixation du tarif de responsabilité est publié ;

« 3° Le dispositif numérique ou de collecte associé font l'objet d'un retrait du marquage " CE " dans l'indication considérée.

« IV.- Le montant de la compensation financière pour la prise en charge prévue au I est fixé par arrêté des ministres compétents selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

« V.- La prise en charge prévue au I implique l'engagement de l'exploitant du dispositif médical numérique de :

« 1° Déposer une demande d'inscription sur l'une des listes mentionnées au 1° du III dans les délais mentionnés au même 1° du III ;

« 2° Permettre d'assurer la continuité des traitements initiés :

« a) Pendant la durée de la prise en charge anticipée ;

« b) Et pendant une durée d'au moins six mois à compter, pour l'indication considérée, de l'arrêt de la prise en charge anticipée prévue au I.

« Ces dispositions ne s'appliquent pas si le dispositif médical numérique ou le dispositif de collecte associé, pour l'indication concernée, fait l'objet d'un arrêt de commercialisation pour des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients. Le délai de six mois mentionné au 2° du présent V est ramené à quarante-cinq jours lorsque l'indication concernée fait l'objet d'un refus de prise en charge au titre de l'une des listes prévues aux articles L. 165-1 et L. 165-1-9.

« Durant la période de continuité de traitement postérieure à la prise en charge prévue au I, le cas échéant interrompue, les conditions de prise en charge suivantes s'appliquent :

« - celles prévues au titre des listes mentionnées aux articles L. 165-1 ou L. 165-1-9 en cas d'inscription sur l'une de celles-ci ;

« - celles prévues au IV dans le cas contraire.

« VI.- En cas de manquement aux obligations de continuité des traitements définies au V du présent article, les ministres peuvent prononcer à l'encontre de l'exploitant concerné, après que ce dernier a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à sa charge. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre du dispositif médical numérique mentionné au I, durant les vingt-quatre mois précédant la constatation du manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté.

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

« VII. - Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat. ».

Exposé des motifs

En juin 2021, le Président de la République a présenté les mesures issues du Conseil stratégique des industries de santé (CSIS). Cet article s'inscrit dans la lignée de l'ensemble des mesures récentes prises en faveur de l'accès des patients à l'innovation en matière de produits de santé, en ciblant notamment les dispositifs médicaux numériques.

Ces dispositifs ont des caractéristiques particulières nécessitant d'adapter certains mécanismes permettant l'accès au remboursement. En effet, la démonstration de la valeur ajoutée du produit pour le système de soins doit être apportée mais il convient d'accompagner la période de l'évaluation de cette valeur ajoutée en prévoyant un système de financement anticipé à une prise en charge de droit commun : celle-ci permettra donc d'accélérer l'accès aux innovations numériques présumées dans l'attente de leur évaluation par la Haute Autorité de santé et de garantir un niveau de financement des entreprises commercialisant ces dispositifs dans l'attente d'un financement pérenne.

Par ailleurs, les quelques années de recul sur le forfait innovation, dispositif dérogatoire permettant la prise en charge de dispositifs ou actes innovants conditionnée à la réalisation d'une étude clinique ou médico-économique, ont soulevé plusieurs questions portant sur les modalités de fixation du montant du forfait ainsi que les engagements des entreprises au regard de leurs futures stratégies commerciales.

Enfin, pour le médicament, il s'agit d'une part de compléter la réforme de l'accès précoce instaurée par la LFSS pour 2021 au regard des concertations menées en 2021 lors du travail sur les textes d'application et de sa mise en œuvre à partir du mois de juillet, et d'autre part de prévoir un système de prise en charge spécifique aux médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement pour une personne, dont l'autorisation est donnée par l'Agence nationale de sécurité du médicaments et des produits de santé, et dont les coûts de production peuvent être conséquents pour un établissement de santé, et enfin de revoir la procédure de fixation de prix des médicaments lorsqu'ils peuvent être dispensés par les pharmacies à usage intérieur autorisées.

La mesure supprime le coefficient minorateur prévu à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité visant à établir un mécanisme prudentiel sur le remboursement des spécialités pharmaceutiques aux établissements exerçant des activités de soins de suite et de réadaptation. Son application réelle était prévue en janvier 2022 lors du basculement dans le nouveau modèle de financement.

Article 36

[Remises unilatérales médicaments et évolutions relatives à l'inscription de certains dispositifs médicaux]

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

I. – A l'article L. 162-18, les mots : « ou prises en charge au titre de l'article L. 162-17-2-1, » sont supprimés ;

II. – Après l'article L. 162-18, il est créé un article L. 162-18-1 ainsi rédigé :

« I. Pour toute spécialité pharmaceutique :

« 1° inscrite, au moins pour l'une de ses indications, sur la liste prévue à l'article L.162-22-7 ;

« 2° susceptible d'être utilisée en association, concomitamment ou séquentiellement, avec d'autres spécialités pharmaceutiques qui bénéficient, pour cette ou ces indications en association, soit d'une autorisation de mise sur le marché et d'une inscription sur l'une des listes prévues aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, soit d'un accès précoce au titre de l'article L. 5121-12 ;

« 3° ne disposant, pour cette ou ces indications en association, ni d'une autorisation de mise sur le marché, ni d'un accès précoce au titre de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, ni d'un accès compassionnel au titre de l'article L. 5121-12-1 du même code,

« Le 15 février de chaque année, l'entreprise assurant l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle de la spécialité remplissant les critères précités, informe le comité économique des produits de santé du chiffre d'affaires correspondant à cette spécialité, au titre de l'année civile précédente.

« II. - A. – Par dérogation à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, les spécialités pharmaceutiques répondant aux critères mentionnés au I, lorsqu'elles sont dispensées aux

patients dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 ou les hôpitaux des armées dans une indication remplissant les conditions prévues aux 2° et 3° du même I, peuvent être prises en charge, sur présentation des factures, par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° du même article.

« La prise en charge au titre de cette utilisation est conditionnée à la transmission, lors de la facturation, de l'information qu'il s'agit d'une utilisation dans le cadre défini au I.

« B. – La prise en charge prévue au A est subordonnée au versement obligatoire de remises par les entreprises qui exploitent ces spécialités, qui assurent leur importation parallèle ou qui assurent leur distribution parallèle. Ces remises sont reversées chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Elles sont calculées sur la base du chiffre d'affaires hors taxes facturé aux établissements de santé, au titre des indications en association remplissant les conditions prévues aux 2° et 3° du I et de la période considérées.

« Les taux de ces remises sont définis selon un barème progressif par tranche de chiffre d'affaires, fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Ces remises sont cumulables avec les remises conventionnelles le cas échéant dues au titre de l'article L. 162-18 sur la même partie de chiffre d'affaires dans la limite d'un seuil fixé par décret.

« Pour l'application des deux premiers alinéas du présent B, le chiffre d'affaires facturé au titre des indications en association remplissant les conditions prévues aux 2° et 3° du I est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour cette spécialité par la part d'utilisation de la spécialité dans l'ensemble des indications considérées.

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

III. – Au premier alinéa de l'article L. 162-22-7, après les mots : « la prise en charge des médicaments » sont ajoutés les mots : « et des produits et prestations » ;

IV. – Le III de l'article L. 165-11 est complété par les mots : «, sauf lorsque ces produits ont été évalués par cette même Commission au titre d'une demande d'inscription ou de renouvellement d'inscription sur la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 et que le dernier avis rendu à ce titre, dont l'ancienneté ne dépasse pas la durée d'inscription qu'il préconise pour le produit concerné, conclut à un service attendu ou rendu suffisant. ».

Exposé des motifs

L'analyse du recours aux produits de santé de la liste en sus montre que dans près de 20 % des cas, les indications sous-jacentes ne sont pas inscrites dans le référentiel de prise en charge. Ces utilisations ont un impact significatif sur le budget de l'assurance maladie : elles représentent entre 600 et 700 M€ sur le médicament au regard des données de codage disponible et une estimation à plus d'un milliard d'euros en projetant ce taux sur les dépenses de dispositifs médicaux en sus des médicaments.

En particulier, certains laboratoires bénéficient de développements réalisés par leurs concurrents dans des indications données, lorsque leur produit est utilisé en association. Une autorisation de mise sur le marché est alors délivrée, mais au concurrent, et le premier laboratoire bénéficie alors de ventes supplémentaires de son produit, sans que les conditions de son prix ne soient revues. Ces utilisations, qui sont encadrées par l'AMM du concurrent

sur le plan sanitaire, ne sont donc pas encadrées financièrement. La mesure propose de procéder à cet encadrement.

S'agissant des dispositifs médicaux, les deux inscriptions relatives au recours encadré à l'hôpital pourraient être simplifiées et précisées. D'une part, pour l'inscription sur la liste dite « intra-GHS » prévue à l'article L. 165-11 du code de la sécurité sociale, il s'agirait de pouvoir prendre la décision sur un avis de la Haute Autorité de la santé (HAS) existant dès lors qu'il est suffisamment récent plutôt de qu'en exiger un nouveau. D'autre part, pour l'inscription sur la liste en sus prévue à l'article L. 162-22-7, de la même façon que pour les médicaments actuellement, les critères d'éligibilité étant liés à une évaluation donnée, donc une indication précise, et s'agissant de produits onéreux, il conviendrait en toute cohérence de prévoir que l'inscription, et en corollaire la facturation, se font par indication.

Article 37

[Production en urgence de médicaments critiques et règles relatives aux préparations pharmaceutiques]

I.- L'article L. 5121-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le 1° est modifié comme suit :

a) Le mot « disponible » est remplacé par les mots : « effectivement commercialisée ou disponible » ;

b) Il est complété par une alinéa ainsi rédigée :

« Lorsque la préparation magistrale est à base de microbiote fécal, elle peut être préparée et dispensée par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dès lors qu'il n'existe pas de spécialité pharmaceutique effectivement commercialisée, disponible ou adaptée disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'une des autorisations ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-9-1, L. 5121-12 et L. 5121-12-1, d'une autorisation d'importation parallèle ou d'une autorisation d'importation délivrée à un établissement pharmaceutique dans le cadre d'une rupture de stock d'un médicament. » ;

2° Au 2° les mots : « disponible ou adaptée » sont remplacés par les mots : « effectivement commercialisée, disponible ou adaptée ».

3° Le 4° est ainsi rétabli :

« 4° Préparation spéciale, toute préparation mentionnée au 1° ou au 2° du présent article, sur autorisation résultant :

a) Soit d'une décision du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en cas de rupture de stock d'un médicament définie à l'article R. 5124-49-1 ;

b) Soit d'un arrêté du ministre chargé de la santé en cas de menace sanitaire grave appelant des mesures d'urgence prévu à l'article L. 3131-1.

« Dans les deux cas, seuls les établissements de santé habilités par le ministère de la santé dans des conditions définies par décret peuvent réaliser ces préparations spéciales.

« L'autorisation mentionnée au premier alinéa précise les modalités de réalisation des préparations spéciales, notamment dans le temps, dans le respect des bonnes pratiques prévues à l'article L. 5121-5 du code de la santé publique. »

II. - L'article L. 5121-21 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Avant le premier alinéa, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« I. Pour l'application au service de santé des armées de l'article L. 5121-1 :

« 1° Les hôpitaux des armées sont regardés comme des établissements de santé.

« 2° La pharmacie centrale des armées peut être habilitée par arrêté du ministre chargé de la santé à réaliser les préparations spéciales mentionnées au 4°. » ;

2° Avant les mots : « Les dispositions du présent titre » est inséré un II.

Exposé des motifs

Lors de la crise, les établissements publics se sont mobilisés avec des sous-traitants privés pour produire en urgence des médicaments critiques (cisatracurium, atracurium) en appui des actions engagées par ailleurs. Deux difficultés restent cependant à lever afin de faciliter une telle démarche : prévoir l'autorisation d'une telle production normalement limitée à des produits pour lesquelles les fournisseurs ne prévoient pas de mise sur le marché, et identifier un modèle économique qui sécurise les établissements de santé au-delà du seul remboursement entre établissements des préparations hospitalières.

L'article propose donc de lever ces deux difficultés :

- En créant un statut de « préparations spéciales » afin d'avoir recours aux pharmacies à usage intérieur des établissements de santé. Ces préparations spéciales auront pour objectif de répondre à des enjeux de tension, rupture ou crise sanitaire dans un périmètre défini par l'autorisation spéciale du ministre chargé de la santé ou du directeur général de l'ANSM.;
- En identifiant le niveau de financement incitatif à associer pour qu'un réseau de pharmacie à usage intérieure (PUI) mette en place une activité de recherche et développement et production dans des conditions validées d'une volumétrie minimale de ces MITM, à risque très élevé de ruptures sur le territoire, afin de pouvoir transposer la production à des façonniers en sous-traitance (scale up).

L'article adapte également le cadre des préparations magistrales et pharmaceutiques, en clarifiant les conditions de recours aux préparations hospitalières. Il sécurise par ailleurs le maintien du recours aux préparations magistrales dans le domaine de la transplantation de microbiote fécal.

Article 38

[Accès direct au marché remboursé post avis HAS]

I. – A titre expérimental, les entreprises exploitant des spécialités pharmaceutiques ne faisant pas l'objet, pour une indication particulière, d'une autorisation d'accès précoce mentionnée à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique mais disposant d'une autorisation de mise sur le marché dans cette indication sans qu'elles ne soient déjà inscrites sur l'une des listes mentionnées à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 5123-2 du code

de la santé publique ou prises en charge au titre de l'un des articles L.162-16-5-1 et L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale ou du présent article pour d'autres indications, peuvent bénéficier d'une prise en charge d'une durée maximale d'un an par l'assurance maladie dans certains établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, dans certains établissements de santé disposant d'une pharmacie à usage intérieur ou dans certains hôpitaux des armées dans le cadre du dispositif dit « d'accès direct », dans les conditions et selon les modalités mentionnées au présent article. La prise en charge est décidée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

II. – L'accès direct défini au présent article régit la prise en charge, à titre exceptionnel, de certaines spécialités mentionnées au I, dans des indications thérapeutiques précises, lorsque les conditions suivantes sont réunies :

1° La demande de prise en charge au titre de l'accès direct est déposée par l'exploitant auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale au plus tard un mois après la publication de l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique rendu au titre de la demande d'inscription sur l'une des listes mentionnées à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique dans la ou les indications considérées et au plus tard deux ans après le début de l'expérimentation dont la date est fixée par décret ;

2° Dans le cas où la spécialité relève de la réserve hospitalière, celle-ci remplit les critères d'éligibilité à l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale pour la ou les indications considérées. Une demande d'inscription sur cette liste est adressée aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale concomitamment à la demande mentionnée au 1° ;

3° Le niveau de service médical rendu de la spécialité dans la ou les indications considérées, apprécié par cette commission dans l'avis mentionné au 1° est majeur ou important ;

4° Le niveau d'amélioration du service médical rendu de la spécialité dans la ou les indications considérées, apprécié par cette commission dans l'avis mentionné au 1° est majeur, important, modéré ou mineur ;

5° L'exploitant s'engage à permettre d'assurer les continuités de traitement des patients initiés pendant le dispositif d'accès direct pendant toute la durée de cet accès ainsi que pendant une durée minimale d'un an à compter de l'arrêt de la prise en charge au titre de ce dispositif, sauf si la spécialité, pour l'indication concernée, fait l'objet d'un arrêt de commercialisation pour des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients.

III. – Une compensation est accordée à l'entreprise exploitant la spécialité pour sa mise à disposition dans le cadre de l'accès direct pour la ou les indications considérées.

La compensation des spécialités prises en charge au titre du dispositif d'accès direct diffère selon des catégories de spécialités, définies en fonction de la nature des spécialités, de la taille de la population cible et de l'existence de comparateurs pour la ou les indications considérées, ainsi que du niveau d'amélioration du service médical rendu mentionné au 4° du II. Ces catégories et les compensations associées sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

IV. – Lorsque la spécialité bénéficie du dispositif d'accès direct pour une indication donnée :

1° L'exploitant de la spécialité déclare au Comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame, le cas échéant, aux établissements de santé pour la spécialité. Le comité rend publiques ces déclarations ;

2° Le 15 février de chaque année, l'exploitant de la spécialité informe le comité du chiffre d'affaires correspondant à cette spécialité ainsi que du nombre d'unités fournies, pour chacune des indications concernées, au titre de l'année civile précédente, pendant le dispositif d'accès direct ;

3° L'entreprise exploitant la spécialité reverse chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre le chiffre d'affaires mentionné au 2° et le montant qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues et utilisées dans le cadre de la même indication selon la compensation accordée mentionnée au III au titre de la même période. Le chiffre d'affaires facturé au titre de l'indication est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour cette spécialité par la part d'utilisation de la spécialité dans l'indication considérée ;

4° Aucune inscription de la spécialité sur les listes mentionnées au 1° du II ne peut avoir lieu avant celle au titre de l'indication considérée ;

5° Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, la spécialité peut être achetée, fournie, prise en charge et utilisée par les collectivités publiques sans figurer sur la liste mentionnée à cet alinéa ;

6° Lorsque la spécialité n'est pas classée dans la catégorie des médicaments réservés à l'usage hospitalier, elle est réputée inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 5126-6 du même code ;

7° Le prescripteur porte sur l'ordonnance la mention : "Prescription au titre du dispositif d'accès direct" et informe le patient des conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, de la spécialité prescrite.

