

TEXTE ADOPTÉ n° 851
« Petite loi »

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

SESSION ORDINAIRE DE 2016-2017

5 décembre 2016

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2017.

(Texte définitif)

L'Assemblée nationale a adopté, dans les conditions prévues à l'article 45, alinéa 4, de la Constitution, le projet de loi dont la teneur suit :

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 1^{re} lecture : **4072, 4151** et T.A. **829**.

Commission mixte paritaire : **4240**.

Nouvelle lecture : **4239, 4253** et T.A. **842**.

Lecture définitive : **4273**.

Sénat : 1^{re} lecture : **106, 114, 108** et T.A. **25** (2016-2017).

Commission mixte paritaire : **132** et **133** (2016-2017).

Nouvelle lecture : **154, 156** et T.A. **29** (2016-2017).

PREMIÈRE PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2015

Article 1^{er}

Au titre de l'exercice 2015, 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	191,3	197,1	-5,8
Vieillesse	223,8	223,6	0,2
Famille	52,8	54,3	-1,5
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	14,1	13,3	0,8
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	468,4	474,7	-6,3
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	464,9	475,1	-10,2

 ;

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

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie.....	167,4	173,2	-5,8
Vieillesse	120,1	120,5	-0,3
Famille.....	52,8	54,3	-1,5
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	12,6	11,9	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches) ...	340,3	347,2	-6,8
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse.....	338,5	349,2	-10,8

 ;

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	16,6	20,5	-3,9

 ;

4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 181,8 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 13,5 milliards d'euros.

Article 2

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2015, 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 2015 figurant à l'article 1^{er}.

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2016

Article 3

I. – La loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est ainsi modifiée :

1° Au premier alinéa de l'article 25, le montant : « 40 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 150 millions d'euros » ;

2° Au I de l'article 85, le montant : « 307 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 2 millions d'euros ».

II. – Il est institué, au titre de l'année 2016, au bénéfice du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionné à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, une contribution de 150 millions d'euros à la

charge de l'organisme mentionné au II de l'article 16 de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Cette contribution est versée avant le 31 décembre 2016.

Le recouvrement, le contentieux, les garanties et les sanctions relatifs à cette contribution sont régis par les règles mentionnées à l'article L. 137-3 du code de la sécurité sociale.

III. – Le montant de la contribution mentionnée à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 du même code est fixé à 44,7 millions d'euros pour l'année 2016.

IV. – Pour l'année 2016, la section mentionnée au V de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles retrace en charges la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement du plan national d'adaptation des logements privés aux contraintes de l'âge et du handicap, dans la limite de 20 millions d'euros.

Article 4

Au titre de l'année 2016, 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)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	197,0	201,1	-4,0
Vieillesse	228,3	227,1	1,2
Famille	48,7	49,7	-1,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,1	13,4	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	474,4	477,6	-3,1
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse.....	471,1	478,0	-6,9

;

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)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	195,8	199,8	-4,1
Vieillesse	124,0	122,9	1,1
Famille	48,7	49,7	-1,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,7	12,0	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)....	368,2	371,6	-3,4
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse.....	366,3	373,5	-7,1

 ;

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)

	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse.....	16,5	20,3	-3,8

 ;

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

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

6° Les prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse, qui demeurent fixées conformément au IV du même article 41.

Article 5

Au titre de l'année 2016, 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)

	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	84,6
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité..	58,3
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,6
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées.....	8,8
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,2
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,1
Autres prises en charge.....	1,6
Total	185,2

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2017

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE

CHAPITRE I^{ER}

Mesures de simplification et de modernisation des prélèvements sociaux

Article 6

I. – Le premier alinéa de l'article L. 161-1-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase, les mots : « et dans la limite d'un plafond de revenus ou de rémunérations fixés » sont remplacés par le mot : « fixée » ;

2° Après la même première phrase, sont insérées deux phrases ainsi rédigées :

« Lorsque le revenu ou la rémunération est inférieur ou égal aux trois quarts du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du présent code, ces cotisations ne sont pas dues. Au delà de ce seuil de revenu ou de rémunération, le montant de l'exonération décroît linéairement et devient nul lorsque le revenu ou la rémunération est égal au plafond annuel de la sécurité sociale. »

II. – Le chapitre I^{er} du titre IV du livre I^{er} de la cinquième partie du code du travail est ainsi modifié :

1° L'intitulé de la section 1 est ainsi rédigé : « Exonération de cotisations de sécurité sociale » ;

2° L'article L. 5141-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « charges sociales » sont remplacés par les mots : « cotisations de sécurité sociale » ;

b) Après le mot : « partie », la fin du 6° est ainsi rédigée : « d'une entreprise ; »

c) Au 8°, après le mot : « créant », sont insérés les mots : « ou reprenant » ;

3° Au début des articles L. 5141-3 et L. 5141-4, les mots : « Les personnes admises au bénéfice de l'article L. 5141-1 » sont remplacés par les mots : « Les personnes qui remplissent l'une des conditions mentionnées aux 1° à 9° de l'article L. 5141-1 ».

III. – Le présent article s'applique aux cotisations sociales dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2017 pour les créations et reprises d'entreprise intervenues à compter de cette même date.

Article 7

I. – L'article 28 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi rédigé :

« I. – Les personnes exerçant une activité réduite à fin d'insertion et bénéficiant d'un accompagnement en matière administrative et financière assuré par une association agréée par le ministre chargé de la sécurité sociale sont affiliées au régime social des indépendants. Elles sont éligibles

à l'exonération mentionnée à l'article L. 161-1-1 du code de la sécurité sociale dans les conditions et pour la durée fixées en application du même article L. 161-1-1. » ;

2° Les III et IV sont abrogés.

II. – Le I s'applique au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2017 aux personnes débutant une activité réduite à fin d'insertion à compter de cette date et, à leur demande, à celles qui exercent une telle activité depuis une date antérieure.

Article 8

L'article L. 137-10 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable aux avantages versés au titre des congés de fin d'activité des conducteurs routiers institués par les accords du 28 mars 1997 relatif au congé de fin d'activité à partir de 55 ans et du 2 avril 1998 relatif au congé de fin d'activité des conducteurs des entreprises de transport interurbain de voyageurs, qui concernent des départs en congé effectués jusqu'au 31 décembre 2017.

L'article L. 137-15 du même code n'est pas applicable aux contributions destinées au financement des avantages mentionnés au premier alinéa du présent article.

Article 9

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

1° À l'intitulé, les mots : « non salariés » sont remplacés par le mot : « indépendants » ;

2° À la première phrase du second alinéa de l'article L. 756-1, les mots : « non salariés » sont remplacés par le mot : « indépendants » ;

3° La sous-section 2 de la section 2 et la section 3 sont abrogées ;

4° La section 3 est ainsi rétablie :

« Section 3

« Cotisations et contributions des employeurs et travailleurs indépendants

« Art. L. 756-2. – Les cotisations et contributions de sécurité sociale, à l'exception des cotisations prévues à l'article L. 635-1 et des cotisations et contributions recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et L. 723-1, ne sont pas dues pour une période de vingt-quatre mois à compter de la date de création de l'activité lorsque les revenus d'activité rapportés à l'année entière au titre de chacune des années civiles correspondant à cette période sont inférieurs à un seuil fixé à 110 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3. Pour des revenus d'activité compris entre 110 % et 150 % du montant annuel du plafond mentionné au même article L. 241-3, le montant de cette exonération est celui applicable pour un revenu égal à 110 % du montant annuel de ce plafond. Au delà, le montant de cette exonération décroît linéairement à proportion des revenus d'activité et devient nul lorsque ces revenus atteignent 250 % du montant annuel du plafond mentionné audit article L. 241-3.

« Art. L. 756-3. – Par dérogation aux dispositions des deuxième et troisième alinéas de l'article L. 131-6-2, les cotisations et contributions de sécurité sociale mentionnées à l'article L. 756-2 dues au titre des deux premières années civiles d'activité des travailleurs indépendants non agricoles créant leur activité dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 sont calculées à titre définitif sur la base d'un revenu forfaitaire fixé par décret.