V. – A.- Pour chaque indication considérée, la prise en charge mentionnée au I du présent article prend fin lorsque cette indication est inscrite, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, que l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié et au plus tard un an après la décision de prise en charge au titre de l'accès direct mentionnée au I.

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

1° En cas de refus d'inscription de cette indication, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au A du présent II lorsque cette décision intervient moins d'un an après la décision de prise en charge au titre de l'accès direct mentionnée au I ;

2° En cas de demande de l'exploitant ;

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

VI. – A. - Lorsqu'une spécialité pharmaceutique ayant fait l'objet d'une prise en charge pour une indication donnée au titre du dispositif d'accès direct est inscrite au remboursement pour cette indication, la convention ou la décision qui fixe le prix net de référence en application du C du présent VI détermine également le montant de la remise supplémentaire définies selon les modalités suivantes.

Le Comité économique des produits de santé calcule, après que le laboratoire a été mis à même de présenter ses observations :

1° Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au titre de l'indication considérée, prises en charge au titre du dispositif d'accès direct au prix net de référence sur l'ensemble de la période considérée de prise en charge ;

2° Le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé après déduction de la remise prévue au 3° du IV du présent article au titre de l'indication considérée et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée sur l'ensemble de la période considérée de prise en charge.

Si le montant mentionné au 1° du présent A est inférieur à celui mentionné au 2°, le laboratoire verse une remise supplémentaire aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, égale à la différence entre ces deux montants.

B. - Pour chaque indication considérée, l'intégralité des remises dues au titre du A est versée en une seule fois. Ces remises sont versées au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu.

C.- Les conventions conclues au titre des spécialités bénéficiant, pour l'une de leurs indications, du dispositif d'accès direct prévu au présent article n'incluent que des remises portant sur les unités vendues à compter de la signature de la convention. Elles incluent également des prévisions relatives aux volumes de vente, le cas échéant indication par indication, pour les trois prochaines années.

Sur la base de ces éléments et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, le Comité économique des produits de santé fixe un prix net de référence pour chaque spécialité. Ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées aux I et II de l'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale, qui pourraient être dues au titre de la prochaine année, du prix ou du tarif de remboursement mentionnés aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6.

Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application du deuxième alinéa du présent IV.

A défaut de convention ou de décision prévoyant des remises, le prix ou tarif de remboursement tient lieu de prix net de référence.

VII. – Les A et B du VI du présent article sont également applicables lorsque, pour une indication thérapeutique, la prise en charge au titre de l'accès direct prend fin ou lorsqu'il y est mis fin sans que soit mis en place un remboursement pour cette indication.

Dans ce cas, pour l'application des A et B du VI, le Comité économique des produits de santé peut retenir un prix de référence en fonction des critères de fixation et de modification des prix et tarifs prévus aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 et L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale.

VIII. – Les deux derniers alinéas du II de l'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale sont applicables aux spécialités bénéficiant du dispositif d'accès direct au titre du présent article.

IX. – A. - Durant la période de continuité de traitement postérieure à la prise en charge au titre de l'accès direct :

1° Lorsque la spécialité pharmaceutique qui a bénéficié de cette prise en charge est inscrite sur l'une des listes mentionnées à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique dans l'indication considérée, les conditions de dispensation et de prise en charge au titre de l'inscription sur ces listes s'appliquent ;

2° Lorsque la spécialité qui a bénéficié de cette prise en charge n'est inscrite sur aucune des listes mentionnées au 1° du présent I bis dans l'indication considérée, les dernières conditions de dispensation sont maintenues.

Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, la spécialité peut être achetée, fournie, et utilisée par les collectivités publiques sans figurer sur la liste mentionnée à cet alinéa.

Lorsque la spécialité n'est pas classée dans la catégorie des médicaments réservés à l'usage hospitalier, elle est réputée inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 5126-6 du même code.

B. - En cas de manquement à l'engagement de l'exploitant relatif aux continuités de traitement, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après que l'exploitant a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à sa charge. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre de la spécialité mentionnée au I du présent article, durant les vingt-quatre mois précédant la constatation du manquement.

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

X. – Pendant la durée de l'expérimentation, toute demande d'inscription sur les listes mentionnées à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique dans une indication donnée pour une spécialité mentionnée au I, lorsque l'exploitant revendique une amélioration du service médical rendu de sa spécialité dans l'indication considérée de niveau majeur, important, modéré ou mineur, vaut demande d'autorisation d'accès précoce au titre de l'article L. 5121-12 du même code.

XI. – La durée de l'expérimentation ne peut excéder quatre ans.

XII. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.

XIII. – Dans un délai de vingt-et-un mois après le début de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport portant sur le dispositif d'accès direct. Ce rapport présente, en particulier, les demandes déposées pour bénéficier du dispositif et leurs caractéristiques notamment les évaluations de la Haute Autorité de santé relatives aux comparateurs, à l'amélioration du service médical rendu ainsi que leur population cible, les aires thérapeutiques visées et leur gravité ou rareté le cas échéant, l'évolution parallèle du nombre de dépôts de demandes d'autorisations d'accès précoce au titre de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique et leur temporalité, la durée des accès directs, le nombre de patients traités pendant cet accès anticipé, les dépenses engagées au titre de cet accès, le passage ou non dans le remboursement de droit commun, les modalités et les conditions tarifaires de cet éventuel passage dans le droit commun, notamment au regard de spécialités comparables n'ayant pas bénéficié du dispositif. Le rapport étudie la pertinence d'une pérennisation du dispositif au terme de l'expérimentation au regard des éléments précités.

Exposé des motifs

En France, un médicament est pris en charge par l'assurance maladie pour une indication donnée lorsqu'il est inscrit sur une des listes de remboursement, en ville ou à l'hôpital pour cette indication. Cette inscription intervient une fois que le produit dispose

d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans l'indication et que l'entreprise exploitante a déposé une demande de remboursement : le produit est alors évalué dans l'indication par la Haute Autorité de santé, et une négociation tarifaire a ensuite lieu entre le Comité économique des produits de santé et l'exploitant. Le délai de cette procédure est fixé à 180 jours. Ce délai est respecté en moyenne, mais dans certaines situations, il peut être allongé du fait par exemple de positions divergentes de négociation entre les deux parties.

De façon à anticiper l'accès aux médicaments pour les patients dont le besoin thérapeutique est caractérisé, dans des maladies graves, rares ou invalidantes, la France a mis en place dans les années 90 un dispositif dit « d'autorisation temporaire d'utilisation » pour permettre un accès et une prise en charge, dans un cadre sécurisé, de certains médicaments, avant même qu'ils ne disposent de leur AMM. Ce dispositif a évolué au fil des ans et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a procédé à une refonte totale du système, de façon à simplifier les demandes, harmoniser les procédures, garantir un accès immédiat des patients aux traitements et une prise en charge rapide pour ces médicaments tout en assurant la soutenabilité financière du dispositif pour l'Assurance maladie. Le nouveau dispositif d'accès précoce est rentré en vigueur au 1er juillet 2021 et, en deux mois, une douzaine de demandes de rendez-vous pré-dépôts ont été déposés, ainsi qu'une dizaine de dossiers, démontrant ainsi l'intérêt de la réforme et du nouveau dispositif.

Cependant, les critères d'accès sont sélectifs et certains produits, lorsqu'il existe des comparateurs, que la maladie n'est pas rare ou grave, ou que le produit n'est pas présumé innovant, ne sont pas éligibles à l'accès précoce. Ainsi, la présente mesure propose d'expérimenter un dispositif de prise en charge pour certains de ces produits, en particulier lorsqu'ils apportent une amélioration du service médical rendu avec un service médical rendu important, en amont du remboursement de droit commun, afin de permettre un accès plus rapide des patients aux traitements et des industriels au marché remboursé.

Article 39

[Recours aux médicaments biosimilaires]

I. – Après l'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique, il est rétabli un article L. 5125-23-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 5125-23-3.- Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 5125-23, le pharmacien peut délivrer, par substitution au médicament biologique prescrit, un médicament biologique similaire lorsque les conditions suivantes sont remplies :

« 1° Le médicament biologique similaire délivré appartient au même groupe biologique similaire mentionné au b du 15° de l'article L. 5121-1 ;

« 2° Ce groupe biologique similaire figure sur une liste, accompagnée le cas échéant de conditions de substitution et d'information du prescripteur et du patient à l'occasion de cette substitution de nature à assurer la continuité du traitement avec le même médicament, fixée par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;

« 3° Lorsqu'elles existent, les conditions mentionnées au 2° peuvent être respectées ;

« 4° Le prescripteur n'a pas exclu la possibilité de cette substitution ;

« 5° Si le médicament prescrit figure sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, cette substitution s'effectue dans les conditions prévues à l'article L. 162-16 du même code.

« Lorsque le pharmacien délivre par substitution au médicament biologique prescrit un médicament biologique similaire du même groupe, il inscrit le nom du médicament qu'il a délivré sur l'ordonnance et informe le prescripteur de cette substitution.

« Lorsqu'un grand conditionnement est disponible pour la forme biologique similaire du médicament et que le traitement en est prescrit pour une durée d'au moins trois mois, y compris par renouvellement multiple d'un traitement mensuel, le pharmacien délivre un grand conditionnement. ».

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

1° Après le IV de l'article L. 162-16, il est rétabli un V ainsi rédigé :

« V.- Lorsque le pharmacien d'officine délivre, en application de l'article L. 5125-23-3 du code de la santé publique, une spécialité figurant sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 autre que celle qui a été prescrite, cette substitution ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie supérieure à la dépense qu'aurait entraînée la délivrance du médicament biologique similaire le plus cher du même groupe. » ;

2° Le 5° de l'article L. 162-16-1 est complété par les mots : « et biologiques similaires » ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 162-16-7, après les mots : « code de la santé publique » sont insérés les mots : « ou de médicaments biologiques similaires figurant dans un groupe biologique similaire prévu au b du 15° du même article pour lequel la substitution est autorisée en application de l'article L. 5125-23-3 du même code ».

Exposé des motifs

Les médicaments biosimilaires représentent au même titre que les médicaments génériques une source d'économies pour l'assurance maladie. Différents dispositifs incitatifs ont ainsi été mis en œuvre ces dernières années afin de promouvoir le recours à ce type de produits. Néanmoins, il demeure des marges de progression importantes afin d'atteindre l'objectif fixé de 80% de pénétration des médicaments biosimilaires.

L'autorisation de la substitution par le pharmacien en initiation de traitement d'un médicament biologique par son biosimilaire avait été permise par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014 mais n'a pu être mise en œuvre au regard des recommandations de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, de leur difficulté de mise en œuvre technique, des positions réservées des prescripteurs et patients ainsi que du choix de mettre en place dans un premier temps des dispositifs d'incitation construits autour des prescripteurs. C'est pourquoi la LFSS pour 2020 a abrogé cette possibilité de substitution. Au regard des données disponibles sur les biosimilaires et des nouvelles recommandations de l'Agence, il est proposé d'élargir le rôle des pharmaciens en proposant un nouveau cadre d'exercice relatif à la substitution de certains groupes biosimilaires.

Article 40

[Tarification des médicaments et critère industriel]

I.- Le premier alinéa de l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elle peut également tenir compte de l'implantation des sites de production, ayant pour finalité d'améliorer la sécurité d'approvisionnement du marché français. » ;

II.- Le premier alinéa de l'article L. 165-2 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Pour les produits ou prestations inscrits sous forme de nom de marque ou de nom commercial, la fixation de ce prix peut également tenir compte de l'implantation des sites de production, ayant pour finalité d'améliorer la sécurité d'approvisionnement du marché français. » ;

Exposé des motifs

Le nombre de signalements de ruptures de stock et de risque de ruptures de stock de médicaments augmente chaque année, s'établissant à 2 446 signalements en 2020. Toutes les classes de médicaments sont concernées par les ruptures de stock ou les risques de ruptures. Parmi les médicaments thérapeutiques d'intérêt majeur, les médicaments cardio-vasculaires, les médicaments du système nerveux, les anti-infectieux et les anti-cancéreux sont plus particulièrement exposés. La crise sanitaire, accentuée par la fermeture des frontières nationales, a fortement mis en lumière la dépendance de l'industrie française et européenne tant en matière de principes actifs que de DM fabriqués hors d'Europe.

Pour limiter les risques de pénuries, il est pertinent, entre autres leviers à actionner, de favoriser la relocalisation en Europe de la production des principes actifs les plus critiques et de se doter de capacités de production flexibles en prenant en compte l'empreinte industrielle dans la fixation des prix des produits de santé.

Article 41

[Mise en conformité avec l'obligation de sérialisation pour les pharmacies d'officine]

I.- Après l'article L162-16-3-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-16-3-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-16-3-2.- « En cas de manquement à l'obligation de désactivation de l'identifiant unique de chaque boîte de médicaments dotée d'un dispositif de sécurité en vertu des articles 54 o) et 54 bis de la directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain et donnant lieu à une prise en charge par les organismes d'assurance maladie, et sur la base d'éléments l'attestant fournis par l'entité légale qui établit et gère un répertoire faisant partie du système de répertoires mentionné à l'article 37 du règlement délégué 2016/161 de la commission du 2 octobre 2015, le directeur de l'organisme d'assurance maladie compétent peut prononcer à l'encontre du pharmacien concerné, après que ce dernier a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière.

« Le montant de cette pénalité ne peut être fixé à une valeur inférieure à 350 euros ni excéder le montant maximal de 10 000 € par an.

« Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité, de la durée et de la réitération éventuelle des manquements.

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

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

II.- En cas d'absence de connexion au répertoire national de vérification des médicaments (NMVS) à la date du 31 décembre 2021, et sur la base d'éléments l'attestant fournis par l'entité légale qui établit et gère un répertoire faisant partie du système de répertoires mentionné à l'article 37 du règlement délégué 2016/161 de la commission du 2 octobre 2015, le directeur de l'organisme d'assurance maladie compétent peut prononcer à l'encontre du pharmacien d'officine, après que celui-ci a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière d'un montant de 350 euros dans les conditions prévues à l'article L. 162-16-3-2 du code de la sécurité sociale.

Exposé des motifs

Un plan d'action conduit par le ministère a vocation à permettre la mise en conformité de la France avec les obligations prévues au niveau européen pour la sérialisation des médicaments. Ces obligations consistent notamment pour le pharmacien à scanner le datamatrix présent sur la boîte pour vérifier l'authenticité des informations inscrites sur le produit et désactiver ainsi l'identifiant unique qui ne peut plus être attribué à une autre boîte.

Dans ce cadre, la mise en place d'un dispositif de pénalité financière mis en œuvre par les caisses d'assurance maladie en cas de non-respect des obligations de sérialisation doit permettre d'accélérer le taux de connexion des officines de pharmacie au répertoire national de vérification des médicaments (NMVS), dans un contexte où la Commission européenne menace la France de lourdes sanctions financières.

CHAPITRE 4 : RENFORCER L'ACCES AUX SOINS ET LES ACTIONS DE PREVENTION EN SANTE

Article 42

[Amélioration de l'accès à la filière visuelle]

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

I.- Après le deuxième alinéa de l'article L. 4342-1, est inséré l'alinéa suivant :

« Par dérogation à l'alinéa précédent, l'orthoptiste peut réaliser un bilan visuel et prescrire des verres correcteurs et des lentilles de contact oculaire, sans prescription médicale, selon les modalités et les conditions de réalisation fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'académie nationale de médecine. »

L'article L. 4362-10 du code de la santé publique est ainsi modifié :

Au deuxième aliéna et troisième aliéna, les mots « médicales » sont supprimés ;

Au deuxième et troisième alinéa, après les mots « opposition du médecin » sont insérés les mots « ou de l'orthoptiste ».

II.- Le deuxième alinéa de l'article L. 4342-1 est ainsi complété « Par dérogation, l'orthoptiste peut réaliser sans prescription médicale le dépistage de l'amblyopie chez les enfants âgés de 9 à 15 mois et celui des troubles de la réfraction chez les enfants âgés de 30 mois à 5 ans inclus. »

Exposé des motifs

Malgré un nombre de professionnels de la vision élevé, l'accès aux soins visuels demeure difficile en France, a fortiori dans certaines régions médicalement sous-denses, conduisant à des renoncements aux soins, à des stratégies de contournement, voire à l'absence de dépistage des pathologies.

Cette situation s'explique notamment par une organisation des soins centrée autour de l'ophtalmologiste, organisation qui soulève des difficultés eu égard au volume de patients atteints de troubles de réfraction, provoquant par conséquent des délais d'attente importants. En effet, selon une étude de la DREES de 2018, les délais moyens d'attente pour un rendez-vous avec un ophtalmologiste étaient de 80 jours, avec des écarts régionaux importants. Ces délais d'attente, associés à d'autres facteurs comme des dépassements d'honoraires fréquents, conduisent parfois à un renoncement aux soins visuels.

Les orthoptistes réalisent déjà, en lien avec les ophtalmologistes, les bilans visuels simples pour les faibles corrections, incluant l'examen de réfraction. Ces activités font ainsi déjà partie de leur champ de compétences. Le présent article autorise les orthoptistes non seulement à réaliser ces bilans mais également à prescrire les aides visuelles adaptées (lunettes, lentilles de contact) sans passage par l'ophtalmologiste. La mesure permettrait par d'améliorer l'accès aux soins visuels en réduisant les délais de rendez-vous et en dégageant du temps médical pour les ophtalmologistes. En permettant de renforcer l'accès à un bilan visuel et à la prescription initiale d'un équipement optique, elle viendrait donc aussi compléter la réforme du « 100% santé » qui a déjà permis une meilleure prise en charge financière des lunettes.

La mesure propose également d'élargir l'offre de dépistage visuel des enfants en proposant un accès direct aux orthoptistes pour les jeunes enfants pour la réalisation du dépistage de l'amblyopie du nourrisson et des troubles de la réfraction. Ces dépistages réalisés par l'orthoptiste viseraient à offrir un complément à ceux pouvant être faits par le médecin de l'enfant.

Article 43

[Modalités de prescription des masseurs-kinésithérapeutes]

L'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale est complété par un 9° ainsi rédigé : « 9° Pour les masseurs-kinésithérapeutes, les conditions de prise en charge des renouvellements prévus à l'article L. 4321-1 du code de la santé publique. »

Exposé des motifs

Si la loi de modernisation du système de santé de 2016 a ouvert la possibilité aux masseurs-kinésithérapeute d'adapter, sauf indication contraire du médecin et dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales datant de moins d'un an, cette évolution n'a cependant pu être véritablement mise en œuvre en l'absence de déclinaison

réglementaire. La loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (« loi Rist ») a supprimé le cadrage par décret sans toutefois prévoir un ancrage conventionnel de la mesure.

Les masseurs-kinésithérapeutes doivent pouvoir renouveler la prescription d'actes pour des patients qui nécessitent, dans le respect des recommandations de la Haute Autorité de Santé, par exemple dans le cas d'un traitement continu de longue durée. Par ailleurs, cette possibilité de renouvellement s'inscrit pleinement dans la stratégie « Ma Santé 2022 » et ce à un double titre : elle permet, d'une part, de gagner du temps médical en évitant des consultations inutiles et elle promeut, d'autre part, une plus grande confiance envers les professionnels de santé ainsi qu'une plus grande pertinence dans le système de soins.

Pour permettre une pleine entrée en vigueur des dispositions relatives au renouvellement de prescription par les masseurs-kinésithérapeutes tout en garantissant la qualité et la pertinence des soins, il apparaît nécessaire d'intégrer ce dispositif dans le cadre des relations conventionnelles entre l'Assurance maladie et les représentants de la profession.

Article 44

[Généralisation d'expérimentations en santé]

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

A l'article L. 6323-1-1 est ajouté un alinéa ainsi rédigé : « 7° *Mettre en œuvre un parcours soumis à prescription médicale visant à accompagner les enfants de trois à douze ans inclus en situation de surpoids, ayant un risque d'obésité selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé ou en obésité simple. Ce parcours comprend un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des séances de suivi diététique et psychologique. Les modalités d'application du présent alinéa sont déterminées par décret.* »

A l'article L. 6323-3 est ajouté un alinéa ainsi rédigé « *Les maisons de santé peuvent mettre en œuvre un parcours soumis à prescription médicale visant à accompagner les enfants de trois à douze ans inclus en situation de surpoids, ayant un risque d'obésité selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé ou en obésité simple comprenant un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des séances de suivi diététique et psychologique. Les modalités d'application du présent alinéa sont déterminées par décret.* »

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

A l'article L. 162-13-2 est ajouté un alinéa ainsi rédigé « *Par dérogation au premier alinéa, un examen de biologie médicale à vocation de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine réalisé à la demande du patient en laboratoire de biologie médicale fait l'objet d'un remboursement dans les conditions prévues à l'article L.160-13 du même code.*»

Exposé des motifs

Le présent article prévoit plusieurs généralisations d'expérimentations.

Tout d'abord, l'expérimentation « Mission : Retrouve Ton Cap », mise en œuvre depuis fin décembre 2017, est un nouveau parcours de soin pluridisciplinaire à destination des enfants de 3 à 12 ans et doit permettre d'éviter la constitution d'une obésité persistante à l'âge adulte et la survenue de complications métaboliques. Elle s'inscrit dans le cadre du plan national nutrition santé (2019-2023) et la feuille de route « prise en charge de l'obésité 2019-2022 ». Le rapport d'évaluation provisoire daté d'avril 2021 souligne des effets positifs du parcours pour une majorité d'enfants et plus particulièrement pour les enfants dans les

situations les plus défavorables. Ainsi, près de deux tiers des enfants ont connu une évolution favorable du z-score de l'IMC, qui baisse en moyenne de -0,22 point (soit -4% pour le z-score de l'IMC relatif). Par ailleurs, la prise en charge a permis d'enclencher des changements dans les habitudes de vie et en particulier les habitudes alimentaires. Ce parcours de prise en charge est innovant puisque celui-ci permet l'accès à un bilan d'activité physique et à des bilans et des séances de suivi psychologique et/ou diététique dans le cadre d'un parcours de soins spécifique intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. A ce titre, il est proposé de confier aux structures d'exercice coordonné (maisons de santé et centres de santé) qui le souhaitent, en réponse à un appel à candidature, cette nouvelle mission.

Il est également proposé de généraliser une expérimentation en matière de dépistage des maladies sexuellement transmissibles. L'expérimentation Au Labo Sans Ordo, mise en place à Paris et dans les Alpes-Maritimes visait à proposer une offre de dépistage VIH plus accessible, en proposant un dépistage dans les laboratoires de ville, sans ordonnance et sans avance de frais. Cette expérimentation s'inscrit dans la lignée du rapport de la Cour des Comptes « Prévention et prise en charge du VIH » de 2019 qui préconisait d'autoriser le remboursement par l'assurance maladie des sérologies en laboratoire de ville sans prescription médicale.

Article 45

[Prolongation de l'expérimentation Halte soins addictions]

Le I de l'article 43 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé est ainsi modifié :

1° le mot : « *six* » est remplacé par le mot : « *neuf* » ;

2° la référence : « *L.3411-8* » est supprimée ;

3° les mots : « *, dans des locaux distincts de ceux habituellement utilisés dans le cadre des autres missions, une salle de consommation à moindre risque* » sont remplacés par les mots : « *une halte soins addictions* » ;

4° après les mots : « *usage supervisé* », sont ajoutés les mots : « *et d'accès aux soins* » ;

5° Un deuxième alinéa est ajouté ainsi rédigé : « *L'expérimentation porte sur des espaces situés dans les locaux du centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogues ou dans des locaux distincts. Ils peuvent également prendre la forme de structures mobiles.* ».

Aux II et V de l'article 43 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, les mots « *salle de consommation à moindre risque* » sont remplacés par « *halte soins addictions* » ;

Exposé des motifs

Votée dans le cadre de la loi du 26 janvier 2016, l'expérimentation nationale d'espaces de réduction des risques par usage supervisé, dénommés salles de consommation à moindre risque, a été prévue pour une durée de 6 ans à partir de l'ouverture d'une première salle. Elle a ainsi débuté à Paris avec l'ouverture d'une salle en octobre 2016, puis à Strasbourg la même année.

Afin de permettre l'ouverture d'espaces de réduction des risques par usage supervisé sur de nouveaux territoires, pour lesquels un diagnostic local montre l'intérêt de tester cet

accompagnement global spécifique, il est proposé de prolonger, au-delà d'octobre 2022, pour une durée de trois ans, l'expérimentation de ce dispositif, répondant aux intérêts de santé publique et à une demande sociétale.

Pour renforcer la bonne compréhension de cette offre d'accompagnement des usagers de drogues, s'inscrivant dans une démarche de réduction des risques et des dommages (sanitaires, psychologiques, sociaux) et d'orientation vers un parcours de santé physique et psychique adapté à la situation spécifique des usagers de drogues, il est proposé d'une part de supprimer la dénomination « salle de consommation à moindre risque » et d'autre part d'ajouter les termes d'accès aux soins à la caractérisation des espaces de réduction des risques par usage supervisé. Ainsi, cette offre d'accompagnement sera désormais nommée « Halte soins addictions », qui est un espace de réduction des risques par usage supervisé et d'accès aux soins.

Article 46

[Prolongation des expérimentations portant sur les transports sanitaires urgents préhospitaliers]

Au I de l'article 66 de la loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, le mot : « dix » est remplacé par le mot : « onze ».

Exposé des motifs

Dans le cadre d'expérimentations portant sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents préhospitaliers sur demande du SAMU, sept départements mettent actuellement en œuvre des dispositifs dérogatoires au cadre juridique de droit commun. Ces expérimentations arrivent à leur terme le 31 décembre 2021. Or, une réforme d'ampleur des transports sanitaires urgents qui viendra modifier profondément les modalités d'organisation et de financement de ces transports est actuellement en cours. Les concertations nécessaires à cette réforme impliquant de nombreux acteurs (transporteurs sanitaires, médecins urgentistes, sapeurs-pompiers) et l'impact de la crise sanitaire du COVID 19 ont imposé la poursuite des travaux de préparation de la réforme tout au long de l'année 2021.

Des études d'impact de cette réforme ont été lancées durant l'été 2021 dans des départements test. Elles doivent permettre d'évaluer les conséquences organisationnelles et financières pour les acteurs locaux (SAMU, SDIS et transporteurs sanitaires). Aussi, pour éviter de mettre en difficulté les parties prenantes des expérimentations en cours, il est demandé une prolongation de la durée légale d'autorisation de ces expérimentations pour une année supplémentaire afin d'assurer la transition dans de bonnes conditions vers le nouveau modèle d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents, qui devrait s'appliquer dans le courant de l'année 2022.

Article 47

[Extension de la gratuité de la contraception jusqu'à 25 ans]

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

1° Au 21° de l'article L. 160-14, le mot : « mineure » est remplacé par les mots : « âgée de moins de 26 ans » ;

2° A la première phrase de l'article L. 162-4-5, le mot : « mineure » est remplacé par les mots : « âgée de moins de 26 ans » ;

3° A la première phrase de l'article L. 162-8-1, le mot : « mineure » est remplacé par les mots : « âgée de moins de 26 ans ».

II.- Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

Exposé des motifs

L'accès gratuit et confidentiel à la contraception, assorti d'un tiers-payant systématique, est aujourd'hui garanti pour les assurées mineures. Le basculement dans le régime de droit commun à 18 ans peut engendrer un risque de moindre recours à la contraception ou de changement de pratiques contraceptives du fait des caractéristiques socio-économiques particulières de la population de 18-25 ans (moindre autonomie financière, taux de chômage élevé, moindre couverture par une complémentaire santé). On constate dans les faits une hausse du non-recours à la contraception pour les femmes à compter de 20 ans et pour la tranche d'âge allant jusqu'à 24 ans.

La mesure prévoit d'étendre la prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire des frais liés à la contraception pour les femmes jusqu'à 25 ans, avec les mêmes garanties d'avance de frais, dans une logique de prévention et de santé publique.

Article 48

[Simplification de l'accès à la complémentaire santé solidaire]

I. – A l'article L.142-3 du code de la sécurité sociale, les mots : « de l'article L.861-5 » sont remplacés par les mots : « du chapitre 1^{er} du titre VI du Livre VIII ».

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

1° Le premier alinéa de l'article L. 381-30 du code de la sécurité sociale est remplacé par :

« Les personnes écrouées bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé assurée par le régime général à compter de la date de leur mise sous écrou. La prise en charge des frais de santé bénéficie dans les mêmes conditions aux enfants nés en détention durant toute la durée du séjour auprès de leur mère écrouée.

2° L'article L. 381-30-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après les mots : « personnes écrouées », le mot : « mentionnées » est remplacé par : « ainsi que les enfants nés en détention et séjournant auprès de leur mère écrouée mentionnés »

b) Le troisième alinéa est supprimé.

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

1° A l'article L.861-2 :

a) Le dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le droit à la protection complémentaire en matière de santé leur est attribué automatiquement sauf opposition expresse de leur part selon des modalités déterminées par décret. »

b) Il est ajouté un dernier alinéa ainsi rédigé :

« Sont réputés satisfaire aux conditions mentionnées au 2° de l'article L.861-1 les bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L.815-1 n'ayant pas exercé d'activité salariée ou indépendante durant une période de référence et dans des conditions déterminées par décret. »

2° A L'article L.861-5 :

a) Le sixième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Un nouveau droit à la protection complémentaire en matière de santé ne peut être ouvert si l'assuré ne s'est pas acquitté de ses participations au titre de droits ouverts précédemment. »

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

« Ce droit peut être résilié à tout moment, sans frais, par le demandeur. Cette résiliation s'effectue auprès de l'organisme gestionnaire par tout moyen conférant date certaine. L'organisme gestionnaire met fin au droit à la protection complémentaire en matière de santé au dernier jour du mois de la réception de la demande de résiliation. Les modalités d'ouverture d'un nouveau droit à la protection complémentaire en matière de santé faisant suite à une résiliation sont déterminées par décret. »

3° Le premier alinéa de l'article L. 862-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les dépenses du fonds sont constituées :

« a) du remboursement aux organismes gestionnaires mentionnés au a de l'article L. 861-4 des sommes correspondant à la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 ou des mêmes dépenses réalisées par le biais du tiers-payant mentionné au septième alinéa du même article L. 861-3 pour les assurés relevant des organismes gestionnaires mentionnés au b de l'article L. 861-4 et des organismes concernés pour la prise en charge de leur frais de santé .

« b) du remboursement aux organismes gestionnaires mentionnés au b de l'article L. 861-4 des mêmes sommes lorsqu'elles ne sont pas réalisées par le biais du tiers-payant mentionné au septième alinéa du même article L. 861-3 ;

« c) de la prise en charge directe des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 réalisées par le biais du tiers-payant pour les assurés relevant des organismes gestionnaires mentionnés au b de l'article L. 861-4 et du régime général pour la prise en charge de leur frais de santé ; »

4° Le d) de l'article L. 862-7 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les caisses d'assurance-maladie informent les organismes gestionnaires mentionnés au b de l'article L. 861-4 des dépenses qu'elles prennent en charge directement par le biais du tiers-payant mentionné au septième alinéa de l'article L.861-3 pour les assurés relevant de ces organismes gestionnaires ; » ;

IV. – L'article L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« En cas de précarité de la situation des bénéficiaires, les organismes de la mutualité sociale agricole peuvent réduire les créances nées de ce recouvrement dans les conditions prévues à l'article L.256-4 du code de la sécurité sociale. »

V. – Le II et le IV du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

Le I du présent article entre en vigueur pour les recours introduits à compter du 1^{er} janvier 2022.

Le a) du 1° du III entre en vigueur pour les demandes dématérialisées du revenu de solidarité active effectuées à compter du 1^{er} janvier 2022 et à compter d'une date fixée par décret et au plus tard pour demandes réalisées par voie papier effectuées à compter du 1^{er} janvier 2023.

Le b) du 1° du III entre en vigueur au titre des allocations de solidarité aux personnes âgées attribuées à compter du 1^{er} avril 2022.

Le 2^o, le 3^o et le 4^o du III s'appliquent à compter d'une date fixée par décret et au plus tard au 1^{er} janvier 2023.

Exposé des motifs

Pour les personnes en situation de précarité, la couverture complémentaire est une condition essentielle en France pour garantir l'accès aux soins de tous : en effet, la couverture assurantielle joue un rôle prédominant dans les décisions individuelles de santé, notamment pour les foyers les plus modestes bénéficiaires ou éligibles à la complémentaire santé solidaire (C2S). Or, les personnes non couvertes par une complémentaire santé sont principalement des personnes à faible revenu : travailleurs précaires, chômeurs ou inactifs. En effet, si 4 % de la population française n'est pas couverte par une complémentaire santé, ce taux s'élève à plus de 11 % parmi les 10 % de foyers les plus pauvres.

La réforme de la complémentaire santé solidaire, mise en œuvre à compter du 1^{er} novembre 2019, vise à répondre à cette problématique, en créant une couverture unique, simplifiée, couvrant un panier de soins élargi, à destination des personnes à revenus modestes. Cette réforme doit ainsi se traduire par une amélioration du taux de recours par rapport à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et à l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), qui demeurerait insuffisant. Il n'est pas encore possible de dresser un bilan définitif de la montée en charge de la réforme, compte tenu du caractère atypique de l'année 2020 notamment, qui n'a pas permis de mener les actions de communication nécessaires pour faire connaître le dispositif et qui a été marqué par des mesures temporaires de prolongation de droits liées au contexte sanitaire. A date, il apparaît cependant que le nombre de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire connaît une hausse par rapport aux anciens effectifs CMU-C/ACS : 7,31 millions en mars 2021, contre 7,08 millions en octobre 2019, sur 12 millions de personnes potentiellement éligibles.

Il reste en tout état de cause des marges de progrès importantes en matière de recours des bénéficiaires de minimas sociaux à la complémentaire santé solidaire, qui disposent pourtant de procédures d'attribution et de renouvellement simplifiées. Afin de favoriser le recours à cette complémentaire santé pour les personnes en situation de précarité, plusieurs mesures sont proposées :

- l'attribution automatique de ce dispositif aux bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA), sauf option contraire de leur part
- la facilitation de son attribution pour les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA). Cette simplification permettra de mieux couvrir les soins de personnes âgées, avec de forts restes-à-charges liés à des dépenses de soins plus élevées, notamment si elles sont en perte d'autonomie.
- l'autorisation d'interruption en cours de droit sans frais des contrats de complémentaire santé solidaire, permettant d'assouplir les modalités de résiliation de ce dispositif.