« Art. L. 756-4. – Lorsque les revenus d'activité des travailleurs indépendants non agricoles exerçant dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 sont inférieurs à un seuil fixé à 250 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3, les cotisations et contributions de sécurité sociale, à l'exception des cotisations prévues aux articles L. 635-1 et L. 635-5 et des cotisations et contributions recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et L. 723-1 dues par ces travailleurs sont calculées, pour la partie des revenus inférieure au montant annuel du plafond mentionné au même article L. 241-3, sur une assiette égale aux revenus concernés, sur laquelle est effectué un abattement fixé dans les conditions suivantes :

« 1° L'abattement est fixé à 50 % des revenus concernés lorsque les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé à 150 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3, décroît linéairement à proportion des revenus d'activité et devient nul lorsque ces revenus atteignent le seuil mentionné au premier alinéa du présent article ;

« 2° Au titre de la troisième année civile d'activité, l'abattement est fixé à 75 % des revenus concernés et décroît dans les conditions définies au 1°.

« Cet abattement n'est cumulable avec aucun autre dispositif de réduction ou d'exonération de cotisations et contributions, à l'exception de l'exonération prévue au II de l'article L. 756-5 et, le cas échéant, de l'exonération prévue à l'article L. 756-2. Au titre de la troisième année civile d'activité, il est ajusté au prorata de la partie de l'année civile sur laquelle l'exonération prévue au même article L. 756-2 ne s'applique pas.

« *Art. L. 756-5. – I. –* Lorsque leurs revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret, les travailleurs indépendants non agricoles exerçant leur activité dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 sont exonérés des cotisations d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 612-4.

« II. – Les personnes exerçant une activité professionnelle non salariée artisanale, industrielle ou commerciale dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 sont exonérées du versement de toute cotisation d'assurance vieillesse lorsque leur revenu d'activité ne dépasse pas un montant fixé par décret. »

II. – Le présent article s'applique aux cotisations et contributions de sécurité sociale dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2017. Toutefois :

1° Par dérogation au 3° du I, le deuxième alinéa de l'article L. 756-5 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, continue de s'appliquer aux cotisations et contributions de sécurité sociale dues par les travailleurs indépendants ayant commencé leur activité à une date antérieure au 1^{er} janvier 2017 ;

2° Pour l'application du 4° du I, les cotisations et contributions de sécurité sociale dues au titre de l'année 2017 par les travailleurs indépendants exerçant leur activité depuis une date antérieure au 1^{er} janvier 2016 sont calculées, à titre provisionnel, sur la base des revenus d'activité de l'année 2015 et font l'objet d'une régularisation sur la base des revenus d'activité de l'année 2017 lorsque ceux-ci sont définitivement connus.

Article 10

Après le douzième alinéa du IV de l'article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La condition prévue au 3° n'est pas applicable à Saint-Barthélemy. »

Article 11

I. – L'article L. 612-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :

« *Art. L. 612-5.* – Le taux des cotisations mentionnées à l'article L. 612-4 dues par les travailleurs indépendants non agricoles affiliés au régime d'assurance maladie et d'assurance maternité prévu à l'article L. 613-1 et dont les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret fait l'objet d'une réduction, dans la limite de 3,5 points, qui décroît à proportion de ces revenus, dans des conditions fixées par décret. Le bénéfice de cette réduction ne peut être cumulé avec aucun autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable à ces cotisations, à l'exception de celui prévu à l'article L. 242-11. »

II. – Le présent article s'applique aux cotisations et contributions sociales dues au titre des revenus perçus au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2017.

Article 12

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

1° La première phrase du premier alinéa de l'article L. 731-15 est complétée par les mots : « et, pour les revenus imposés au titre de l'article 64 *bis* du code général des impôts, du bénéfice imposé dans les conditions prévues au même article 64 *bis* » ;

2° Après la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 731-16, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Les revenus imposés au titre de l'article 64 *bis* du code général des impôts s'entendent, pour la première année, des recettes d'une seule année, diminuées de l'abattement prévu au même article 64 *bis* et, pour la deuxième année, de la moyenne des recettes des deux années, diminuées du même abattement. » ;

3° L'article L. 731-19 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les revenus imposés au titre de l'article 64 *bis* du code général des impôts s'entendent des recettes afférentes à l'année précédant celle au titre

de laquelle les cotisations sont dues, diminuées de l'abattement prévu au même article 64 *bis*. » ;

4° Après la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 731-23, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Les revenus imposés au titre de l'article 64 *bis* du code général des impôts s'entendent des recettes afférentes à l'année précédant celle au titre de laquelle les cotisations sont dues, diminuées de l'abattement prévu au même article 64 *bis*. »

II. – L'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale est complété par un VIII ainsi rédigé :

« VIII. – Pour l'application de la seconde phrase du deuxième alinéa du I et des III et VII, les revenus imposés au titre de l'article 64 *bis* du code général des impôts s'entendent des recettes afférentes à l'année précédant celle au titre de laquelle la contribution est due, diminuées de l'abattement prévu au même article 64 *bis*. »

III. – Les III et VI de l'article 33 de la loi n° 2015-1786 du 29 décembre 2015 de finances rectificative pour 2015 sont abrogés.

IV. – Le présent article est applicable aux cotisations et contributions sociales dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2017.

Toutefois, au titre des années 2017 et 2018, l'assiette des cotisations et contributions sociales est constituée des revenus mentionnés à l'article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime pris en compte dans les conditions prévues aux articles L. 731-15 et L. 731-19 du même code et respectivement :

1° De la moyenne des bénéfices forfaitaires agricoles de 2014 et de 2015 et des recettes de 2016 diminuées d'un abattement de 87 % ;

2° De la moyenne du bénéfice forfaitaire agricole de 2015 et des recettes de 2016 et de 2017 diminuées d'un abattement de 87 %.

Article 13

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

1° L'article L. 136-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Cette contribution est due pour les périodes au titre desquelles les revenus mentionnés au premier alinéa sont attribués. » ;

2° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 242-1, après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « dues pour les périodes au titre desquelles les revenus d'activité sont attribués ».

II. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi afin de simplifier et d'harmoniser les définitions des assiettes des cotisations et contributions de sécurité sociale prévues au code de la sécurité sociale et au code rural et de la pêche maritime.

Cette ordonnance est prise à droit constant, sous réserve des modifications nécessaires pour assurer le respect de la hiérarchie des normes, améliorer la cohérence rédactionnelle des textes, harmoniser l'état du droit, remédier aux erreurs et insuffisances de codification et abroger les dispositions, codifiées ou non, obsolètes ou devenues sans objet.

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

Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement au plus tard le dernier jour du troisième mois suivant la publication de l'ordonnance.

III. – Les dispositions du I du présent article sont applicables aux périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2018.

Article 14

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

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

a) Après le mot : « euro », la fin de l'avant-dernière phrase du 5° est supprimée ;

b) Le 5° *bis* est ainsi modifié :

– après le mot : « euro », la fin de la seconde phrase est supprimée ;

– est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Lorsque les personnes mentionnées à la première phrase du présent 5° *bis* perçoivent des indemnités mentionnées à la première phrase du 5°, il est fait masse de ces indemnités et de celles mentionnées à la première phrase du présent 5° *bis*. La somme de l'ensemble de ces indemnités est assujettie au premier euro dans les conditions prévues à la deuxième phrase du présent 5° *bis* ; »

2° Le dernier alinéa de l'article L. 242-1 est ainsi modifié :

a) À la deuxième phrase, après la seconde occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « et celles, versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail, d'un montant supérieur à dix fois ce même plafond » ;

b) La dernière phrase est ainsi rédigée :

« Lorsque les mandataires sociaux, dirigeants et personnes mentionnés à l'article 80 *ter* du code général des impôts perçoivent à la fois des indemnités à l'occasion de la cessation forcée de leurs fonctions et des indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail, il est fait masse de l'ensemble de ces indemnités ; la somme de ces indemnités est intégralement assimilée à des rémunérations pour le calcul des cotisations mentionnées au premier alinéa du présent article dès lors que le montant de ces indemnités est supérieur à cinq fois le plafond annuel défini au même article L. 241-3. »

II. – Le I s'applique aux indemnités versées au titre des ruptures de contrat de travail notifiées à compter du 1^{er} janvier 2017 ou aux indemnités versées à l'occasion d'une rupture mentionnée à l'article L. 1237-11 du code du travail dont la demande d'homologation a été transmise à compter de cette date.