Il est également proposé une simplification des circuits de financement de la complémentaire santé solidaire, en prévoyant une prise en charge directe par l'assurance-maladie des dépenses de complémentaire santé solidaire effectuées en tiers-payant coordonné. Cette simplification en gestion pour les caisses comme pour les organismes complémentaires, ne modifiera pas les relations qu'ont les organismes complémentaires avec leurs adhérents.

L'article prévoit enfin que les assurés du régime agricole puissent bénéficier d'une remise de leurs indus en raison d'une situation de forte précarité, à l'instar de ce qui est déjà opéré pour les assurés du régime général.

Article 49

[Prolongation des dispositifs relatifs à la crise sanitaire]

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

1° Au premier alinéa du 9°, les mots : « ou de la rémunération des périodes de congés pour raisons de santé pour les assurés relevant d'un régime » sont remplacés par les mots : « , de la rémunération ou des prestations en espèces versés par l'employeur des agents publics civils et militaires et des salariés pendant les périodes de congé de maladie pour lesquels l'indemnisation de ce congé n'est pas assurée par un régime obligatoire de sécurité sociale ou est assurée par un régime spécial de sécurité sociale » ;

2° Au a du 9°, les mots : « des autres régimes obligatoires » sont supprimés ;

3° Le dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« De même, par dérogation aux articles L. 2271-1 et L. 4641-1 du code du travail, la commission nationale de la négociation collective de l'emploi et de la formation professionnelle et le conseil d'orientation des conditions de travail sont informés de tout projet de texte pris en application du présent article dès lors qu'ils s'appliquent à l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1 du code du travail ou aux missions des services de santé et de sécurité au travail. »

II. – L'article L. 1226-1-1 du code du travail est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation aux dispositions des articles L. 2271-1 et L. 4641-1, la commission nationale de la négociation collective de l'emploi et de la formation professionnelle et le conseil d'orientation des conditions de travail sont informés de tout projet de texte pris en application du présent article. »

III. – Afin de tenir compte de la crise sanitaire liée à la covid-19 et de ses conséquences et d'adapter les règles de prise en charge des frais de santé et les conditions pour le bénéfice des prestations en espèce :

1° Les dispositions de l'article 11 loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire et celles prises par décret entre le 1^{er} janvier 2021 et le 31 décembre 2021 en application de l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale et de l'article L. 1226-1 du code du travail, demeurent applicables jusqu'à une date fixée par décret et au plus tard le 31 décembre 2022.

2° Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution et jusqu'au 31 décembre 2022, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi visant à rétablir, adapter ou compléter dans les domaines mentionnés aux articles L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale et L. 1226-1 du code du travail dans leur rédaction résultant de présente loi, les dispositions prises en application des mêmes articles.

Les mesures mentionnées à l'alinéa précédent sont applicables au plus tard jusqu'au 31 décembre 2022.

Chaque ordonnance peut prévoir l'application rétroactive des dispositions qu'elle contient, dans la limite d'un mois avant la date de sa publication.

Les ordonnances et les décrets pris sur le fondement du présent article sont dispensés des consultations obligatoires prévues par toute disposition législative ou réglementaire.

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

IV. – Le présent article entre en vigueur a 1^{er} janvier 2022.

Exposé des motifs

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a prévu la possibilité pour le pouvoir réglementaire de mettre en place des dispositifs ad hoc de prise en charge renforcée de frais de santé ou d'adapter les conditions de versement des prestations en espèces de l'assurance maladie (ou dispositifs équivalents) de manière à répondre aux besoins exceptionnels survenant à l'occasion d'un risque sanitaire grave et anormal, dans un objectif de protection de la santé publique. Ce dispositif doit permettre aux pouvoirs publics d'apporter une réponse transparente, adaptée, réactive et modulable en fonction de la situation de crise et des problématiques rencontrées, afin de prendre en charge au mieux en termes de couverture maladie les personnes touchées et de limiter ainsi les conséquences de la crise sanitaire.

Ce dispositif a été mis en œuvre pour la première fois en 2020 lors de l'épidémie de Covid-19. Il a alors permis de déroger, pour s'adapter le plus rapidement possible à l'évolution de la crise sanitaire aux règles de prise en charge de droit commun de divers frais de santé (tests de dépistage de la Covid-19, vaccination contre la Covid-19 notamment) qu'aux conditions de versement des prestations en espèces attribuées en cas d'incapacité de travail compte-tenu des contraintes d'isolement ou de maintien à domicile imposées aux travailleurs dans certaines situations (malades de la Covid-19, symptomatiques, cas contacts, assurés contraints de garder leur enfant à domicile, assurés vulnérables à la Covid-19).

Compte-tenu des incertitudes sur l'évolution de l'épidémie de la Covid-19, il apparaît nécessaire de permettre au Gouvernement de prolonger jusqu'à une date fixée par décret et au plus tard jusqu'au 31 décembre en 2022 les mesures de gestion de la crise sanitaire relatives en particulier aux conditions de versement des prestations en espèces de l'assurance maladie ou du maintien de la rémunération des assurés contraints d'interrompre leur activité professionnelle du fait des consignes sanitaires ou encore relatives à la prise en charge de certains frais de santé liés à la limitation de la propagation de la Covid-19. Si des adaptations de niveau législatif de ce dispositif doivent être effectuées, il est prévu d'habiliter le Gouvernement à prendre par ordonnance les mesures nécessaires pour rétablir, adapter ou compléter les dérogations aux règles de prises en charge.

Article 50

[Simplification et modernisation des prestations en espèces pour les salariés et les travailleurs indépendants]

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

1° L'article L. 161-8 est complété par les deux alinéas suivants :

« Bénéficient également de ce maintien de droit à prestations les assurés qui justifient à nouveau des conditions d'ouverture de droit aux indemnités journalières maladie au titre de leur nouvelle activité mais dont les indemnités journalières sont nulles.

« Peuvent bénéficier également de ce maintien de droit à prestations les assurés qui justifient à nouveau des conditions d'ouverture de droit aux indemnité journalière maternité au titre de leur nouvelle activité mais dont les indemnités journalières forfaitaires servies en application des dispositions de l'article L. 623-1 sont égales à un niveau fixé par décret. » ;

2° L'article L. 311-5 est complété par les deux alinéas suivants :

« Bénéficient également de ce maintien de droit à prestations les assurés qui justifient à nouveau des conditions d'ouverture de droit aux indemnités journalières maladie au titre de leur nouvelle activité mais dont les indemnités journalières sont nulles.

« Peuvent bénéficier également de ce maintien de droit à prestations les assurés qui justifient à nouveau des conditions d'ouverture de droit aux indemnité journalière maternité au titre de leur nouvelle activité mais dont les indemnités journalières forfaitaires servies en application des dispositions de l'article L. 623-1 sont égales à un niveau fixé par décret. » ;

3° A l'article L. 622-1, après la référence à l'article L. 323-1-1 est insérée la référence à l'article L. 323-2 ;

4° L'article L. 646-5 est abrogé ;

5° A l'article L. 663-1, le dernier alinéa est supprimé.

II. – L'article 11 de la loi ° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises est ainsi modifié :

1° Au douzième alinéa, les mots : « onze jours consécutifs suivant la naissance de l'enfant, durée portée à dix- huit jours consécutifs en cas de naissance multiple » sont remplacé par les mots : « une durée égale à celle mentionnée à l'article L. 1225-35 du code du travail » ;

2° Au treizième alinéa, les mots : « de dix semaines à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer » sont remplacés par les mots : « égale à celle mentionnée à l'article L.1225-37 du code du travail. ».

III. - Par dérogation à l'article L. 622-3 du code de la sécurité sociale, pour le calcul des prestations en espèces dues aux personnes mentionnées à l'article L. 611-1 du même code au titre de l'assurance maladie et maternité, le revenu d'activité retenu peut ne pas tenir compte des revenus d'activité de l'année 2020, dans des conditions fixées par décret.

Ces dispositions s'appliquent aux arrêts de travail débutant à compter du 1er janvier 2022 et jusqu'au 31 décembre 2022.

IV.- Pour la prise en compte des revenus des années 2020 et 2021 des travailleurs indépendants relevant des dispositions de l'article L. 613-7 du code de la sécurité sociale pour le calcul des prestations en espèces prévues aux articles L. 622-1, L. 632-1, L. 634-2 et L. 635-1, L. 643-1, L. 644-1 et L. 644-2 du code de la sécurité sociale , et notamment pour l'identification des bénéficiaires, des échanges d'information sont organisés, entre les

organismes de sécurité sociale mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 du même code et l'administration fiscale, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat.

V. – Le II s'applique aux enfants nés ou adoptés à compter du 1er janvier 2022 ainsi qu'aux enfants, nés avant cette date, dont la naissance était supposée intervenir à compter de cette date. Les dispositions du I et du III s'appliquent à compter du 1er janvier 2022.

Exposé des motifs

La crise sanitaire actuelle a démontré le caractère fondamental de la protection assurée par les prestations en espèces délivrées par les organismes de sécurité sociale, et au premier chef de l'indemnisation des arrêts de travail. Elle a souligné également la nécessité de procéder à certaines adaptations des règles existantes. Certaines évolutions des règles applicables au congé maternité et paternité apparaissent également nécessaires.

Il s'agit d'abord d'améliorer notamment l'indemnisation des travailleurs indépendants pour lesquels l'accès aux indemnités journalières de maladie ou de maternité peut s'avérer compliqué en cas d'activité professionnelle réduite et de dégradation de leur situation financière.

Pour tirer les leçons de la crise, des mesures exceptionnelles sont donc prévues visant à pallier l'impact en 2022 de la crise sanitaire sur les revenus des travailleurs indépendants et les modalités de prise en compte de ces revenus pour l'accès aux indemnités journalières. Il est également proposé d'améliorer l'accès aux indemnités journalières maladie et maternité en permettant, d'une part aux assurés de bénéficier du maintien de leurs droits aux indemnités journalières maladie au titre de leur ancienne activité lorsque leur nouvelle activité leur permet théoriquement d'ouvrir de nouveaux droits mais qu'en pratique leur IJ maladie est nulle, d'autre part aux travailleurs indépendants ouvrant droit à une indemnité journalière maternité faible de bénéficier plutôt du maintien de leurs droits aux indemnités maternité calculées au titre de leur ancienne activité.

Afin de tenir compte de la mise en place d'un régime d'indemnités journalières maladie propres aux professions libérales, il est également prévu de supprimer les indemnités journalières spécifiques aux praticiennes et auxiliaires médicales (PAMC) versées jusqu'à présent à ces assurées en cas de difficultés médicales liées à la grossesse.

Enfin, la réforme du congé paternité, initiée en loi de financement de sécurité sociale pour 2021, se poursuit en étendant son bénéfice aux collaborateurs des professions libérales, qui verront ainsi la durée de leur congé être allongée à 25 jours en cas de naissance simple et à 32 jours en cas de naissance multiple.

Article 51

[Simplification et modernisation des prestations en espèces pour les non salariés agricoles]

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

1° Après l'avant-dernier alinéa de l'article L. 723-3, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les caisses de mutualité sociale agricole, avec le concours de leur service social, mettent en œuvre des actions de promotion et d'accompagnement de la prévention de la désinsertion professionnelle afin de favoriser le maintien dans l'emploi de leurs ressortissants dont l'état de santé est dégradé du fait d'un accident ou d'une maladie, d'origine professionnelle ou non,

compte tenu de la coordination assurée par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole. Ces actions se font en lien, en tant que de besoin, avec les intervenants extérieurs qualifiés, les acteurs de la compensation du handicap et les acteurs de la préorientation et de la réadaptation professionnelles mentionnés à l'article L. 5214-3-1 du code du travail, aux 3o et 4o de l'article L. 5211-2 du même code ainsi qu'au b du 5o du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. » ;

2° Après le 9° de l'article L. 723-11, il est inséré un 9° bis ainsi rédigé :

« 9° bis De promouvoir la prévention de la désinsertion professionnelle afin de favoriser le maintien dans l'emploi de ses ressortissants dont l'état de santé est dégradé du fait d'un accident ou d'une maladie, d'origine professionnelle ou non, et de coordonner l'action dans ce champ des organismes locaux et régionaux ; » ;

3° Au cinquième alinéa de l'article L. 732-4, les mots : « , réduit en cas d'hospitalisation, » sont supprimés ;

4° Avant le dernier alinéa de l'article L. 732-8, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le conjoint survivant d'un assuré titulaire d'une pension d'invalidité, qui est lui-même atteint d'une invalidité de nature à lui ouvrir droit à la prestation d'invalidité mentionnée aux deux premiers alinéas du présent article, bénéficie d'une pension de veuve ou de veuf, qui est calculée, liquidée et servie dans des conditions fixées par décret en conseil d'Etat. » ;

5° Après le troisième alinéa de l'article L. 732-12-1 est inséré un alinéa ainsi rédigé :

a) « Lorsque le remplacement prévu aux alinéas précédents ne peut pas être effectué, les assurés mentionnés au 1° de l'article L. 722-10 du présent code bénéficient, dans des conditions déterminées par décret, d'indemnités journalières forfaitaires. » ;

b) Au dernier alinéa, les mots : « la prestation » sont remplacés par les mots : « l'allocation de remplacement et des indemnités journalières forfaitaires ». ;

6° Le II de l'article L. 751-1 est complété par un 13° ainsi rédigé :

« 13° Les victimes relevant des articles L. 751-1 et L. 752-1 du présent code, menant des actions de formation professionnelle ou d'autres actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil dans les conditions prévues à l'article L. 323-3-1 ou au quatrième alinéa de l'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale, et à l'article L. 752-5-2 du présent code » ;

7° Sont ajoutés quatre alinéas ainsi rédigés à l'article L. 752-5-2 :

« Les actions d'accompagnement auxquelles la caisse mentionnée au premier alinéa du présent article peut participer à la demande de l'assuré comprennent notamment :

« 1° L'essai encadré, organisé selon des modalités définies par décret ;

« 2° La convention de rééducation professionnelle mentionnée à l'article L. 5213-3-1 du code du travail, qui donne lieu au versement d'indemnités selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat.

« Ces actions se font en lien avec les acteurs de la compensation du handicap et les acteurs de la réadaptation selon les territoires. » ;

8° A l'article L. 752-7, les mots : « le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionné » sont remplacés par les mots : « l'assuré mentionné au I ou ».

II. – Le I de l'article L. 5213-3-1 du code du travail est ainsi modifié :

Après la première occurrence des mots : « L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale » et la deuxième occurrence des mots : « caisse générale de sécurité sociale », sont insérés les mots : « ou la caisse de mutualité sociale agricole », et après la deuxième occurrence des mots : « L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale », sont insérés les mots : « ou à l'article L. 752-5-2 du code rural et de la pêche maritime selon le cas ».

III. – Les dispositions du 4° et du 8° du I sont applicables aux décès survenus à compter du 1^{er} janvier 2022. Les dispositions du 3° du I s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2022. Les dispositions du 5° du I s'appliquent aux indemnités relatives à des arrêts de travail pour paternité débutant à compter du 1^{er} janvier 2022. Les dispositions du 1°, du 2°, du 6° et du 7° du I et les dispositions du II s'appliquent à compter du 1^{er} juillet 2022.

Exposé des motifs

La mesure de simplification et de modernisation de la délivrance des prestations en espèces a pour objectif l'amélioration de l'indemnisation des assurés non-salariés agricoles.

Certaines règles définissant l'accès et les modalités de versement des prestations en espèces sont différentes selon les régimes sans que la spécificité de ces derniers ne les justifie.

Ainsi, il est prévu d'aligner le délai de carence des arrêts maladie des non-salariés agricoles sur celui des affiliés du régime général.

La réforme du congé paternité, initiée en loi de financement de sécurité sociale (LFSS) pour 2021, se poursuit en permettant aux chefs d'exploitation et d'entreprise agricoles de bénéficier d'indemnités journalières paternité, lorsqu'ils ne bénéficient pas du dispositif allocation de remplacement pour congé de paternité, faute d'avoir trouvé un remplaçant.

Par ailleurs, deux mesures visent à améliorer l'indemnisation des ayants droit en cas de décès d'un non-salarié agricole suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle (AT-MP) ou intervenant après une maladie, un accident de la vie privée ou un suicide.

Enfin, une mesure vise à permettre à la Mutualité Sociale Agricole (MSA) de s'inscrire dans la démarche de lutte contre la désinsertion professionnelle prévue par les dispositions de l'article 28 de la loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail, issue de la proposition de loi Lecocq. Cette mesure permet à la MSA de mettre en œuvre une démarche globale de soutien des agriculteurs fragilisés par leur état de santé ou les difficultés professionnelles auxquelles ils sont confrontés.

Article 52

[Généralisation du recours à l'intermédiation financière des pensions alimentaires]

I. – Le II de l'article 373-2-2 du code civil est ainsi modifié :

1° Les cinq premiers alinéas sont remplacés par sept alinéas ainsi rédigés :

« II. - Lorsque la pension est fixée en tout ou partie en numéraire par un des titres mentionnées aux 1° à 5° du I, son versement par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales au parent créancier est mis en place -pour la part en numéraire, dans les conditions et selon les modalités prévues au chapitre II du titre VIII du livre V du code de la sécurité sociale et par le code de procédure civile.