Article 15

Au premier alinéa de l'article L. 241-16 du code de la sécurité sociale, après la référence : « L. 311-3 », sont insérés les mots : « , qui ne sont pas titulaires d'un contrat de travail, ».

Article 16

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

1° La section 2 du chapitre III du titre III du livre I^{er} est ainsi rétablie :

« Section 2

**« Recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale
des travailleurs indépendants**

« Art. L. 133-1-1. – I. – Le recouvrement des cotisations et contributions sociales dues à titre personnel, à l'exception de celles mentionnées aux articles L. 642-1 et L. 723-3, par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 relève de la compétence des organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1, L. 611-4, L. 611-8 et L. 752-4, en application des chapitres III et IV du titre IV du livre II, sous réserve d'adaptations par décret en Conseil d'État.

« II. – Le directeur de l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 et le directeur général de l'organisme mentionné à l'article L. 611-4 désignent conjointement un directeur national chargé du recouvrement pour la réalisation de cette mission, auquel ils délèguent leur signature.

« Ce directeur est responsable, au niveau national, du pilotage et de l'organisation du recouvrement. Il fixe les orientations et l'organisation des missions mentionnées à l'article L. 133-1-2.

« Le directeur national participe à la préparation et au suivi de l'exécution des stipulations relatives aux objectifs et aux moyens du recouvrement des conventions mentionnées aux articles L. 227-1 et L. 611-7 conclues avec l'État.

« Il est responsable de la maîtrise d'ouvrage des systèmes d'information concourant au recouvrement des cotisations et contributions sociales mentionnées au I du présent article et s'assure de la mise en œuvre des actions nécessaires à leur fonctionnement.

« Il rend compte aux conseils d'administration des organismes mentionnés aux articles L. 225-1 et L. 611-4 de la situation générale du recouvrement.

« III. – Après avis du directeur national mentionné au II du présent article, le directeur et le directeur général mentionnés aux articles L. 225-1 et L. 611-4 désignent conjointement, sur proposition des directions des organismes et des caisses mentionnés aux articles L. 213-1, L. 611-8 et L. 752-4, des responsables locaux du recouvrement relevant de ces directions. Ces responsables sont chargés, dans le respect des directives fixées par le directeur national, de la mise en œuvre des missions prévues à l'article L. 133-1-2 et de l'organisation y afférent de l'activité des caisses et organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 611-8 et L. 752-4. Les

directeurs de ces caisses et organismes leur délèguent leur signature à cette fin.

« *Art. L. 133-1-2.* – Les caisses de base du régime social des indépendants et les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 assurent, s’agissant des personnes mentionnées à l’article L. 611-1, les missions suivantes :

« 1° La collecte et le traitement des déclarations de revenus ;

« 2° Le calcul et l’appel des cotisations et contributions sociales mentionnées à l’article L. 133-1-1 ;

« 3° Le recouvrement amiable et contentieux des cotisations et contributions mentionnées au même article L. 133-1-1 ;

« 4° Le traitement des demandes et réclamations ;

« 5° Le traitement des demandes mentionnées au second alinéa du I de l’article L. 133-6-9 ;

« 6° La gestion du contentieux du recouvrement des cotisations et contributions, à l’exception des recours formés dans le cadre du contentieux général de la sécurité sociale prévu au chapitre II du titre IV du présent livre, qui sont examinés par les commissions de recours amiable des caisses de base du régime social des indépendants ;

« 7° L’accueil et l’information.

« *Art. L. 133-1-3.* – Le contrôle de la législation sociale applicable au recouvrement des cotisations et contributions sociales des personnes mentionnées à l’article L. 611-1 est exercé par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 dans les conditions prévues à la section 4 du chapitre III du titre IV du livre II.

« *Art. L. 133-1-4.* – En cas de recouvrement partiel des cotisations et contributions sociales du régime social des indépendants, les 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 sont prélevées par priorité et dans des proportions identiques sur les sommes recouvrées. Le solde éventuel est affecté aux cotisations selon un ordre fixé par décret.

« *Art. L. 133-1-5.* – Le Fonds national d'action sociale institué auprès de la Caisse nationale du régime social des indépendants est chargé de financer des actions destinées à venir en aide aux personnes mentionnées à l'article L. 611-1 qui éprouvent des difficultés pour régler les cotisations et contributions sociales mentionnées à l'article L. 133-1-1.

« Ce fonds est administré par une commission d'action sociale composée de membres désignés en son sein par le conseil d'administration mentionné à l'article L. 611-5.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article, notamment le taux du prélèvement à opérer sur les ressources de chaque régime pour alimenter le fonds, les modalités de répartition des ressources de ce fonds entre les caisses de base du régime social des indépendants ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement de la commission d'action sociale.

« *Art. L. 133-1-6.* – La comptabilisation des produits et des charges ainsi que des éléments d'actif et de passif afférents qui découlent des opérations de recouvrement des cotisations et contributions sociales effectuées en application de la présente section est réalisée à l'échelon local par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.

« L'organisme mentionné à l'article L. 225-1 combine les produits et les charges liés à ces opérations ainsi que les éléments d'actif et de passif afférents. Il les notifie à l'organisme mentionné à l'article L. 611-4, qui procède à leur enregistrement dans ses comptes selon les mêmes règles d'évaluation et de présentation. » ;

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

« *Art. L. 133-5-2.* – Les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 souscrivent une déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales. » ;

3° L'article L. 133-6-9 est ainsi modifié :

a) Au I, les mots : « aux exonérations de cotisations de sécurité sociale dues à titre personnel et » sont supprimés ;

b) Le même I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ils sont également compétents pour se prononcer avec les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 sur les demandes des

personnes mentionnées au premier alinéa du présent article, relatives à l'application à leur situation de la législation relative aux exonérations de cotisations de sécurité sociale dues à titre personnel. » ;

c) Le III est ainsi modifié :

– au premier alinéa, la référence : « L. 133-6-5 » est remplacée par la référence : « L. 133-1-3 » ;

– les trois derniers alinéas sont supprimés ;

d) Il est ajouté un IV ainsi rédigé :

« IV. – Lorsque les organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 611-8 et L. 752-4 entendent modifier pour l'avenir leur décision, ils en informent le cotisant.

« Ce dernier peut solliciter, sans préjudice des autres recours, l'intervention de l'organisme mentionné à l'article L. 611-4 dans les matières relevant de l'affiliation au régime social des indépendants et l'intervention des organismes mentionnés aux articles L. 225-1 et L. 611-4 dans les matières relevant des exonérations de cotisations sociales. Ces organismes transmettent leur position quant à l'interprétation à retenir aux organismes mentionnés au premier alinéa du présent IV, qui la notifient au demandeur dans un délai d'un mois, de manière motivée, en indiquant les possibilités de recours. » ;

4° Au deuxième alinéa du I de l'article L. 136-5, les mots : « à l'article L. 133-6-4 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 133-1-1 à L. 133-1-6 » ;

5° L'article L. 213-1 est ainsi modifié :

a) Les deux premiers alinéas sont ainsi rédigés :

« Les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales assurent :

« 1° Le recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale dues par les assurés relevant du régime général et par leurs employeurs ainsi que par les assurés volontaires ; »

b) À la fin du 2°, les mots : « les employeurs des professions non agricoles et les travailleurs indépendants non agricoles » sont remplacés par les mots : « l'ensemble des personnes autres que celles mentionnées

aux 1° et 3° du présent article ou aux articles L. 722-1 et L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime » ;

c) Après le même 2°, il est inséré un 2° *bis* ainsi rédigé :

« 2° *bis* Le recouvrement des cotisations d'assurance maladie, maternité et décès dues par les personnes mentionnées à l'article L. 722-1 du présent code ; »

d) Les 3° et 4° sont ainsi rédigés :