« Toutefois, l'intermédiation n'est pas mise en place dans les cas suivants :

« - En cas de refus des deux parents, ce refus pouvant être exprimé par ces derniers dans les titres mentionnés aux 2° à 5° du I ou, lorsque la pension est fixée dans un titre mentionné au 1° du I, à tout moment de la procédure. » - A titre exceptionnel, lorsque le juge estime, par décision spécialement motivée, le cas échéant d'office, que la situation de l'une des parties ou les modalités d'exécution de la contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant sont incompatibles avec sa mise en place.

« Lorsqu'elle est mise en place, il peut être mis fin à l'intermédiation sur demande de l'un des parents adressée à l'organisme débiteur des prestations familiales, sous réserve du consentement de l'autre parent.

« Les alinéas 2 à 5 du présent II ne sont pas applicables lorsque le parent débiteur a fait l'objet d'une plainte ou d'une condamnation pour des faits de menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant, ou lorsque de telles menaces ou violences sont mentionnées dans une décision de justice concernant le parent débiteur.

« La mise en place de l'intermédiation demeure possible ultérieurement sur demande de l'un des parents auprès de l'organisme débiteur des prestations familiales, sous réserve que la pension soit fixée en tout ou partie en numéraire par un des titres mentionnés aux 1° à 5° du I, selon des modalités prévues à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale. »

2° Au dernier alinéa, les mots : « l'intermédiation est ordonnée dans le cas prévu au 1° du présent II » sont remplacés par les mots : « le parent débiteur a fait l'objet d'une plainte ou d'une condamnation pour des faits de menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant, ou lorsque de telles menaces ou violences sont mentionnées dans une décision de justice concernant le parent débiteur ».

II. – L'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les cinq premiers alinéas du I sont remplacés par trois alinéas ainsi rédigés :

« I. - Les organismes débiteurs des prestations familiales sont chargés de l'intermédiation financière des pensions alimentaires mentionnées à l'article 373-2-2 du code civil dans les conditions et selon les modalités suivantes.

« Cette intermédiation est mise en œuvre dans les conditions définies au II du même article 373-2-2.

« Elle est mise en œuvre sous réserve que les conditions suivantes soient remplies : »

2° au c) du I, les mots : « cette qualification repose sur un motif ayant conduit l'autorité judiciaire à user de la faculté prévue au 1° du II de l'article 373-2-2 du code civil » sont remplacés par les mots : « il a fait l'objet d'une plainte ou d'une condamnation pour des faits de menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant, ou lorsque de telles menaces ou violences sont mentionnées dans une décision de justice concernant le parent débiteur » ;

3° au IV, les mots : « Lorsqu'elle est mise en œuvre en application du 2° du I, l'intermédiation » sont remplacés par les mots : « L'intermédiation » ;

4° Le VII est ainsi modifié :

- au 4°, les mots : « dans le cas prévu au 1° du II de l'article 373-2-2 du code civil », sont remplacés par les mots : « lorsque le parent débiteur a fait l'objet d'une plainte ou d'une condamnation pour des faits de menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant, ou lorsque de telles menaces ou violences sont mentionnées dans une décision de justice concernant le parent débiteur » ;

- au dernier alinéa, les mots : « cette qualification repose sur un motif ayant conduit l'autorité judiciaire à user de la faculté prévue au 1° du II de l'article 373-2-2 du code civil » sont remplacés par les mots : « le parent débiteur a fait l'objet d'une plainte ou d'une condamnation pour des faits de menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant, ou lorsque de telles menaces ou violences sont mentionnées dans une décision de justice concernant le parent débiteur.

III. – Le code pénal est ainsi modifié :

1° L'article 227-3 est ainsi modifié :

a) au premier alinéa, après les mots : « lui imposant de verser », sont insérés les mots « , directement ou par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales [lorsque le versement de la pension fait l'objet d'une intermédiation financière dans les conditions prévues aux articles 373-2-2 II du code civil et L. 582-1 du code de la sécurité sociale], » ;

b) le second alinéa est abrogé.

2° Les dispositions de l'article 227-4 sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende, le fait, par une personne tenue, dans les conditions prévues à l'article 227-3, à l'obligation de verser une pension, une contribution, des subsides ou des prestations de toute nature :

1° de ne pas notifier son changement de domicile au créancier ou à l'organisme débiteur des prestations familiales lorsque le versement de la pension fait l'objet d'une intermédiation financière dans les conditions prévues aux articles 373-2-2 II du code civil et L. 582-1 du code de la sécurité sociale, dans un délai d'un mois à compter de ce changement ;

2° lorsque le versement de la pension fait l'objet d'une intermédiation financière dans les conditions prévues aux articles 373-2-2 II du code civil et L. 582-1 du code de la sécurité sociale, de s'abstenir de transmettre à l'organisme débiteur des prestations familiales, les informations nécessaires à l'instruction et à la mise en œuvre de l'intermédiation financière et d'informer cet organisme de tout changement de situation ayant des conséquences sur cette mise en œuvre. »

IV. – 1° Les dispositions du II de l'article 373-2-2 du code civil et de l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale telles que modifiées par la présente loi entrent en vigueur le 1^{er} mars 2022 pour toutes les décisions en divorce rendues à compter de cette date et le 1^{er} janvier 2023 pour les autres décisions judiciaires rendues à compter de cette date ainsi que pour les titres mentionnés aux 3° à 5° du I de l'article 373-2-2 du code civil.

2° Les dispositions des articles 227-3 et 227-4 du code pénal telles que modifiées par la présente loi entrent en vigueur le 1^{er} mars 2022.

Exposé des motifs

La mesure proposée consiste à rendre systématique le mécanisme d'intermédiation financière des pensions alimentaires (IFPA), en le déclenchant dès l'émission d'un titre exécutoire fixant une pension alimentaire, quelle que soit la procédure de séparation. Les parents séparés auraient toutefois la possibilité de refuser l'intermédiation financière par une décision conjointe, avant sa mise en place (mécanisme dit « d'opt-out »). Cette mesure va au bout de la logique du dispositif mis en place par la loi de financement de la sécurité sociale

pour 2020, qui constitue un levier majeur de sécurisation du bon versement des pensions alimentaires, dans une logique de prévention des impayés.

Article 53

[Amélioration de l'indemnisation des victimes professionnelles de pesticides]

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

1° Au premier alinéa de l'article L. 491-1, après les mots : « développement durable » sont insérés les mots : « s'agissant des produits phytopharmaceutiques et des biocides, ou des dispositions du 6° de l'article L. 5141-2 du code de la santé publique s'agissant des médicaments vétérinaires antiparasitaires » ;

2° Au 1° de l'article L. 752-4, après les mots : « salariés agricoles » sont insérés les mots : « dans les conditions prévues à l'article L. 781-43 du code rural et de la pêche maritime ».

II. – L'article L. 781-43 du code rural et de la pêche maritime est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation, les salariés mentionnés au premier alinéa relèvent des tableaux de maladies professionnelles mentionnés au titre V du présent livre, lorsqu'ils ont exercé les travaux énumérés par lesdits tableaux. » ;

III. – Le IV de l'article 70 de la loi n°2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « 2021 : » sont remplacés par les mots : « 2022 les personnes mentionnées au 1°, au a et au b du 2° de l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale dont le premier certificat médical les informant du lien possible entre la maladie et l'exposition aux pesticides leur a été délivré avant le 31 décembre 2019. » ;

2° Les deuxième et troisième alinéas sont supprimés ;

3° Au quatrième alinéa, devenu le deuxième, la date : « 2021 » est remplacée par la date « 2022 ».

IV. – Les dispositions des I à III du présent article sont applicables aux demandes de reconnaissance de maladies professionnelles déposées à compter du 1^{er} janvier 2022.

Exposé des motifs

Depuis le 1er janvier 2020, le fonds d'indemnisation des victimes de pesticides indemnise les salariés du régime général et les travailleurs agricoles victimes d'une maladie liée à leur exposition professionnelle aux pesticides, ainsi que les enfants victimes d'une exposition prénatale aux pesticides, du fait de l'activité professionnelle de l'un de leurs parents. Au 22 juin 2021, près de 380 demandes avaient été déposées auprès du fonds depuis sa création (soit un niveau très supérieur à celui observé au cours des années précédentes) – et 270 d'entre elles avaient déjà donné lieu à décision.

Dans ce contexte, le présent article étend le périmètre du fonds d'indemnisation aux médicaments antiparasitaires vétérinaires, ce qui permettra aux travailleurs et aux enfants exposés à ces produits (pendant la période prénatale, du fait de l'activité professionnelle de l'un de leurs parents, s'agissant des enfants) de bénéficier d'une indemnisation dans le cadre du fonds. En effet, la littérature scientifique montre que les médicaments antiparasitaires

vétérinaires présentent des effets sur la santé analogues à ceux des produits phytopharmaceutiques et biocides, qui entrent déjà dans le périmètre du fonds.

Pour améliorer encore le recours au droit, la présente mesure prolonge et assouplit le dispositif de rattrapage qui avait été mis en place à la création du fonds au 1^{er} janvier 2020 et qui permet aux victimes de déposer une demande auprès du fonds au-delà des délais de prescription de droit commun. Compte tenu de la publication tardive des textes d'application, le dispositif de rattrapage est prolongé d'un an, jusqu'au 31 décembre 2022 ; les modalités d'accès à ce dispositif sont par ailleurs simplifiées – et harmonisées – s'agissant des victimes d'expositions professionnelles.

Enfin, concernant plus spécifiquement les travailleurs agricoles d'outre-mer, le présent article prévoit que les salariés du secteur agricole, quand bien même ils relèvent du régime général, se voient appliquer les tableaux de maladies professionnelles du régime agricole, s'ils sont plus appropriés aux travaux effectués. Les salariés du secteur agricole pourront ainsi bénéficier, le cas échéant, de la présomption d'imputabilité au travail à laquelle ouvrent droit ces tableaux.

Article 54

[Rachat de trimestres de retraite de base pour les travailleurs indépendants]

I.- Les travailleurs indépendants non agricoles dont l'activité relevait des régimes mentionnés aux articles L. 634-2 et L. 643-1 du code de la sécurité sociale et qui n'ont pas pu procéder avant le 1^{er} janvier 2018 à leur affiliation auprès d'un des régimes précités, en raison de la réglementation en vigueur à la date de la demande, peuvent effectuer un versement de cotisations pour valider des périodes d'assurance vieillesse de base sous réserve qu'ils n'aient pas demandé la liquidation de leur pension de retraite et qu'ils puissent justifier d'un refus d'affiliation à un régime d'assurance vieillesse obligatoire au titre de l'activité indépendante concernée.

1° Ce versement de cotisations peut être effectué pour chaque année d'activité indépendante non agricole dans la limite de quatre trimestres de retraite de base par an par travailleur indépendant.

2° Dans des conditions garantissant la neutralité actuarielle des régimes mentionnés au premier alinéa, les montants des cotisations, les conditions de leur versement et les modalités de détermination des périodes d'assurance ainsi acquises sont fixées par décret, précisant notamment les modalités de validation des périodes d'assurance équivalentes prises en compte pour le calcul du taux de la pension de retraite et du coefficient de proratisation lors de la liquidation de la pension de retraite, sans toutefois être retenues pour le calcul du revenu annuel moyen.

3° La demande de versement de cotisations est effectuée auprès de la dernière caisse de retraite d'affiliation auquel le travailleur indépendant est affilié, ou, s'il n'a été affilié à aucun organisme d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants non agricoles, auprès de la caisse dont relève au 1^{er} janvier 2022 l'activité professionnelle pour laquelle l'affiliation avait été refusée.

4° La procédure de versement de cotisations est ouverte à partir du 1^{er} juillet 2022 et jusqu'au 31 décembre 2026. La demande est effectuée à l'initiative du travailleur indépendant auprès de son organisme d'affiliation au 1^{er} juillet 2022 dans des conditions fixées par décret.

5° Ce versement peut faire l'objet d'un étalement du paiement des cotisations, sur une durée maximale de cinq ans et doit être achevé avant que le travailleur indépendant procède à la demande de liquidation de sa pension de retraite.

6° Les éléments justificatifs à présenter par l'assuré lors de sa demande de validation des périodes d'assurance manquantes sont précisés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

7° Les versements effectués au titre du présent I ne sont pas pris en compte pour le bénéfice des dispositions des articles L. 351-1-1, L. 351-1-3, des II et III de l'article L. 643-3 du présent code.

II.- les travailleurs indépendants non agricoles affiliés à partir du 1^{er} janvier 2012 au régime de retraite de base obligatoire applicable aux résidents de Mayotte peuvent effectuer un versement de cotisations pour valider des périodes d'assurance vieillesse de base, pour les années courant à compter du 1^{er} janvier 2012 jusqu'à une date fixée par décret et au plus tard jusqu'au 1^{er} janvier 2023.

1° Ce versement de cotisations peut être effectué pour chaque année d'activité indépendante non agricole dans la limite de quatre trimestres de retraite de base par an par travailleur indépendant.

2° Les dispositions prévues au premier alinéa du II ne s'appliquent pas aux travailleurs indépendants pour les périodes durant lesquelles ils relèvent du régime mentionné à l'article L. 613-7 du code de la sécurité ou durant lesquelles ils ont bénéficié du dispositif d'exonération de cotisations de sécurité sociale prévu à l'article L. 131-6-4 du même code.

3° Les montants des cotisations, les conditions de leur versement et les modalités de détermination des périodes d'assurance ainsi acquises sont fixées par décret, précisant notamment :

a) L'assiette servant au calcul des cotisations pour valider trois ou quatre trimestres de retraites en fonction du nombre d'heures du salaire minimum de croissance nécessaire pour valider ces trimestres l'année au titre de laquelle le rachat est effectué. La valeur horaire du salaire minimum de croissance mahorais prise en compte est celle en vigueur au 1^{er} janvier de l'année au titre de laquelle le rachat est effectué ;

b) Les taux de cotisation d'assurance vieillesse de base appliqué aux années concernées par le rachat, fixés conformément aux dispositions de convergence prévues par l'article 28-2 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte. Pour les années 2012 à 2018, le taux de cotisation pris en compte est celui fixé pour l'année 2019.

4° Les modalités de validation des périodes d'assurance équivalentes prises en compte pour le calcul du taux de la pension de retraite et du coefficient de proratisation lors de la liquidation de la pension de retraite, sans toutefois être retenues pour le calcul du revenu annuel moyen, sont fixées par décret. Les effets de cette validation des périodes d'assurance sont pris en compte pour les pensions déjà liquidées à compter du mois suivant le dernier versement des cotisations, sans qu'un effet rétroactif ne puisse être opéré.

5° La procédure de versement de cotisations est ouverte à partir du 1^{er} juillet 2022 et jusqu'au 31 décembre 2026. La demande est effectuée à l'initiative du travailleur indépendant auprès de son organisme d'affiliation au 1^{er} juillet 2022 dans des conditions fixées par décret.

6° Ce versement peut faire l'objet d'un étalement du paiement des cotisations, sur une durée maximale de cinq ans et doit être achevé avant que le travailleur indépendant procède à la demande de liquidation de sa pension de retraite.

7° Les éléments justificatifs à présenter par l'assuré lors de sa demande de validation des périodes d'assurance manquantes sont précisés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Exposé des motifs

Le présent article vise à permettre à certains travailleurs indépendants de racheter des trimestres de retraite de base : il s'agit des travailleurs indépendants non agricoles qui n'ont pas été affiliés auprès d'un organisme de retraite en raison d'une non reconnaissance de leur activité (chiropracteurs, ostéopathes, naturopathes) ou des travailleurs indépendants qui, résidant et travaillant dans le département de Mayotte, ont connu une interruption du recouvrement de leurs cotisations de sécurité sociale.

En effet, certaines professions libérales, principalement les ostéopathes, les naturopathes et les chiropracteurs, n'ont pas été affiliées au titre de cette activité à un régime de sécurité sociale obligatoire, et par conséquent à une caisse de retraite, pendant plusieurs années, en l'absence de reconnaissance légale de leur profession. Bien que leur activité soit désormais reconnue, ils n'ont pas pu cotiser et plus particulièrement s'ouvrir des droits à retraite au titre de cette activité durant une partie de leur carrière. Afin de remédier à cette situation, il est proposé de leur ouvrir la possibilité de racheter des trimestres de retraite pour ces périodes de non affiliation.

Par ailleurs, les cotisations des travailleurs indépendants mahorais affiliés à la Caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM) ne sont pas recouvrées depuis 2012. Ils n'ont donc pas pu s'ouvrir des droits à retraite pour la période allant de 2012 à 2021. Il est également proposé à ces travailleurs indépendants un dispositif de rachat de trimestres permettant la validation des droits passés à des conditions avantageuses.

Article 55

[Extension de la retraite progressive aux salariés en convention de forfait en jours et aux mandataires sociaux]

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

1° L'article L. 351-15 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« L'assuré qui exerce une activité à titre exclusif à temps partiel au sens de l'article L. 3123-1 du code du travail ou à temps réduit par rapport à la durée maximale légale, réglementaire ou conventionnelle exprimée en jours ou en heures peut, sous condition de durée d'activité déterminée par voie réglementaire, demander la liquidation de sa pension de vieillesse et le service d'une fraction de celle-ci à condition : »

b) Au cinquième alinéa, les mots : « ; en cas de modification de son temps de travail, l'assuré peut obtenir la modification de cette fraction de pension » sont remplacés par les mots : « ou à temps réduit ; en cas de modification du temps de travail, cette fraction de pension est modifiée » ;

c) Le dernier alinéa est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« Le présent article est également applicable :

« 1° Aux assurés exerçant soit plusieurs activités salariées à temps partiel, soit plusieurs activités salariées à temps réduit, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat ;

« 2° Aux assurés justifiant d'une activité non-salariée relevant du champ de l'article L. 311-3, exercée à titre exclusif dans des conditions fixées par décret et relatives, notamment, à la diminution des revenus professionnels ; la condition de durée d'activité mentionnée au premier alinéa du présent article n'est pas applicable à ces assurés. »

2° L'article L. 351-16 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « suspendu » est remplacé par les mots : « également supprimé à titre définitif » et cet alinéa est complété par les mots : « et en cas de décès » ;

b) Le deuxième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le service de la fraction de pension est suspendu lorsque les conditions pour en bénéficier, autres que celles mentionnées au premier alinéa, ne sont plus réunies. »

3° L'article L. 634-3-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 634-3-1.* – Les prestations mentionnées aux articles L. 634-2 et L. 634-3 sont, sur demande de l'assuré, liquidées et servies dans les conditions prévues aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 351-15 lorsque celui-ci justifie d'une activité exercée à titre exclusif relevant de l'article L. 631-1, dans des conditions fixées par décret et relatives à la diminution des revenus professionnels.

« Cette demande entraîne la liquidation provisoire et le service de la même fraction de pension dans le régime général, le régime des salariés agricoles, le régime des professions libérales et le régime des non-salariés agricoles.

« La fraction de pension qui est servie varie dans des conditions fixées par décret en fonction de la diminution des revenus professionnels ; en cas de modification de ses revenus professionnels, cette fraction de pension est modifiée au terme d'un délai déterminé.

« Le service de la fraction de pension est remplacé par le service de la pension complète, à la demande de l'assuré, lorsque celui-ci cesse totalement son activité et qu'il en remplit les conditions d'attribution. Il est également supprimé à titre définitif lorsque les revenus professionnels de l'assuré atteignent ou excèdent le montant de revenus perçus antérieurement au service de la fraction de pension et en cas de décès.

« Le service de la fraction de pension est suspendu lorsque les conditions pour en bénéficier, autres que celles mentionnées à l'alinéa précédent, ne sont plus réunies.

« La pension complète est liquidée compte tenu du montant de la pension initiale et de la durée d'assurance accomplie depuis son entrée en jouissance, dans des conditions fixées par décret. »

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

1° A l'article L. 732-29, les mots : « à temps partiel » sont remplacés par le mot : « réduite » ;

2° L'article L. 742-3 est ainsi modifié :

a) Au quatrième alinéa, les mots : « , aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et à la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg » sont remplacés par les mots : « et aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail » ;

b) Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'application du dernier alinéa de l'article L. 351-15 du code de la sécurité sociale, la référence à l'article L. 311-3 est remplacée par la référence à l'article L. 722-20. »

III. – Après le 3° de l'article 5 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 3° bis L'article L. 634-3-1 du code de la sécurité sociale ; ».

IV. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

Exposé des motifs

Dans sa décision n° 2020-885 QPC du 26 février 2021, le Conseil constitutionnel a considéré que la fermeture du droit à la retraite progressive des salariés dont la durée de travail est fixée par un forfait annuel en jours était constitutive d'une inégalité devant la loi par rapport au droit à la retraite progressive des salariés à temps partiel, dont la durée de travail est fixée en heures. Il a en conséquence prononcé l'abrogation du dispositif de retraite progressive applicable aux travailleurs salariés en la différant au 1^{er} janvier 2022 pour laisser au législateur le temps de prendre de nouvelles dispositions.

Le présent article tire les conséquences de cette décision en ouvrant le dispositif de retraite progressive aux salariés bénéficiaires d'une convention de forfait en jours ou en heures, ainsi qu'aux mandataires sociaux. Cet article procède également à quelques adaptations ou clarifications rédactionnelles et rend les dispositions spécifiques aux travailleurs indépendants applicables à Saint-Pierre-et-Miquelon.

TITRE II : DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DEPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES REGIMES OBLIGATOIRES

Article 56 [Dotation au FMIS, aux ARS et à l'ONIAM]

I. - Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé mentionnée à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est fixé à 1 015 millions d'euros pour l'année 2022.

II. – Le montant de la contribution de la branche mentionnée au 5° de l'article L.200-2 du code de la sécurité sociale au financement du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé mentionnée à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est fixé à 90 millions d'euros pour l'année 2022.

III. - Le montant de la contribution de la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale au financement des agences régionales de santé au titre de

leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 168,3 millions d'euros pour l'année 2022.

IV. - Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionné à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 135 millions d'euros pour l'année 2022.

Exposé des motifs

Reprenant et élargissant les missions du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), le fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) est chargé de conduire et d'accompagner certaines opérations d'ampleur, autour de deux grandes priorités :

- les projets hospitaliers prioritaires et les investissements ville – hôpital ;
- le rattrapage du retard sur le numérique en santé.

Le montant de la dotation de l'assurance maladie au fonds pour la modernisation de l'investissement en santé (FMIS) pour l'année 2022 est fixé à hauteur de 1015 millions d'euros. Cette dotation permet de poursuivre l'accompagnement des opérations d'investissement et de modernisation des établissements de santé conformément aux engagements pris dans le cadre du plan « Ma santé 2022 » et d'amorcer l'accompagnement de nouveaux projets prioritaires d'investissement.

La mesure fixe également à 90 millions d'euros le montant de la contribution de la branche autonomie au FMIS afin de financer le volet établissements médico-sociaux du Ségur numérique.

La présente mesure fixe par ailleurs à 168,3 millions d'euros le montant de la contribution de la CNSA aux ARS au titre de l'exercice 2022 pour financer un certain nombre de dispositifs d'appui aux politiques de soutien à la perte d'autonomie : groupements d'entraide mutuelle (GEM), maisons pour l'intégration et l'autonomie des malades d'Alzheimer (MAIA), habitat inclusif...

Enfin, en application de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) est financé par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour sa mission d'indemnisation des accidents médicaux et des préjudices résultant de contaminations par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites B et C (VHB et VHC) et du virus T-lymphotropique humain (HTLV). Le montant de cette dotation, fixé à 135 millions d'euros, a été calculé pour l'année 2022 afin de faire face aux risques financiers inhérents à une potentielle augmentation des infections nosocomiales liée à la forte fréquentation des établissements de santé depuis le début de la crise sanitaire et le risque, entre autres, d'augmentation des infections nosocomiales qu'il induit. Le fonds de roulement de l'établissement serait ainsi fixé en 2022 à 51 M€, niveau prudentiel correspondant à près de trois mois de dépenses d'indemnisation et permettant de prévenir tout aléa sur la constatation des dépenses d'indemnisation pour l'année à venir.

Article 57

[Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès]

Pour l'année 2022, les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 229,6 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 228,1 milliards d'euros.

Exposé des motifs

La progression des dépenses d'assurance-maladie tient compte des engagements en faveur du Ségur de la santé et des risques liées à la crise sanitaire.

Article 58

[ONDAM et sous-ONDAM]

Pour l'année 2022, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

(en milliards d'euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	102,1
Dépenses relatives aux établissements de santé	95,3
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	14,3
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	13,3
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	5,9
Autres prises en charge	5,4
Total	236,3

Exposé des motifs

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie est fixé à 236,3 milliards d'euros en 2022, après avoir atteint 237 milliards d'euros en 2021, soit une baisse de 0,6%. Cette réduction s'explique exclusivement par une moindre incidence des mesures exceptionnelles liées à la crise sanitaire de la Covid-19 par rapport à l'année précédente. En neutralisant les dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire, l'ONDAM progresse de 3,8% entre 2021 et 2022, du fait de la croissance tendancielle et spontanée des dépenses de santé et alors que les mesures de revalorisation et d'investissement décidées lors du Ségur de la Santé continuent de porter ces dépenses à la hausse.

Article 59

[Dotation au FIVA, au FCAATA, transfert compensation sous-déclaration ATMP et sous-déclaration des ATMP]

I.- Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 220 millions d'euros au titre de l'année 2022.

II.- Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 327 millions d'euros au titre de l'année 2022.

III.- Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 1,1 milliard d'euros au titre de l'année 2022.

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 123,6 millions d'euros et 8,7 millions d'euros pour l'année 2022.

Exposé des motifs

Le présent article a pour objet de fixer les montants des dotations versées par la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT/MP) du régime général au Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA), au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), à la branche maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des AT/MP, ainsi que le montant correspondant aux dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente et par le compte professionnel de prévention.

Concernant en premier lieu le FIVA, la baisse du nombre global de demandes (demandes de nouvelles victimes et demandes supplémentaires, par exemple pour les ayants droit) enregistrées en 2020 et l'évolution de la structuration de la demande observée au premier semestre 2021 (marqué par une baisse de la proportion de nouvelles victimes susceptibles de générer des dépenses d'indemnisation plus importantes) engendrent une prévision de dépenses d'indemnisation moindre qu'escompté en 2021, portant le niveau de fonds de roulement prévisionnel pour 2021 à un niveau de 115 millions d'euros, très supérieur au niveau projeté initialement. Pour 2022, le nombre de demandes est estimé à 20 400 demandes, soit un niveau proche de celui réalisé en 2019, dernière année de référence d'avant crise sanitaire. Le montant total des dépenses ainsi est estimé à 369,6 millions d'euros, dont 310 millions d'euros au titre des seules dépenses d'indemnisation. Compte tenu d'une dotation de l'Etat maintenue à 8 millions d'euros (avant mise en réserve de crédits) et des autres produits du fonds (prévus à 80,2 millions d'euros), la dotation de la branche AT/MP est fixée à un montant de 220 millions d'euros, garantissant un niveau de fonds de roulement de 53 millions d'euros.

En deuxième lieu, la baisse tendancielle des dépenses du FCAATA devrait se poursuivre en 2022 : le total des charges est ainsi évalué à 377 millions d'euros, en diminution de 9,4% par rapport à la prévision d'exécution de 2021 (415 millions d'euros). Dans ce contexte, marqué par un résultat et un résultat cumulé prévisionnels excédentaires en 2021 (à hauteur respectivement de 53 millions et de 49 millions d'euros), il est proposé de calibrer la dotation 2022 de la branche AT/MP de manière à dégager un déficit en 2022 de 49 millions d'euros et, de ce fait, d'assurer l'équilibre du résultat cumulé du fonds ; la dotation serait ainsi fixée à hauteur de 327 millions d'euros.

En troisième lieu, la commission d'évaluation de la sous-déclaration des AT/MP, présidée par un magistrat de la Cour des comptes, s'est tenue au premier semestre 2021. Celle-ci a évalué le montant de la sous-déclaration des AT-MP, sur la base des données scientifiques et épidémiologiques les plus récentes, dans une fourchette comprise entre 1,2 Md€ et 2,1 Md€. Le montant est ainsi revu à la hausse par rapport à l'estimation à laquelle avait procédé la précédente commission en 2017 (entre 0,8 Md€ et 1,5 Md€), compte tenu de l'actualisation des études scientifiques sur la prévalence des différentes pathologies et leur lien avec l'activité professionnelle. Aussi, il est proposé de relever graduellement le montant du versement annuel de la branche AT/MP au titre de la sous-déclaration et de le fixer à 1,1 Md€ pour 2022. Le montant du transfert vers la branche maladie augmentera par la suite progressivement pour atteindre la fourchette basse de l'estimation de la commission, soit 1,2 Md€.

En quatrième lieu, en application de l'ordonnance du 22 septembre 2017 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, la loi de financement de la sécurité sociale détermine le montant couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente et les dépenses supplémentaires engendrées par le compte professionnel de prévention. Le montant total des dépenses au titre des deux dispositifs est évalué pour la branche AT/MP du régime général à 123,6 millions d'euros en 2022 (93,6 millions d'euros au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente et 30 millions d'euros au titre du compte professionnel de prévention). Pour la branche AT/MP du régime des salariés agricoles, il est évalué à 8,7 millions d'euros en 2022 (8,2 millions d'euros au titre de la retraite anticipée pour incapacité permanente et 0,5 million d'euros au titre du compte professionnel de prévention)

Article 60

[Objectif de dépenses de la branche ATMP]

Pour l'année 2022, les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :

- 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 14,1 milliards d'euros ;
- 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 12,7 milliards d'euros.

Exposé des motifs

L'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles des régimes obligatoires de base sont fixées à 14,1 milliards d'euros, en augmentation par rapport à 2021.

Article 61
[Objectif de dépenses de la branche vieillesse]

Pour l'année 2022, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés :
1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 256,6 milliards d'euros ;
2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 147,8 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Les dépenses d'assurance vieillesse des régimes obligatoires de base de sécurité sociale progressent à hauteur de 2 % entre 2021 et 2022.

Article 62
[Objectif de dépenses de la branche famille]

Pour l'année 2022, 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 augmentent de 300 millions d'euros entre 2021 et 2022.

Article 63
[Objectif de dépenses de la branche autonomie]

Pour l'année 2022, les objectifs de dépenses de la branche autonomie de la sécurité sociale sont fixés à 34,2 milliards d'euros.

Exposé des motifs

L'article 5 de la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a créé une cinquième branche de la sécurité sociale dédiée à l'autonomie. Les objectifs de dépenses pour 2022 de cette branche sont fixés à 34,2 milliards d'euros, en augmentation de 6,1 % par rapport à 2021 pour permettre de financer les mesures nouvelles pour les établissements médico-sociaux ainsi que les dispositifs de soutien de la prise en charge à domicile grâce à l'abondement des financements en direction des départements.

Article 64
[Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV)]

Pour l'année 2022, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi qu'il suit :

(En milliards d'euros)

	Prévision de charges
Fonds de solidarité vieillesse	19,5

Exposé des motifs

Les dépenses du Fonds de solidarité vieillesse devraient diminuer de 100 millions par rapport à 2021. Cette baisse s'explique principalement par une baisse du coût des prises en charge en raison du contrecoup de la crise.

ANNEXES

ANNEXE A

RAPPORT RETRAÇANT LA SITUATION PATRIMONIALE, AU 31 DÉCEMBRE 2020, 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 2020

I. - Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2020 :

(en milliards d'euros)

ACTIF	2020 (net)	2019 (net)	PASSIF	2020	2019
Immobilisations	7,3	7,4	Fonds propres	-86,7	-61,4
Immobilisations non financières	5,2	5,2	Dotations	19,0	20,7
			<i>Régime général</i>	0,2	0,2
Prêts, dépôts de garantie	1,3	1,4	<i>Autres régimes</i>	7,3	7,0
			<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>	11,3	13,4
			Réserves	22,9	22,2
			<i>Régime général</i>	3,8	3,8
			<i>Autres régimes</i>	7,2	7,3
			<i>FRR</i>	11,9	11,1
			Report à nouveau	-108,1	-122,6
			<i>Régime général</i>	5,1	-4,6
			<i>Autres régimes</i>	-0,2	-4,1
			<i>FSV</i>	-3,7	-8,4
			<i>CADES</i>	-109,3	-105,5
			Résultat de l'exercice	- 22,9	15,4
			<i>Régime général</i>	-36,2	-0,3
			<i>Autres régimes</i>	-1,0	+0,1
			<i>Fonds de solidarité vieillesse (FSV)</i>	-2,5	-1,6
			<i>CADES</i>	16,1	16,3
			<i>FRR</i>	0,7	0,8
			Ecart d'estimation (réévaluation des actifs du	2,4	2,9

			FRR en valeur de marché)		
			Provisions pour risques et charges	20,9	17,2
Actif financier	68,1	57,9	Passif financier	178,8	132,5
Valeurs mobilières et titres de placement	39,2	45,1	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, europapiers commerciaux)	165,5	118,6
<i>Régime général</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	<i>Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)</i>	<i>62,5</i>	<i>26,5</i>
<i>Autres régimes</i>	<i>13,8</i>	<i>12,9</i>	<i>CADES</i>	<i>103,0</i>	<i>92,0</i>
<i>CADES</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	Dettes à l'égard d'établissements de crédits	7,3	6,4
<i>FRR</i>	<i>25,3</i>	<i>32,3</i>	<i>Régime général (ordres de paiement en attente)</i>	<i>6,0</i>	<i>5,1</i>
Encours bancaire	26,9	12,1	<i>Autres régimes</i>	<i>0,4</i>	<i>0,3</i>
<i>Régime général</i>	<i>10,6</i>	<i>1,5</i>	<i>CADES</i>	<i>1,0</i>	<i>1,0</i>
<i>Autres régimes</i>	<i>5,6</i>	<i>6,4</i>			
<i>FSV</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	Dépôts reçus	0,4	0,4
<i>CADES</i>	<i>9,9</i>	<i>3,1</i>	<i>ACOSS</i>	<i>0,4</i>	<i>0,4</i>
<i>FRR</i>	<i>0,7</i>	<i>1,1</i>			
Créances nettes au titre des instruments financiers	2,0	0,6	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,0	0,2
<i>CADES</i>	<i>1,7</i>	<i>0,3</i>	<i>ACOSS</i>	<i>0</i>	<i>0,2</i>
<i>FRR</i>	<i>0,3</i>	<i>0,3</i>	Autres	5,4	6,8
			<i>Autres régimes</i>	<i>5,3</i>	<i>5,7</i>
			<i>CADES</i>	<i>0,1</i>	<i>1,1</i>
Actif circulant	101,6	83,4	Passif circulant	64,1	60,4
Créances de prestations	12,1	9,2	Dettes et charges à payer à l'égard des bénéficiaires	29,0	30,5
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	16,9	8,5	Dettes et charges à payer à l'égard des cotisants	4,4	2,1
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et autres impositions	52,1	47,8			
Créances sur entités publiques et organismes de sécurité sociale	13,1	10,9	Dettes et charges à payer à l'égard d'entités	16,4	11,4

			publiques et organismes de sécurité sociale		
Produits à recevoir de l'Etat	1,9	0,6			
Autres actifs	5,5	6,3	Autres passifs	14,2	16,5
Total de l'actif	177,0	148,7	Total du passif	177,0	148,7

Sur le champ des régimes de base, du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), de la Caisse d'amortissement de la dette publique (CADES) et du Fonds de réserve pour les retraites (FRR), le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, mesuré par ses fonds propres négatifs, et qui recouvre pour l'essentiel le cumul des déficits passés restant à financer, s'élevait à 86,7 milliards d'euros au 31 décembre 2020. L'encours de dette sur les produits techniques à fin 2020 était de l'ordre de 17%, soit environ 2 mois de recettes.