« 3° Avec les caisses de base du régime social des indépendants, le recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1, dans les conditions prévues aux articles L. 133-1-2, L. 133-1-3 et L. 133-5-2 ;

« 4° Le recouvrement de la contribution sociale généralisée mentionnée à l'article L. 136-1 due par l'ensemble des assurés autres que ceux mentionnés au 3° du présent article ou aux articles L. 722-1 et L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime ; »

e) Le 5° *bis* est ainsi rédigé :

« 5° *bis* Le calcul et l'encaissement des cotisations sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 du présent code dues par les personnes mentionnées à l'article L. 640-1 dans les cas prévus au II de l'article L. 133-6-8 ; »

f) Au 6°, les mots : « et le contentieux » sont supprimés et les références : « , 2°, 3° et » sont remplacées par le mot : « à » ;

6° L'article L. 225-1-1 est ainsi modifié :

a) Au 2°, après les mots : « sécurité sociale », sont insérés les mots : « , y compris pour le recouvrement prévu aux articles L. 133-1-1 à L. 133-1-6, » ;

b) Le même 2° est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces orientations sont coordonnées, en ce qui concerne les cotisations dues par les employeurs, avec celles définies conjointement avec la Caisse nationale du régime social des indépendants en application des articles L. 133-1-1 à L. 133-1-6 pour les cotisations dues par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 ; »

c) Le 2° *bis* est abrogé ;

d) Au 5°, les mots : « , y compris les opérations pour compte de tiers, » sont supprimés et les mots : « et d'en transférer le produit vers les organismes du régime général, à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et à la Caisse nationale du régime social des indépendants, ainsi que » sont remplacés par les mots : « de centraliser les opérations pour compte de tiers et » ;

7° Au premier alinéa de l'article L. 243-7, la référence : « L. 133-6-5 » est remplacée par la référence : « L. 133-1-3 » ;

8° L'article L. 611-4 est ainsi modifié :

a) Le 11° est ainsi rédigé :

« 11° De définir, en lien avec l'organisme mentionné à l'article L. 225-1, les orientations en matière de recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1, dans les conditions prévues à l'article L. 133-1-1 ; »

b) Après le 13°, il est inséré un 14° ainsi rédigé :

« 14° D'assurer l'affiliation des personnes mentionnées à l'article L. 611-1 redevables des cotisations et contributions mentionnées à l'article L. 133-1-1. » ;

9° Le I de l'article L. 611-8 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Les caisses de base du régime social des indépendants assurent pour leurs ressortissants, sous le contrôle de la caisse nationale, les missions du service des prestations, des allocations et, avec les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, du recouvrement des cotisations se rapportant à chacune des branches mentionnées à l'article L. 611-2. » ;

b) À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « du service des prestations et du recouvrement des cotisations » sont supprimés ;

c) À la fin de la même première phrase, les mots : « sont exercées par des caisses propres à ce groupe professionnel » sont remplacés par les mots : « affiliées en France métropolitaine aux régimes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 640-1 sont exercées par des caisses propres à cette catégorie » ;

d) La seconde phrase du même deuxième alinéa est supprimée ;

10° Au premier alinéa de l'article L. 611-16, les mots : « au recouvrement des cotisations et » sont supprimés ;

11° L'article L. 611-20 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La caisse nationale peut confier aux organismes mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 160-17 le soin d'assurer pour le compte des caisses de base le versement des prestations en espèces de l'assurance maladie et maternité des assurés mentionnés à l'article L. 611-1. À cette fin, elle conclut une convention avec ces organismes dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;

12° Au deuxième alinéa du I de l'article L. 136-5 et au 3° de l'article L. 213-1, les mots : « exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « mentionnées à l'article L. 611-1 ».

II. – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 6331-51 du code du travail, la référence : « L. 133-6 » est remplacée par la référence : « L. 133-1-1 ».

III. – À la première phrase du IV de l'article 13 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, les mots : « à la présente loi, du transfert de la gestion de l'encaissement et du contentieux des cotisations d'assurance maladie des membres des professions libérales aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du même code, à la date fixée au VI du présent article » sont remplacés par les mots : « à la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2017, du transfert de leurs activités de recouvrement prévu à l'article 14 de cette même loi ».

IV. – Le II de l'article L. 725-24 du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « à l'exception de son huitième alinéa et » sont supprimés ;

2° Au 2°, les mots : « premier alinéa du » sont supprimés ;

3° Au 3°, la référence : « le dernier alinéa du III » est remplacée par la référence : « le IV ».

V. – Sont abrogés :

1° La section 2 du chapitre III *bis* du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale ;

2° Le premier alinéa de l'article L. 611-20 du même code ;

3° L'ordonnance n° 2005-1529 du 8 décembre 2005 instituant un interlocuteur social unique pour les indépendants ;

4° Les I, II, III et V de l'article 13 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 ;

5° L'article 34 de la loi n° 2009-179 du 17 février 2009 pour l'accélération des programmes de construction et d'investissements publics et privés.

VI. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2017, à l'exception :

1° Du I de l'article L. 133-1-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du 1° du I du présent article, qui s'applique aux cotisations d'assurance famille, aux contributions sociales et à la contribution à la formation professionnelle dues par les professions libérales à compter du 1^{er} janvier 2018 ;

2° Du *e* du 5° et du *c* du 9° du I du présent article, qui entrent en vigueur selon les modalités prévues aux 1° et 2° du X de l'article 50 de la présente loi ;

3° Du 2° du V du présent article, qui s'applique à compter du 1^{er} janvier 2018 aux cotisations non prescrites à cette date.

VII. – Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 du code de la sécurité sociale remet aux ministres chargés de la sécurité sociale et du budget un rapport relatif au découplage des systèmes d'information utilisés pour le recouvrement respectif des cotisations des travailleurs salariés et des cotisations personnelles des travailleurs indépendants.

Article 17

Au troisième alinéa de l'article L. 752-1 du code de la sécurité sociale, après le mot : « articles », sont insérées les références : « L. 611-1, L. 611-2, ».

Article 18

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

1° Le second alinéa du II de l'article L. 133-6-8, tel qu'il résulte de l'article 50 de la présente loi, est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Par dérogation, cet abattement est fixé au niveau de celui mentionné au deuxième alinéa du I de l'article 64 *bis* du code général des impôts pour les personnes mentionnées au 8° de l'article L. 613-1 du présent code lorsqu'elles exercent une activité de location de locaux d'habitation meublés de tourisme, définis conformément à l'article L. 324-1 du code du tourisme. » ;

2° La section 2 *bis* du chapitre III *bis* du titre III du livre I^{er} est complétée par un article L. 133-6-7-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-6-7-3.* – Les travailleurs indépendants exerçant leur activité par l'intermédiaire d'une personne dont l'activité consiste à mettre en relation par voie électronique plusieurs parties en vue de la vente d'un bien ou de la fourniture d'un service peuvent autoriser par mandat cette personne à réaliser par voie dématérialisée les démarches déclaratives de début d'activité auprès du centre de formalités des entreprises compétent conformément aux dispositions du code de commerce.

« Lorsqu'ils relèvent de l'article L. 133-6-8 ou du 35° de l'article L. 311-3, les travailleurs indépendants ainsi que les personnes affiliées au régime général en application du même 35° peuvent autoriser par mandat la personne mentionnée au premier alinéa du présent article à procéder à la déclaration du chiffre d'affaires ou de recettes réalisés au titre de cette activité par son intermédiaire ainsi qu'au paiement des cotisations et contributions de sécurité sociale dues à compter de leur affiliation, au titre des périodes correspondant à l'exercice de cette activité, auprès des organismes de recouvrement concernés.