Alors qu'il atteignait un niveau très élevé à la fin de la précédente décennie, en partie imputable à la crise économique, le passif net a été un recul constant entre 2014 et 2019 (baisse de 7,9 milliards d'euros entre 2015 et 2016, de 12,8 milliards d'euros entre 2016 et 2017, de 11,6 milliards d'euros entre 2017 et 2018, et de 15,6 milliards d'euros entre 2018 et 2019). Tout au long de la période, la réduction des déficits des régimes de base et du FSV et les bons résultats de la CADES et du FRR ont conduit à dégager un résultat consolidé positif sur le périmètre d'ensemble de la sécurité sociale.

Cependant, dans le contexte de crise sanitaire et économique, le passif net connaît une inversion de tendance marquée en 2020, il s'accroît de 25,3 Md€ par rapport à 2019. Cette dégradation reflète le niveau exceptionnellement élevé des déficits des régimes de base et du FSV en 2020 (déficit de 39,7 milliards d'euros sur ce champ), dont l'effet n'est que partiellement compensé par les résultats de la CADES (16,1 milliards d'euros en 2020 reflétant l'amortissement de la dette portée par la caisse) et du portefeuille du FRR. Le résultat consolidé sur le périmètre d'ensemble de la sécurité sociale, retracé dans le tableau ci-dessus, est ainsi fortement déficitaire (déficit de 22,9 milliards d'euros en 2020, contre un résultat consolidé positif de 15,4 milliards d'euros en 2019).

Le financement du passif net de la sécurité sociale est assuré à titre principal par un recours à l'emprunt, essentiellement porté par la CADES et l'ACOSS. L'endettement financier net de la sécurité sociale, qui correspond à la différence entre les dettes financières et les actifs financiers placés ou détenus en trésorerie, suit donc en premier lieu les mêmes tendances que le passif net auquel il est fait référence ci-dessus, en subissant secondairement les effets de la variation du besoin en fonds de roulement lié au financement des actifs et passifs circulants (créances et dettes) et des acquisitions d'actifs immobilisés, qui ont également un impact sur la trésorerie. Après l'infléchissement observé entre 2015 et 2019, l'endettement financier s'est fortement accru en 2020 (110,6 milliards d'euros contre 74,6 milliards d'euros fin 2019), en cohérence avec l'évolution du passif net et l'augmentation marquée du besoin en fonds de roulement.

Evolution du passif net, de l'endettement financier net et des résultats comptables consolidés de la sécurité sociale depuis 2009

(en milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Passif net au 31/12 (capitaux propres négatifs)	- 66,3	- 87,1	- 100,6	- 107,2	- 110,9	-110,7	-109,5	-101,4	-88,5	-77,0	-61,4	-86,7
Endettement financier net au 31/12	- 76,3	- 96,0	- 111,2	- 116,2	- 118,0	-121,3	-120,8	-118,0	-102,9	-86,8	-74,6	-110,6
Résultat comptable consolidé de l'exercice (régimes de base, FSV, CADES et FRR)	-19,6	-23,9	-10,7	-5,9	-1,6	+1,4	+4,7	+8,1	+12,6	+14,9	+15,4	-22,9

II. - Couverture des déficits et affectation des excédents constatés sur l'exercice 2020

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. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a étendu cette reprise progressive aux déficits 2012 à 2017 des branches maladie et famille.

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 a conduit à reprendre un montant total de 23,6 milliards d'euros 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 ayant été saturé après les transferts intervenus en 2016, à fin 2019, l'ACOSS portait en dette à court terme les déficits des derniers exercices. Son endettement financier brut atteignait 26,9 milliards d'euros au 31 décembre 2019.

Dans le contexte d'accroissement de la dette des régimes de base de sécurité sociale et du besoin de financement de l'ACOSS, l'article 1^{er} de la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a prévu un transfert à la CADES d'un montant global de 136 milliards d'euros, organisé en plusieurs étapes.

Dans un premier temps, des versements effectués avant le 30 juin 2021 financent, dans la limite de 31 milliards d'euros les déficits cumulés non repris constatés au 31 décembre 2019 de la branche maladie du régime général, du FSV, de la branche vieillesse du régime des non-salariés agricoles et de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL). Sur ce fondement, le décret n° 2020-1074 du 19 août 2020 et le décret n° 2021-40 du 19 janvier 2021 ont organisé des transferts de la CADES à hauteur de 20 milliards d'euros en 2020 et de 11 milliards d'euros en 2021. Dans

un second temps, des versements à compter de 2021 ont vocation à financer, dans la limite de 92 milliards d'euros, les déficits cumulés des exercices 2020 à 2023 des branches maladie, vieillesse et famille du régime général, du FSV et de la branche vieillesse du régime des non-salariés agricoles.

Concernant la situation des branches et régimes en 2020, dans le contexte de pandémie sanitaire, le déficit du régime général atteint 36,2 milliards d'euros et celui du FSV, 2,5 milliards d'euros. Les déficits des branches maladie et vieillesse se sont élevés respectivement à 30,4 et 3,7 milliards d'euros. Les branches famille et accidents du travail et maladies professionnelles, alors qu'elles étaient en excédent en 2019, ont enregistré des déficits respectivement de 1,8 et 0,2 milliard d'euros.

Concernant les régimes de base autres que le régime général et qui présentent une situation déficitaire en 2020, le résultat de la CNRACL ressort en déficit à -1,5 milliard d'euros en 2020. La CADES a repris les déficits des exercices 2018 et 2019 de la caisse lors du transfert intervenu en janvier 2021. Le régime de base de la caisse nationale des barreaux français affiche également un déficit en 2020, à hauteur de 0,02 milliard d'euros, contre un excédent de 0,06 milliard d'euros en 2019.

Concernant les autres régimes de base, la branche retraite du régime des exploitants agricoles a de nouveau présenté un bénéfice en 2020, à hauteur de 0,01 milliard d'euros en 2020. Les transferts de la CADES en 2020 et 2021, d'un montant total de 3,6 milliards d'euros, ont permis de couvrir l'ensemble de ses déficits cumulés depuis 2011 (les déficits 2009 et 2010 avaient été repris par la CADES en 2011).

Les excédents du régime de retraite des professions libérales (0,1 milliard d'euros en 2020) et de la branche vieillesse du régime de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (0,1 milliard d'euros en 2020) diminuent respectivement de 0,3 milliard d'euros et 0,1 milliard d'euros en 2020. Ces excédents sont affectés aux réserves des régimes concernés.

Les autres régimes présentent par construction des résultats annuels équilibrés ou très proches de l'équilibre. Il en est ainsi des branches et régimes intégrés financièrement au régime général (ensemble des branches maladie des différents régimes de base depuis la mise en œuvre, en 2016, de la protection universelle maladie, branches vieillesse de base du régime des salariés agricoles depuis 1963 et du régime social des indépendants jusqu'en 2017), des régimes de retraite équilibrés par des subventions de l'Etat (SNCF, RATP, régimes des mines et des marins) et des régimes d'employeurs (fonction publique de l'Etat, industries électriques et gazières), équilibrés par ces derniers. Concernant le régime des mines, les déficits passés cumulés de la branche maladie ont par ailleurs été transférés à la CNAM à hauteur de 0,7 milliard d'euros en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

ANNEXE B

RAPPORT DECRIVANT LES PREVISIONS DE RECETTES ET LES OBJECTIFS DE DEPENSES PAR BRANCHE DES REGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU REGIME GENERAL, LES PREVISIONS DE RECETTES ET DE DEPENSES DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES REGIMES AINSI QUE L'OBJECTIF NATIONAL DES DEPENSES D'ASSURANCE-MALADIE POUR LES QUATRE ANNEES A VENIR

La présente annexe décrit l'évolution des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse pour la période 2022-2025.

La crise sanitaire et économique sans précédent a conduit à dégrader fortement les comptes sociaux en 2020 et 2021. Cette dégradation relève en premier lieu de l'effondrement de l'activité économique en 2020 et du surcroît de dépenses occasionné par la crise sanitaire, mais aussi de mesures plus structurelles visant à rénover le système de soins, dans le cadre du Ségur de la santé, et à renforcer les politiques de soutien à l'autonomie.

La reprise de l'activité économique, marquée à compter de 2021, est venue soutenir les recettes des régimes de sécurité sociale et améliorer leur situation financière par rapport à 2020. L'économie ayant mieux résisté que prévu à la crise sanitaire et économique, les prévisions financières sont améliorées à moyen terme par rapport à celles de la LFSS pour 2021 (I). Les comptes de la sécurité sociale demeureraient toutefois fortement dégradés à moyen terme, sous l'effet de recettes durablement affectées par la crise, et d'une hausse des dépenses de la branche d'assurance maladie, que celles-ci soient ponctuelles pour faire face à la crise sanitaire, ou structurelles (II). Au total, les branches d'assurance vieillesse et surtout maladie seraient dans une situation de déficits élevés durant les années à venir, alors que la branche famille et la branche AT-MP dégageront des excédents croissants dès 2021 à la faveur de la reprise économique. Enfin, la nouvelle branche autonomie présenterait une trajectoire excédentaire à moyen terme, reflétant le surcroît de recettes de CSG apporté en 2024. Ses dépenses seraient dynamiques sur toute la période, sous l'effet de la mise en œuvre des mesures relatives à l'autonomie prévues dans le présent PLFSS (III).

I. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 repose sur un scénario de net rebond de l'économie dès 2021, qui se poursuivrait en 2022

Dans un contexte épidémique qui tend à s'améliorer, et au vu de l'orientation positive des indicateurs de conjoncture économique, le Gouvernement retient une hypothèse de rebond du PIB en volume de 6,0 % en 2021 et de 4,0 % en 2022, puis d'un retour progressif de la croissance vers son niveau potentiel. En effet, celle-ci atteindrait 1,6 % en 2023 avant de revenir durablement à 1,35 %, soit l'hypothèse de croissance potentielle de moyen terme, en ligne avec ce qui était prévu dans la dernière loi de programmation des finances publiques (LPFP).

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 :

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
PIB en volume	1,4 %	-7,9 %	6,0 %	4,0 %	1,6 %	1,4 %	1,4 %
Masse salariale privée*	3,1 %	-5,7 %	6,2 %	6,1 %	3,9 %	3,4 %	3,4 %
Inflation hors tabac	0,9 %	0,2 %	1,4 %	1,5 %	1,5 %	1,6 %	1,8 %
ONDAM	2,6 %	9,4 %	7,4 %	-0,6 %	2,4 %	2,3 %	2,3 %
ONDAM hors Covid	2,6 %	3,3 %	6,6 %	3,8 %	2,4 %	2,3 %	2,3 %

* La masse salariale du secteur privé soumise à cotisations (hors prime exceptionnelle de pouvoir d'achat versée en 2021) progresserait de 6,6 % en 2022.

La masse salariale du secteur privé, principal déterminant de la progression des recettes du régime général, progresserait de 6,2 % en 2021, puis à nouveau de 6,1 % en 2022, avant de revenir progressivement à son rythme tendanciel (3,9 % en 2023 puis 3,4 % à compter de 2024). L'inflation augmenterait progressivement avec un effet à la hausse sur les salaires nominaux, malgré le ralentissement de la croissance de la masse salariale.

La trajectoire présentée dans cette annexe repose, à titre conservatoire, sur une convention « hors mesures nouvelles » en économies ou en dépenses, ainsi que le prévoit la loi organique. De la même manière, la trajectoire d'ONDAM prolonge celle de la dernière loi de programmation des finances publiques à partir de 2023, soit 2,4 % hors dépenses programmées dans le cadre du Ségur de la santé. Les dépenses de soutien à l'investissement des établissements de santé et médicosociaux du Ségur diminuant à compter de 2024, l'évolution de l'ONDAM après Ségur devrait s'élever à 2,3 % en 2024 et 2025.

Le Haut Conseil des finances publiques (HCFP), dans son avis publié le 22 septembre 2021, juge « prudente » la prévision de croissance du Gouvernement en 2021 (+ 6,0%) et « plausible » celle de 2022 (+ 4,0 %). En revanche, il estime que la prévision de l'emploi et de la masse salariale est trop basse, tant pour 2021 que 2022. Si ces aléas haussiers se matérialisaient, ils seraient de nature à améliorer la trajectoire de recettes et donc de solde de la sécurité sociale à l'horizon de la présente annexe.

II. La trajectoire financière tient compte des conséquences de la dégradation marquée des recettes de la sécurité sociale en raison de la crise, ainsi que de dépenses nouvelles d'assurance maladie pour répondre de manière exceptionnelle à la crise et adapter structurellement le système de santé

Comme lors de la crise économique et financière de 2008, la sécurité sociale a joué un rôle majeur d'amortisseur économique et social, tant en matière de prélèvements que de dépenses. Majoritairement proportionnelles au niveau d'activité, les recettes se sont fortement contractées alors que les secondes se sont maintenues s'agissant des prestations retraite et famille, dont les déterminants ne sont pas affectés par la crise, et ont fortement progressé pour ce qui concerne la branche maladie.

La diminution de l'activité économique s'est traduite par une baisse massive des prélèvements sociaux et des recettes fiscales perçus par la sécurité sociale en 2020. En effet,

les ressources de la sécurité sociale proviennent pour une large part des revenus d'activité, qui ont régressé du fait de la crise. En outre, les mesures prises pour l'endiguer et le ralentissement marqué de l'activité économique ont conduit de nombreuses entreprises à placer leurs salariés en activité partielle, dont l'indemnité est exonérée de cotisations sociales et seulement soumise, comme les allocations chômage et en tant que revenu de remplacement, à un taux de CSG réduit. Ainsi, le recours à l'activité partielle, massif au cours du deuxième trimestre 2020 et encore élevé au cours des mois suivants, associé aux pertes d'emploi consécutives à la crise, a entraîné une forte contraction de la masse salariale privée cotisée (5,7 % sur l'année) et, par conséquent, des recettes de cotisations et de la CSG. Pour préserver l'activité économique et l'emploi, le Gouvernement a mis en place un ensemble de mesures pour soutenir les entreprises et les travailleurs indépendants, qui incluent des dispositifs d'exonérations et d'aide au paiement des cotisations et contributions sociales en faveur des secteurs les plus touchés par la crise, compensés à la sécurité sociale par l'État.

Au total, les recettes du régime général et du FSV se sont repliées de 2,9 % en 2020, les fortes baisses sur les revenus d'activité étant quelque peu compensées par l'augmentation des recettes sur les revenus de remplacement (augmentation des indemnités journalières) et par le versement à la CNAV de la soulte des industries électriques et gazières gérée par le FRR décidée par la loi dette sociale et autonomie du 7 août, pour un montant de 5,0 Md€.

En 2021, le dynamisme retrouvé des recettes peinerait à couvrir les dépenses supplémentaires dues à la poursuite de la crise sanitaire et aux mesures nouvelles du Ségur de la santé. La résorption du déficit du régime général et du FSV serait modérée (4,0 Md€, soit une prévision de déficit de 34,6 Md€). Les recettes connaîtraient un rebond sous l'effet de la reprise économique, soutenue par les mesures de soutien aux entreprises et par le plan de relance. Les cotisations sociales du secteur privé et la CSG augmenteraient fortement, tirées par le dynamisme attendu de la masse salariale soumise à cotisations du secteur (+6,2 %). Au total, les recettes du régime général et du FSV augmenteraient de +6,6 % à périmètre constant.

S'agissant des dépenses, celles de la branche maladie ont été très fortement affectées par la crise sanitaire et leur dynamisme se poursuit au-delà de celle-ci compte tenu des décisions plus structurelles décidées dans le cadre du Ségur de la santé. Ainsi, l'ONDAM a progressé de 9,4 % en 2020, et progresserait encore de 7,4 % en 2021.