« Dans ce cas, les cotisations et contributions de sécurité sociale dues sont prélevées par la personne mentionnée au même premier alinéa sur le montant des transactions effectuées par son intermédiaire. Ce paiement vaut acquit des cotisations et contributions de sécurité sociale par ces personnes. » ;

3° Après le 34° de l'article L. 311-3, il est inséré un 35° ainsi rédigé :

« 35° Les personnes mentionnées aux 8° et 9° de l'article L. 613-1 du présent code qui exercent l'option mentionnée à cet article dès lors que

leurs recettes ne dépassent pas les seuils mentionnés aux *a* et *b* du 1° du I de l'article 293 B du code général des impôts. Les cotisations et contributions de sécurité sociale dues par ces personnes sont calculées sur une assiette constituée de leurs recettes diminuées d'un abattement de 60 %. Par dérogation, cet abattement est fixé à 87 % pour les personnes mentionnées au 8° de l'article L. 613-1 du présent code lorsqu'elles exercent une location de locaux d'habitation meublés de tourisme, définis conformément à l'article L. 324-1 du code du tourisme. » ;

4° L'article L. 613-1 est ainsi modifié :

a) Le 8° est ainsi rédigé :

« 8° Les personnes, autres que celles mentionnées au 7° du présent article, exerçant une activité de location de locaux d'habitation meublés dont les recettes sont supérieures au seuil mentionné au 2° du 2 du IV de l'article 155 du code général des impôts, lorsque ces locaux sont loués à une clientèle y effectuant un séjour à la journée, à la semaine ou au mois et n'y élisant pas domicile, sauf option contraire de ces personnes lors de l'affiliation pour relever du régime général dans les conditions prévues au 35° de l'article L. 311-3 du présent code, ou lorsque ces personnes remplissent les conditions mentionnées au 1° du 2 du IV de l'article 155 du code général des impôts ; »

b) Il est ajouté un 9° ainsi rédigé :

« 9° Les personnes exerçant une activité de location de biens meubles mentionnée au 4° de l'article L. 110-1 du code de commerce et dont les recettes annuelles tirées de cette activité sont supérieures à 20 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du présent code, sauf option contraire de ces personnes lors de l'affiliation pour relever du régime général dans les conditions prévues au 35° de l'article L. 311-3. »

II. – Le 2° du I du présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

Article 19

I. – Le II de la section III du chapitre III du titre IV de la première partie du livre I^{er} du code général des impôts est ainsi modifié :

A. – L'article 1010 est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

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

« Lorsqu'elle s'applique à des véhicules pris en location ou mis à disposition, la taxe est uniquement à la charge de la société locataire ou de la société bénéficiant de la mise à disposition. » ;

b) Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« La taxe n'est pas applicable aux véhicules destinés exclusivement soit à la vente, soit à la location de courte durée, soit à l'exécution d'un service de transport à la disposition du public, lorsque ces opérations correspondent à l'activité normale de la société propriétaire. » ;

c) Au début du quatrième alinéa, est ajoutée la mention : « *I bis.* – » ;

d) Les deux derniers alinéas sont supprimés ;

2° Le II est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par huit alinéas ainsi rédigés :

« II. – La période d'imposition de la taxe s'étend du 1^{er} janvier au 31 décembre.

« Cette taxe est liquidée par trimestre, par application du tarif fixé au *I bis* aux véhicules possédés par la société au premier jour du trimestre ou utilisés par celle-ci au cours de ce trimestre, qu'il s'agisse de véhicules pris en location ou mis à sa disposition ou de ceux mentionnés à l'article 1010-0 A.

« Toutefois, pour les véhicules loués par la société, la taxe n'est due que si la durée de la location excède un mois civil ou une période de trente jours consécutifs. Elle est due au titre d'un seul trimestre si la durée de la location n'excède pas trois mois civils consécutifs ou quatre-vingt-dix jours consécutifs.

« Le montant de la taxe due pour un trimestre et au titre d'un véhicule est égal au quart du tarif annuel fixé au *I bis*.

« III. – La taxe annuelle est déclarée et liquidée selon les modalités suivantes :

« 1° Pour les redevables de la taxe sur la valeur ajoutée soumis au régime réel normal d'imposition prévu au 2 de l'article 287, sur l'annexe à la déclaration mentionnée au 1 du même article 287 déposée au titre du

mois de décembre ou du quatrième trimestre civil de la période au titre de laquelle la taxe est due ;

« 2° Pour les personnes non redevables de la taxe sur la valeur ajoutée, sur l'annexe à la déclaration prévue au 1 dudit article 287 transmise au service chargé du recouvrement dont relève le principal établissement au cours du mois de janvier suivant la période au titre de laquelle la taxe est due. L'annexe est déposée dans les délais fixés en matière de taxes sur le chiffre d'affaires ;

« 3° Pour les redevables de la taxe sur la valeur ajoutée soumis au régime simplifié d'imposition prévu à l'article 302 *septies* A ou au régime simplifié prévu à l'article 298 *bis*, sur un imprimé conforme au modèle établi par l'administration déposé au plus tard le 15 janvier qui suit l'expiration de la période au titre de laquelle la taxe est due. » ;

b) Le début du deuxième alinéa est ainsi modifié :

– est ajoutée la mention : « IV. – » ;

– le mot : « Elle » est remplacé par les mots : « La taxe » ;

c) Le dernier alinéa est supprimé ;

B. – Le dernier alinéa de l'article 1010 B est supprimé.

II. – A. – Le I s'applique aux périodes d'imposition ouvertes à compter du 1^{er} janvier 2018.

B. – Une taxe, établie, liquidée, contrôlée et recouvrée selon les modalités et sous les sanctions, garanties et privilèges prévus à l'article 1010 du code général des impôts, dans sa rédaction résultant du I du présent article, est due au titre du dernier trimestre de l'année 2017 par les sociétés mentionnées au premier alinéa du I du même article 1010. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées et le droit de reprise de l'administration s'exerce selon les règles applicables à la taxe prévue audit article 1010.

Pour les véhicules loués par la société, la taxe n'est due que si la durée de la location excède une période d'un mois civil ou de trente jours consécutifs au cours de ce trimestre.

Pour l'application de l'article 1010-0 A du même code, le nombre de kilomètres pris en compte pour le remboursement au propriétaire ou à

l'utilisateur par la société ainsi que le montant de l'abattement prévu au dernier alinéa du II du même article 1010-0 A sont divisés par quatre.

La taxe est déclarée et payée dans les délais et selon les modalités définies au III de l'article 1010 du même code, dans sa rédaction résultant du I du présent article.

C. – Pour la période d'imposition du 1^{er} octobre 2016 au 30 septembre 2017, la taxe prévue à l'article 1010 du code général des impôts est déclarée et payée dans les délais et selon les modalités définies au III du même article 1010, dans sa rédaction résultant du I du présent article.

Article 20

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

1° Le 1° est ainsi modifié :

a) À la première phrase, le montant : « 10 633 € » est remplacé par le montant : « 10 996 € » et le montant : « 2 839 € » est remplacé par le montant : « 2 936 € » ;

b) À la deuxième phrase, le montant : « 12 582 € » est remplacé par le montant : « 13 011 € », le montant : « 3 123 € » est remplacé par le montant : « 3 230 € » et le montant : « 2 839 € » est remplacé par le montant : « 2 936 € » ;

c) À la fin de la dernière phrase, les montants : « 13 156 €, 3 265 € et 2 839 € » sont remplacés par les montants : « 13 605 €, 3 376 € et 2 936 € » ;

2° Le 2° est ainsi modifié :

a) À la première phrase, le montant : « 13 900 € » est remplacé par le montant : « 14 375 € » et le montant : « 3 711 € » est remplacé par le montant : « 3 838 € » ;

b) À la deuxième phrase, le montant : « 15 207 € » est remplacé par le montant : « 15 726 € », le montant : « 4 082 € » est remplacé par le montant : « 4 221 € » et le montant : « 3 711 € » est remplacé par le montant : « 3 838 € » ;

c) À la fin de la dernière phrase, les montants : « 15 930 €, 4 268 € et 3 711 € » sont remplacés par les montants : « 16474 €, 4 414 € et 3 838 € » ;

3° Le début du dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Les seuils mentionnés au présent III sont revalorisés au 1^{er} janvier de chaque année, conformément à l'évolution en moyenne annuelle... (*le reste sans changement*). »

II. – Le I s'applique aux contributions dues au titre des revenus versés à compter du 1^{er} janvier 2017.

CHAPITRE II

Mesures relatives au recouvrement

Article 21

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

1° La section 2 *quater* du chapitre III *bis* du titre III du livre I^{er} est complétée par un article L. 133-6-11 ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-6-11.* – Toute démarche réalisée en application de la présente section peut être effectuée par un tiers pour le compte d'un cotisant ou d'un futur cotisant. » ;

2° Le même chapitre III *bis* est complété par une section 7 ainsi rédigée :

« Section 7

« *Modernisation et simplification des formalités pour les cotisants ayant recours à un tiers déclarant*

« *Art. L. 133-11.* – I. – Toute déclaration ou toute formalité sociale incombant aux employeurs et aux travailleurs indépendants en application du présent code peut être effectuée pour leur compte par un tiers.

« La mission confiée au tiers déclarant fait l'objet d'une déclaration effectuée par le cotisant ou, par délégation, par ce tiers auprès d'un organisme désigné par décret. Dans ce cas, le tiers déclarant est réputé accomplir l'ensemble des déclarations ou formalités sociales pour le

compte de son client auprès des organismes de sécurité sociale, sauf disposition contraire prévue par les parties ou résiliation du contrat.

« Le recours à un tiers déclarant ne dispense pas l'employeur ou le travailleur indépendant de répondre, le cas échéant, aux demandes des organismes de sécurité sociale, quel qu'en soit le motif. Sont nulles de plein droit, quelle qu'en soit la forme, les stipulations des conventions qui visent à faire échec à ces demandes.

« En cas de fraude propre au tiers déclarant ou de complicité de fraude constatées par un organisme de sécurité sociale prévues à l'article L. 114-16-2 du présent code et à l'article 433-17 du code pénal, l'organisme désigné par décret mentionné au deuxième alinéa du présent I lui retire la faculté d'exercer sa mission de mandataire auprès de l'ensemble des organismes de sécurité sociale pour une durée maximale de cinq ans. Il en informe le cotisant sans délai. Le tiers déclarant informe son client de la décision de retrait dans un délai défini par décret en Conseil d'État.

« II. – Le présent article s'applique sans préjudice des règles applicables en matière de contrôle, de recouvrement et de sanctions mises en œuvre à l'égard de l'employeur ou du travailleur indépendant.

« III. – Les tiers déclarants sont tenus de procéder aux déclarations pour le calcul des cotisations et contributions sociales et, le cas échéant, au paiement, effectués pour le compte de leurs clients par voie dématérialisée. La méconnaissance de cette obligation entraîne l'application aux tiers déclarants de la majoration prévue au II de l'article L. 133-5-5, calculée à partir des sommes dont la déclaration ou le versement a été effectué par une autre voie que la voie dématérialisée. Le produit des majorations est versé à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales dont l'employeur ou le travailleur indépendant relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à ces cotisations et contributions.

« IV. – Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'État, notamment la mission du tiers déclarant et les obligations respectives du tiers déclarant et de l'employeur ou du travailleur indépendant. » ;

3° La section 3 *bis* du chapitre III du titre IV du livre II est ainsi modifiée :

a) Après la première occurrence du mot : « cotisant », la fin du deuxième alinéa du I de l'article L. 243-6-3 est ainsi rédigée : « ou un futur cotisant. » ;

b) Il est ajouté un article L. 243-6-6 ainsi rédigé :

« *Art. L. 243-6-6.* – Toute démarche réalisée en application de la présente section peut être effectuée par un tiers pour le compte d'un cotisant ou d'un futur cotisant. »

II. – L'article L. 725-26 du code rural et de la pêche maritime est ainsi rédigé :

« *Art. L. 725-26.* – Les articles L. 243-6-5 et L. 243-6-6 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime agricole. »

III. – Le 2° du I s'applique au titre des démarches et formalités effectuées pour le compte des travailleurs indépendants à compter du 1^{er} janvier 2018.

Article 22

I. – Les trois premiers alinéas de l'article L. 243-1-3 du code de la sécurité sociale sont ainsi rédigés :

« Au titre des périodes de congés des salariés des employeurs affiliés aux caisses de congés mentionnées à l'article L. 3141-32 du code du travail, les cotisations et contributions auprès des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code sont acquittées dans les conditions suivantes :

« 1° Les employeurs affiliés auxdites caisses de congés s'acquittent de leurs cotisations mentionnées à l'article L. 834-1 du présent code et de leurs versements mentionnés aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales par le versement libératoire de majorations proportionnelles aux cotisations et contributions correspondantes dont ils sont redevables au titre des rémunérations qu'ils versent pour l'emploi de leurs salariés. Le taux de ces majorations est fixé par décret ;

« 2° Pour les cotisations de sécurité sociale et les contributions mentionnées à l'article L. 136-2 du présent code, à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale et au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, les caisses de congés mentionnées à l'article L. 3141-32 du code du travail effectuent, avant la fin du mois au cours duquel les cotisations leur sont versées, un versement égal au produit du montant des cotisations encaissées par les caisses de congés payés par un taux fixé par décret, en fonction des taux de cotisations et contributions en vigueur. Le

cas échéant, ce versement fait l'objet d'un ajustement, dans des conditions fixées par décret, sur la base des montants d'indemnités de congés payés effectivement versés. »

II. – Le II de l'article 23 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 est ainsi rédigé :

« II. – L'article L. 243-1-3 du code de la sécurité sociale s'applique aux périodes d'acquisition de droits à congés postérieures au 1^{er} avril 2015 pour les cotisations et contributions mentionnées au 2° du même article L. 243-1-3. Le 1° du I du présent article s'applique à compter du 1^{er} avril 2016. »

Article 23

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

1° L'article L. 242-1-2 est ainsi modifié :

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

« Lorsque la situation relevée concerne un particulier employeur mentionné aux 3°, 4° ou 6° de l'article L. 133-5-6 du présent code, l'évaluation forfaitaire par salarié est égale à la moitié du plafond retenu au premier alinéa du présent article. » ;

b) Au second alinéa, les mots : « au premier alinéa » sont remplacés par les mots : « aux deux premiers alinéas » ;

2° L'article L. 243-12-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 243-12-1.* – Le fait de faire obstacle à l'accomplissement des fonctions des agents mentionnés à l'article L. 243-11 entraîne l'application par le directeur de l'organisme concerné d'une pénalité d'un montant maximal de 3 750 € pour un particulier employeur mentionné aux 3°, 4° ou 6° de l'article L. 133-5-6, de 7 500 € pour un travailleur indépendant au titre de ses cotisations et contributions sociales dues à titre personnel et de 7 500 € par salarié pour un employeur, dans la limite de 750 000 € par employeur. Le plafond du montant de ces pénalités est porté au double en cas de nouveau manquement constaté dans un délai de cinq ans à compter du jour où la pénalité concernant un précédent manquement est devenue définitive.

« L'obstacle à contrôle mentionné au premier alinéa du présent article est caractérisé par des actions ou omissions ayant pour objet de faire obstacle ou de se soustraire aux opérations de contrôle exercées par les agents, quel que soit leur cadre d'action, consistant notamment à refuser l'accès à des lieux professionnels, à refuser de communiquer une information formellement sollicitée, quel qu'en soit le support, y compris dématérialisé, à ne pas répondre ou à apporter une réponse fautive, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information, ou à ne pas répondre à une convocation, dès lors que la sollicitation, demande ou convocation est nécessaire à l'exercice du contrôle.

« Pour fixer le montant de la pénalité, le directeur de l'organisme prend en compte les circonstances et la gravité du manquement.

« Le directeur de l'organisme concerné notifie le montant envisagé de la pénalité et les faits reprochés à la personne en cause, afin qu'elle puisse présenter ses observations écrites dans un délai fixé par décret en Conseil d'État. À l'issue de ce délai et après avoir répondu auxdites observations, le directeur de l'organisme prononce, le cas échéant, la pénalité et la notifie à l'intéressé par la mise en demeure mentionnée à l'article L. 244-2, en lui indiquant les voies et délais de recours applicables.

« L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit dans le délai fixé à l'article L. 244-8-1 à compter de l'expiration du délai mentionné à l'article L. 244-2.