En 2022, le déficit du régime général et du FSV atteindrait 21,6 Md€, en très nette amélioration par rapport à 2021 (+13,0 Md€). Les dépenses nettes consolidées du régime général et du FSV ne progresseraient que de 0,8 %, sous l'effet notamment de la forte baisse des dépenses sanitaires directement liées à la Covid. Parallèlement, les recettes du régime général et du FSV croîtraient de 3,9 %, soutenues par le rebond de la masse salariale du secteur privé (+6,1%) qui entraînerait une hausse des cotisations sociales et de la CSG (+5,0%). Enfin, l'ensemble des impôts, taxes et contributions sociales hors CSG progresseraient de 2,7%, soit un rythme inférieur à celui du PIB, en raison de la fin de l'effet favorable temporaire des mesures de restriction de déplacement sur le rendement des taxes sur les tabacs et de la non reconduction de la contribution exceptionnelle des organismes d'assurance maladie complémentaire (0,5 Md€ en 2021), visant à prendre en charge une partie des dépenses auxquelles l'assurance maladie obligatoire fait face dans le cadre de la gestion de l'épidémie.

Dans les projections pluriannuelles, la progression des dépenses serait proche ou légèrement inférieure à celle de l'activité à compter de 2023, hormis pour les prestations vieillesse, tirées par la reprise de l'inflation.

En 2023, le déficit du régime général et du FSV poursuivrait son redressement, à 14,6 Md€. Les recettes (+3,2%) seraient encore dynamiques du fait de la conjoncture économique (croissance de 1,6%), à l'image des cotisations sociales qui croîtraient de 3,5%. A partir de 2023, l'évolution des dépenses ne serait plus liée à la crise sanitaire, ni portée par la montée en charge des revalorisations du Ségur : les dépenses retrouveraient un rythme lié à la démographie et au niveau des revalorisations annuelles. Aussi, les prestations de retraite progresseraient d'environ 2,0 % par an en volume et les prestations familiales croîtraient à un rythme proche de celui de l'inflation.

En 2024, les recettes progresseraient légèrement moins rapidement, en lien avec le ralentissement de la progression attendue de la masse salariale, alors que les dépenses suivraient les mêmes déterminants qu'en 2023. En conséquence, le solde du régime général et du FSV se porterait à -13,0 Md€, en amélioration de 1,6 Md€. En 2025, le solde serait quasiment stable (-13,3 Md€), les recettes n'accéléraient pas alors que les dépenses sont tirées à la hausse par la progression de l'inflation.

III. D'ici 2025, les branches du régime général connaîtraient des évolutions très différenciées, marquées par les effets de la crise

La branche maladie connaît une évolution structurante en 2021 du fait de la création de la branche autonomie qui est notamment en charge de dépenses de prestations dont elle assurait jusqu'à présent le financement. De ce fait, le périmètre de ses dépenses se réduit de 25,9 Md€ à ce titre, soit d'environ 10 %. À l'inverse, le niveau des dépenses structurelles de la branche maladie s'accroît en raison des revalorisations salariales décidées dans le cadre du Ségur (10 Md€ à horizon 2023 qui sont à la charge de la branche maladie et de la branche autonomie).

Après la forte évolution de la structure du financement de l'assurance maladie en 2019 (suppression de 6 points de cotisations d'assurance maladie sur les rémunérations salariées inférieures à 2,5 SMIC, compensation de l'affectation d'une fraction de la CSG sur les revenus d'activité, part de la TVA porté en contrepartie à 28 % des ressources de la branche maladie), la création de la branche autonomie en modifie à nouveau la structure. En effet, la branche autonomie est dorénavant affectataire de ressources de CSG portant sur l'ensemble des revenus soumis à cette contribution, principalement en provenance de la CNAM pour un montant correspondant aux dépenses transférées. La CSG affectée à la branche maladie se réduira donc de 25,8 Md€. De ce fait, la CSG, qui représentait 45 % des ressources de la branche maladie en 2018, avant qu'une fraction soit affectée à l'assurance chômage, pèsera désormais moins du quart de ses recettes totales.

La trajectoire pluriannuelle de l'ONDAM au-delà de 2022 conserve les hypothèses de progression prévues en LFSS 2021 hors Ségur. Aucune mesure en recettes n'étant prévue, la branche maladie resterait déficitaire de près de 15 Md€ en 2025.

La branche autonomie est affectataire, à compter de 2021, d'une nouvelle recette de CSG à hauteur de 1,93 point portant sur l'ensemble des revenus soumis à cette contribution (28,3 Md€) et d'une fraction de taxe sur les salaires (0,6 Md€). Cette dernière vise à neutraliser, pour la CNSA, la charge que représente le risque de non-recouvrement de ses nouvelles recettes de CSG ainsi que sa contribution au fond national de gestion administrative de l'ACOSS.

Au total, les recettes de la branche autonomie s'élèveront à 31,8 Md€, soit un niveau proche des besoins de financement de la branche (32,2 Md€) incluant les mesures nouvelles liées à la mise en place du Ségur de la santé dans le secteur médico-social (impact de 2,2 Md€

en 2021 au titre des revalorisations salariales en établissements et à domicile et de l'investissement) visant à renforcer l'attractivité et la reconnaissance des métiers du médico-social.

En 2022, le déficit de la CNSA se creuserait, en dépit de recettes très dynamiques (+3,9 %). En effet, l'extension des mesures de revalorisation salariale du Ségur de la santé aux personnels des établissements accueillant des personnes en situation de handicap (accords « Laforcade ») aura un effet important sur ses dépenses. De plus, la refonte du financement des services d'aide à domicile dans le cadre du virage domiciliaire, notamment *via* l'application de tarifs plancher, contribuerait aussi à la hausse des dépenses, qui s'établirait à 4,6 %. Enfin, la CNSA financera la prestation de compensation du handicap (PCH) parentalité à partir de 2022, dépense pour laquelle elle bénéficiera d'un transfert en provenance de la branche famille et qui sera donc sans impact sur son solde.

La trajectoire en dépenses de la branche autonomie pour 2023-2025 est en partie conventionnelle s'agissant de l'évolution des dépenses des établissements et services médico-sociaux (l'objectif global de dépenses, composante de l'ONDAM, progresserait de 2,6 % par an). Elle intègre en revanche les mesures nouvelles du PLFSS 2022 en faveur du financement des services d'aide à domicile (dépenses hors ONDAM) et la montée en charge des dépenses liées au plan d'aide à l'investissement dans les établissements médico-sociaux, pour une dépense totale de 2,1 Md€ entre 2021 et 2025.

En 2024, la fraction de CSG affectée à cette branche sera augmentée de 0,15 point supplémentaires (actuellement affectés à la CADES), conformément aux dispositions de la loi du 7 août 2020 sur la dette sociale et l'autonomie. La CNSA afficherait alors un excédent de 1,6 Md€ puis de 1,7 Md€ en 2025 après prise en compte de la montée en charge des mesures nouvelles proposées en PLFSS pour 2022.

S'agissant de la branche AT-MP, le PLFSS pour 2022 prévoit une hausse de 0,1 Md€ du transfert à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail, sur la base de l'avis de la Commission chargée de l'évaluation de la sous-déclaration des AT-MP, qui, dans le cadre de son rapport de 2021, s'est fondée sur les dernières données épidémiologiques pour proposer une évolution de ce montant. L'excédent de la branche doublerait en 2022 (1,3 Md€ après 0,6 Md€ prévus en 2021). À l'horizon 2025, la progression de ses dépenses serait contenue par la baisse tendancielle liée à la prise en charge de l'amiante, alors que ses recettes bénéficieraient de la conjoncture économique favorable. Son excédent serait croissant jusqu'en 2025.

Le déficit de la branche vieillesse du régime général demeurerait stable en 2021 (-3,7 Md€), alors même qu'elle ne bénéficiera plus du versement exceptionnel de la soulte des IEG (5 Md€ en 2020). Les dépenses de la CNAV accéléreraient légèrement et ses recettes progresseraient de 3,0 % (7,0 % en neutralisant le versement de la soulte).

En 2022, son solde s'améliorerait de 1,2 Md€ malgré des prestations tirées par une revalorisation plus forte (1,1 % prévu après 0,4 % en 2021) cohérente avec les perspectives d'inflation, les recettes bénéficiant de l'amélioration de la conjoncture.

À moyen terme, les dépenses croîtraient à un rythme supérieur à celui des recettes, notamment du fait de la plus forte inflation à compter de 2022, et de la démographie qui conduit à une progression des dépenses hors revalorisation proche de 2,0 % par an. En conséquence, le déficit de la branche retraite du régime général s'élèverait à 7,6 Md€ à horizon 2025 pour le régime général et à 9,7 Md€ pour l'ensemble des régimes de base vieillesse et le FSV.

La branche famille renouerait avec l'excédent dès 2021, à hauteur de 1,2 Md€. Au titre de l'année 2022, une fraction de taxe sur les salaires sera transférée à la branche maladie

afin de compenser le coût lié aux indemnités journalières dérogatoires pour garde d'enfants (1,0 Md€) supportées par cette dernière.

L'excédent s'améliorerait encore en 2022, et serait porté à 1,7 Md€, malgré la fin de montée en charge de la réforme du congé paternité (allongé de 11 à 25 jours à compter du 1^{er} juillet 2021). Au vu de la démographie récente et de la baisse des naissances constatées ces dernières années, la dynamique des dépenses de la branche est à court-terme avant tout liée à l'évolution de l'inflation. À l'horizon 2025, son excédent croîtrait, atteignant 5,4 Md€, les produits progressant globalement à un rythme proche de celui attendu de la masse salariale du secteur privé.

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

Recettes, dépenses et soldes du régime général

(En milliards d'euros)

		2018	2019	2020	2021(p)	2022(p)	2023(p)	2024(p)	2025(p)
Maladie	Recettes	210,8	215,2	208,3	200,7	208,4	214,1	218,5	223,9
	Dépenses	211,5	216,6	238,8	230,7	228,1	227,8	233,3	238,7
	Solde	-0,7	-1,5	-30,4	-30,0	-19,7	-13,7	-14,8	-14,8
AT-MP	Recettes	12,7	13,2	12,1	13,1	14,0	14,6	15,1	15,6
	Dépenses	12,0	12,2	12,3	12,5	12,7	13,0	13,0	13,2
	Solde	0,7	1,0	-0,2	0,6	1,3	1,6	2,1	2,5
Famille	Recettes	50,4	51,4	48,2	50,5	51,4	54,0	55,5	57,2
	Dépenses	49,9	49,9	50,0	49,4	49,7	50,4	51,0	51,8
	Solde	0,5	1,5	-1,8	1,2	1,7	3,6	4,5	5,4
Vieillesse	Recettes	133,8	135,7	135,9	140,0	145,3	149,2	153,4	157,5
	Dépenses	133,6	137,1	139,6	143,7	147,8	153,4	159,2	165,1
	Solde	0,2	-1,4	-3,7	-3,7	-2,5	-4,2	-5,8	-7,6
Branche autonomie	Recettes				31,8	33,3	34,2	37,6	38,5
	Dépenses				32,2	34,2	35,0	36,0	36,8
	Solde				-0,4	-0,9	-0,8	1,6	1,7
RG consolidé	Recettes	394,6	402,4	391,6	422,5	438,2	451,7	465,7	478,2
	Dépenses	394,1	402,8	427,8	454,7	458,2	465,3	478,0	491,2
	Solde	0,5	-0,4	-36,2	-32,3	-20,0	-13,6	-12,4	-13,0

Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(En milliards d'euros)

		2018	2019	2020	2021(p)	2022(p)	2023(p)	2024(p)	2025(p)
Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base									
Maladie	Recettes	212,3	216,6	209,8	202,2	209,9	215,6	220,0	225,4
	Dépenses	213,1	218,1	240,2	232,2	229,6	229,3	234,8	240,2
	Solde	-0,8	-1,5	-30,5	-30,0	-19,7	-13,7	-14,8	-14,8
AT-MP	Recettes	14,1	14,7	13,5	14,6	15,6	16,1	16,7	17,2
	Dépenses	13,4	13,6	13,6	13,9	14,1	14,5	14,5	14,7
	Solde	0,7	1,1	-0,1	0,7	1,4	1,7	2,2	2,5
Famille	Recettes	50,4	51,4	48,2	50,5	51,4	54,0	55,5	57,2
	Dépenses	49,9	49,9	50,0	49,4	49,7	50,4	51,0	51,8
	Solde	0,5	1,5	-1,8	1,2	1,7	3,6	4,5	5,4
Vieillesse	Recettes	236,6	240,0	241,2	246,4	253,1	258,9	265,1	271,9
	Dépenses	236,7	241,3	246,1	250,4	256,6	264,6	272,8	281,6
	Solde	-0,1	-1,3	-4,9	-4,0	-3,6	-5,7	-7,6	-9,7
Branche autonomie	Recettes				31,8	33,3	34,2	37,6	38,5
	Dépenses				32,2	34,2	35,0	36,0	36,8
	Solde				-0,4	-0,9	-0,8	1,6	1,7
ROBSS consolidé	Recettes	499,9	509,1	499,3	531,3	548,4	563,9	580,0	595,1
	Dépenses	499,5	509,3	536,6	563,8	569,5	578,9	594,1	610,1
	Solde	0,3	-0,2	-37,3	-32,5	-21,0	-15,0	-14,1	-15,0

Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

		2018	2019	2020	2021(p)	2022(p)	2023(p)	2024(p)	2025(p)
FSV	Recettes	17,2	17,2	16,7	17,2	17,9	18,6	19,1	19,7
	Dépenses	19,0	18,8	19,1	19,6	19,5	19,5	19,7	20,0
	Solde	-1,8	-1,6	-2,5	-2,4	-1,6	-1,0	-0,6	-0,3

Recettes, dépenses et soldes du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

		2018	2019	2020	2021(p)	2022(p)	2023(p)	2024(p)	2025(p)
RG+FSV	Recettes	394,6	402,6	390,8	421,7	438,2	452,4	466,7	479,6
	Dépenses	395,8	404,5	429,4	456,3	459,8	466,9	479,7	492,8
	Solde	-1,2	-1,9	-38,7	-34,6	-21,6	-14,6	-13,0	-13,3

Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

		2018	2019	2020	2021(p)	2022(p)	2023(p)	2024(p)	2025(p)
ROBSS +FSV	Recettes	498,6	508,0	497,2	529,3	547,2	563,3	579,7	595,2
	Dépenses	500,0	509,7	537,0	564,1	569,8	579,3	594,5	610,5
	Solde	-1,4	-1,7	-39,7	-34,8	-22,6	-16,0	-14,8	-15,3

ANNEXE C

ÉTAT DES RECETTES, PAR CATÉGORIE ET PAR BRANCHE, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU RÉGIME GÉNÉRAL AINSI QUE DES RECETTES, PAR CATÉGORIE, DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES RÉGIMES POUR 2022

I.- Régimes obligatoires de base

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies professionnelles	Autonomie	Régimes de base	Fonds de solidarité vieillesse	Régimes de base et FSV
Cotisations effectives	78,2	146,1	32,3	14,7	0,0	269,6	0,0	269,6
Cotisations prises en charge par l'Etat	2,1	3,2	0,7	0,1	0,0	6,2	0,0	6,2
Cotisations fictives d'employeur	0,4	42,9	0,0	0,3	0,0	43,7	0,0	43,7
Contribution sociale généralisée	49,0	0,0	12,7	0,0	29,2	90,6	18,1	108,7
Impôts, taxes et autres contributions sociales	69,9	22,4	4,8	0,0	3,7	100,8	0,0	100,8
Charges liées au non recouvrement	-0,7	-0,7	-0,1	-0,2	-0,2	-1,9	-0,1	-2,1
Transferts	3,2	38,5	0,2	0,1	0,6	29,9	0,0	10,8
Produits financiers	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2
Autres produits	7,6	0,5	0,8	0,4	0,0	9,3	0,0	9,3
Recettes	209,9	253,1	51,4	15,6	33,3	548,4	17,9	547,2

II.- Régime général

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies professionnelles	Autonomie	Régime général	Fonds de solidarité vieillesse	Régime général et FSV
Cotisations effectives	77,5	95,1	32,3	13,7	0,0	216,9	0,0	216,9
Cotisations prises en charge par l'Etat	2,1	2,9	0,7	0,1	0,0	5,9	0,0	5,9
Cotisations fictives d'employeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée	49,0	0,0	12,7	0,0	29,2	90,6	18,1	108,7
Impôts, taxes et autres contributions sociales	69,9	18,0	4,8	0,0	3,7	96,3	0,0	96,3
Charges liées au non recouvrement	-0,7	-0,6	-0,1	-0,2	-0,2	-1,8	-0,1	-1,9
Transferts	3,2	29,5	0,2	0,0	0,6	21,3	0,0	3,5
Produits financiers	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Autres produits	7,3	0,3	0,8	0,4	0,0	8,8	0,0	8,8
Recettes	208,4	145,3	51,4	14,0	33,3	438,2	17,9	438,2

III. Fonds de solidarité vieillesse

	Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives	0,0
Cotisations prises en charge par l'État	0,0
Cotisations fictives d'employeur	0,0
Contribution sociale généralisée	18,1
Impôts, taxes et autres contributions sociales	0,0
Charges liées au non recouvrement	-0,1
Transferts	0,0
Produits financiers	0,0
Autres produits	0,0
Recettes	17,9