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

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

1° Le 11° de l'article L. 723-11 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « sur le service des prestations » sont supprimés ;

b) Sont ajoutés les mots : « et au recouvrement des cotisations » ;

2° L'article L. 724-9 est ainsi modifié :

a) Après la référence : « L. 724-8 », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « du présent code bénéficient dans le cadre de leurs fonctions de

la protection mentionnée à l'article L. 243-12-3 du code de la sécurité sociale. » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« L'article L. 243-7-1 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole. » ;

3° L'article L. 724-13 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 724-13. – I. –* En cas d'obstacle à l'accomplissement des fonctions des agents mentionnés à l'article L. 724-7 dans leur mission de contrôle des obligations déclaratives et de paiement des employeurs et des personnes non salariées agricoles mentionnées aux articles L. 722-1 et L. 731-23, ou des agents mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 724-8, l'article L. 243-12-1 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole, sous réserve des adaptations suivantes :

« 1° Le particulier employeur mentionné au premier alinéa de l'article L. 243-12-1 du code de la sécurité sociale est remplacé par les personnes mentionnées à l'article L. 731-23 du présent code ;

« 2° Le travailleur indépendant mentionné au même premier alinéa est remplacé par les personnes mentionnées à l'article L. 722-1.

« II. – Le fait de faire obstacle à l'accomplissement des fonctions des agents mentionnés à l'article L. 724-7, dans le cadre des opérations de contrôle portant sur l'exactitude des déclarations, attestations et justificatifs de toute nature fournis par les bénéficiaires de prestations, les assurés sociaux et leurs ayants droit en vue de bénéficier des prestations servies au titre des différentes branches des régimes de protection sociale des non-salariés et des salariés agricoles mentionnées aux articles L. 722-8, L. 722-27 et L. 732-56 ou de bénéficier des mesures prévues aux articles L. 726-1 et L. 726-3 entraîne l'application des pénalités prévues aux articles L. 114-17 et L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale dans les conditions fixées aux mêmes articles L. 114-17 et L. 114-17-1.

« III. – Les peines prévues à l'article L. 8114-1 du code du travail sont applicables en cas d'obstacle à fonctions des agents mentionnés au premier alinéa de l'article L. 724-8 du présent code. »

Article 24

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

1° La section 1 du chapitre III du titre III du livre I^{er} est ainsi modifiée :

a) L'intitulé est ainsi rédigé : « Recouvrement des créances en matière de travail illégal » ;

b) L'article L. 133-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-1. – I. –* Lorsqu'un procès-verbal de travail dissimulé a été établi par les agents chargés du contrôle mentionnés au premier alinéa de l'article L. 243-7 ou transmis aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du présent code et à l'article L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime en application de l'article L. 8271-6-4 du code du travail, l'inspecteur du recouvrement remet à la personne contrôlée un document constatant cette situation et comportant l'évaluation du montant des cotisations et contributions éludées, des majorations prévues à l'article L. 243-7-7 du présent code et, le cas échéant, des majorations et pénalités afférentes, ainsi que du montant des réductions ou exonérations de cotisations ou contributions sociales dont a pu bénéficier le débiteur annulées en application du deuxième alinéa de l'article L. 133-4-2.

« Ce document fait état de l'ensemble des dispositions légales applicables à cette infraction, notamment des majorations et pénalités afférentes. Il mentionne notamment les dispositions du II du présent article ainsi que les voies et délais de recours applicables. Ce document est signé par l'inspecteur.

« II. – À la suite de la remise du document mentionné au I, la personne contrôlée produit des éléments justifiant, dans des conditions précisées par décret en Conseil d'État, de l'existence de garanties suffisant à couvrir les montants évalués. À défaut, le directeur de l'organisme de recouvrement peut procéder, sans solliciter l'autorisation du juge prévue au premier alinéa de l'article L. 511-1 du code des procédures civiles d'exécution, à une ou plusieurs des mesures conservatoires mentionnées aux articles L. 521-1 à L. 533-1 du même code, dans la limite des montants mentionnés au I du présent article.

« À tout moment de la procédure, la personne contrôlée peut solliciter la mainlevée des mesures conservatoires prises à son encontre en apportant auprès du directeur de l'organisme des garanties suffisantes de paiement.

« III. – La décision du directeur de l'organisme peut être contestée selon les dispositions applicables à la saisine en urgence du juge de l'exécution prévues au code des procédures civiles d'exécution. Le juge statue au plus tard dans un délai de quinze jours. Le juge peut donner mainlevée de la mesure conservatoire, notamment s'il apparaît que les conditions de mise en œuvre des mesures ne sont pas respectées ou s'il estime que les garanties produites par la personne contrôlée sont suffisantes. Le recours n'a pas d'effet suspensif. » ;

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

a) Après les mots : « indépendant, est », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « supprimé en cas de constat des infractions mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 8211-1 du code du travail. » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les deuxième et troisième alinéas du présent article sont applicables en cas de constat, dans les conditions prévues aux articles L. 8271-1 à L. 8271-6-3 du code du travail, des infractions mentionnées aux 2° à 4° de l'article L. 8211-1 du même code. » ;

3° À la seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 133-4-5, les mots : « deux derniers alinéas » sont remplacés par les mots : « deuxième et troisième alinéas » ;

4° La section 3 du chapitre III du titre III du livre I^{er} est complétée par des articles L. 133-4-9 et L. 133-4-10 ainsi rédigés :

« *Art. L. 133-4-9.* – Lorsqu'ils sont munis d'un titre exécutoire, au sens de l'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution, les organismes de recouvrement et les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale habilités à décerner une contrainte peuvent, au moyen d'une opposition, enjoindre aux tiers dépositaires, détenteurs ou redevables de sommes appartenant ou devant revenir au débiteur de verser au lieu et place de celui-ci auxdits organismes les fonds qu'ils détiennent ou qu'ils doivent à concurrence des cotisations, des contributions et des majorations et pénalités de retard ou des prestations indûment versées.

« L'opposition motivée est notifiée au tiers détenteur et au débiteur par le directeur de l'un des organismes mentionnés au premier alinéa du présent article. Elle affecte, dès réception par le tiers, les sommes faisant l'objet du titre exécutoire au paiement desdites sommes, quelle que soit la

date à laquelle les créances, même conditionnelles ou à terme, que le débiteur possède à l'encontre du tiers deviennent exigibles. L'opposition emporte l'effet d'attribution immédiate prévu à l'article L. 211-2 du code des procédures civiles d'exécution à concurrence des sommes pour lesquelles elle est pratiquée. Lorsqu'une personne est simultanément destinataire de plusieurs oppositions établies au nom du débiteur, elle doit, en cas d'insuffisance des fonds, exécuter ces demandes en proportion de leurs montants respectifs.

« Les contestations sont portées devant le juge de l'exécution. À peine d'irrecevabilité, les contestations sont formées par le débiteur dans un délai d'un mois à compter de la notification de l'opposition. En cas de contestation, le paiement est différé pendant ce délai et, le cas échéant, jusqu'à ce qu'il soit statué, sauf si le juge autorise le paiement pour la somme qu'il détermine. Le paiement n'est pas différé, sauf si le juge en décide autrement :

« 1° Lorsque la créance de l'organisme fait suite à un contrôle au cours duquel a été établie une situation d'obstacle à contrôle, mentionnée à l'article L. 243-12-1 du présent code ;

« 2° Lorsque le recours contre le titre exécutoire a été jugé dilatoire ou abusif.

« Sont en outre applicables les articles L. 123-1, L. 162-1, L. 162-2 et L. 211-3 du code des procédures civiles d'exécution.

« Le présent article n'est pas applicable aux sommes dues par le tiers détenteur au titre des rémunérations qui ne peuvent être saisies que dans les conditions et selon la procédure prévues aux articles L. 3252-1 à L. 3252-13 du code du travail.

« *Art. L. 133-4-10.* – Lorsque le recouvrement est assuré par le Trésor comme en matière de contributions directes, il est effectué sur les cotisations recouvrées au profit des organismes de sécurité sociale soumis au contrôle de la Cour des comptes, dans les conditions déterminées aux articles L. 154-1 et L. 154-2, un prélèvement pour frais de perception dont le taux et les modalités de remboursement sont fixés par arrêté ministériel. » ;

5° Au 2° du V de l'article L. 136-5 et à la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 242-11, la référence : « L. 652-3 » est remplacée par la référence : « L. 133-4-9 » ;

6° À l'article L. 242-1-1, les mots : « de l'infraction définie aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 » sont remplacés par les mots : « des infractions mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 8211-1 » ;

7° Aux articles L. 243-2 et L. 651-7, la référence : « L. 133-1 » est remplacée par la référence : « L. 133-4-10 » ;

8° L'article L. 243-3-1 est abrogé ;

9° Après l'article L. 243-7, il est inséré un article L. 243-7-1 A ainsi rédigé :

« *Art. L. 243-7-1 A.* – À l'issue d'un contrôle effectué en application de l'article L. 243-7, l'agent chargé du contrôle adresse à la personne contrôlée une lettre mentionnant, s'il y a lieu, les observations constatées au cours du contrôle et engageant la période contradictoire préalable à l'envoi de toute mise en demeure ou avertissement en application de l'article L. 244-2. » ;

10° L'article L. 243-7-4 est abrogé ;

11° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 244-2, la référence : « L. 244-11 » est remplacée par la référence : « L. 244-8-1 » ;

12° L'article L. 244-3 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 244-3.* – Les cotisations et contributions sociales se prescrivent par trois ans à compter de la fin de l'année civile au titre de laquelle elles sont dues. Pour les cotisations et contributions sociales dont sont redevables les travailleurs indépendants, cette durée s'apprécie à compter du 30 juin de l'année qui suit l'année au titre de laquelle elles sont dues.

« Dans le cas d'un contrôle effectué en application de l'article L. 243-7, le délai de prescription des cotisations, contributions, majorations et pénalités de retard est suspendu pendant la période contradictoire mentionnée à l'article L. 243-7-1 A.

« Les majorations de retard correspondant aux cotisations et contributions payées ou à celles dues dans le délai fixé au premier alinéa du présent article se prescrivent par trois ans à compter de la fin de l'année au cours de laquelle a eu lieu le paiement ou l'exigibilité des cotisations et contributions qui ont donné lieu à l'application desdites majorations.

« Les pénalités de retard appliquées en cas de production tardive ou de défaut de production des déclarations obligatoires relatives aux cotisations et contributions sociales se prescrivent par trois ans à compter de la fin de l'année au cours de laquelle a eu lieu la production de ces déclarations ou, à défaut, à compter, selon le cas, de la fin de l'année au cours de laquelle a eu lieu la notification de l'avertissement ou de la mise en demeure prévus à l'article L. 244-2. » ;

13° Après l'article L. 244-8, il est inséré un article L. 244-8-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 244-8-1.* – Le délai de prescription de l'action civile en recouvrement des cotisations ou des majorations de retard, intentée indépendamment ou après extinction de l'action publique, est de trois ans à compter de l'expiration du délai imparti par les avertissements ou mises en demeure prévus aux articles L. 244-2 et L. 244-3. » ;

14° L'article L. 244-9 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le délai de prescription de l'action en exécution de la contrainte non contestée et devenue définitive est de trois ans à compter de la date à laquelle la contrainte a été notifiée ou signifiée, ou un acte d'exécution signifié en application de cette contrainte. » ;

15° L'article L. 244-11 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 244-11.* – En cas de constatation d'une infraction de travail illégal par procès-verbal, les délais mentionnés aux articles L. 244-3, L. 244-8-1 et L. 244-9 sont portés à cinq ans. » ;

16° À l'article L. 382-29, les références : « L. 244-9 à L. 244-11 » sont remplacées par les références : « L. 244-8-1, L. 244-9 et L. 244-10 » ;

17° À la fin de l'article L. 651-7, les références : « L. 133-1, L. 133-3, L. 244-1 à L. 244-5, L. 244-7, L. 244-9 et L. 244-11 à L. 244-14 » sont remplacées par les références : « L. 133-3, L. 133-4-10, L. 244-1 à L. 244-5, L. 244-7, L. 244-8-1, L. 244-9 et L. 244-12 à L. 244-14 » ;

18° L'article L. 652-3 est abrogé.

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

1° L'avant-dernier alinéa de l'article L. 724-11 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Cette communication engage la période contradictoire préalable à l'envoi de toute mise en demeure en application du deuxième alinéa de l'article L. 725-3. » ;

2° L'article L. 725-3 est ainsi modifié :

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

« Toute action de mise en recouvrement est précédée de l'envoi au cotisant d'une mise en demeure de régulariser sa situation. Le second alinéa de l'article L. 244-2 du code de la sécurité sociale est applicable à cette mise en demeure. » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « , après avoir mis en demeure les redevables de régulariser leur situation, » sont supprimés ;

c) Le 1° est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le délai de prescription de l'action en exécution de la contrainte non contestée et devenue définitive est celui mentionné au second alinéa de l'article L. 244-9 du code de la sécurité sociale ; »

3° Le I de l'article L. 725-7 est ainsi modifié :

a) Au début de la première phrase, les mots : « Sauf le cas de fraude ou de fausse déclaration, » sont supprimés ;

b) La seconde phrase est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

« Le délai de prescription de l'action civile en recouvrement résultant de l'application de l'article L. 725-3 est celui mentionné à l'article L. 244-8-1 du code de la sécurité sociale. Il court à compter de l'expiration du délai d'un mois imparti par la mise en demeure. » ;

4° L'article L. 725-12 est ainsi rédigé :

« Art. L. 725-12. – I. – En cas de fraude ou de fausse déclaration, les délais mentionnés au I de l'article L. 725-7 et au 1° de l'article L. 725-3 sont portés à cinq ans.

« II. – Dans le cas d'un contrôle mentionné aux articles L. 724-7 et L. 724-11, le délai de prescription des cotisations, contributions, pénalités

et majorations de retard est suspendu pendant la période contradictoire mentionnée à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 724-11. »

III. – Le chapitre I^{er} du titre VII du livre II de la huitième partie du code du travail est ainsi modifié :

1° La section 1 est complétée par un article L. 8271-6-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 8271-6-4.* – Les agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 communiquent leurs procès-verbaux relevant une des infractions constitutives de travail illégal mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 8211-1 du présent code aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime, qui procèdent à la mise en recouvrement des cotisations et contributions qui leur sont dues sur la base des informations contenues dans ces procès-verbaux. » ;

2° L'article L. 8271-8-1 est abrogé.

IV. – Le présent article s'applique aux contrôles engagés à compter du 1^{er} janvier 2017, sous les réserves suivantes :

1° Le 9°, le 12°, à l'exception des trois derniers alinéas, et les 13° à 15° du I ainsi que le II, à l'exception du troisième alinéa du 4°, s'appliquent aux cotisations et contributions sociales au titre desquelles une mise en demeure a été notifiée à compter du 1^{er} janvier 2017 ;

2° Les deux derniers alinéas du 12° du I s'appliquent aux majorations de retard et pénalités dues à compter du 1^{er} janvier 2017 ;

3° Les dispositions du présent article qui réduisent la durée de la prescription s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2017 aux créances ayant fait l'objet de mises en demeure notifiées avant cette même date, sans que la durée totale puisse excéder la durée prévue par la loi antérieure.

Article 25

L'article 122 de la loi n° 2005-1720 du 30 décembre 2005 de finances rectificative pour 2005 est ainsi modifié :

1° Le I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les personnes mentionnées au premier alinéa du présent I peuvent bénéficier, au titre de leurs périodes d'activité antérieures au 1^{er} janvier 2014,

d'une prise en charge totale ou partielle de leur dette sociale, dans la limite de 10 000 €. » ;

2° À la première phrase du III, après la seconde occurrence du mot : « sociale », sont insérés les mots : « , constituée au titre des périodes d'activité comprises entre le 1^{er} janvier 1996 et le 31 décembre 2015, » ;

3° Le IV est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « de l'aide et de l'annulation » sont remplacés par les mots : « des dispositions » ;

b) Les 2° et 3° sont abrogés ;

c) Le 4° est ainsi modifié :

– à la fin du deuxième alinéa, l'année : « 2014 » est remplacée par l'année : « 2016 » ;

– à la première phrase du dernier alinéa, les mots : « en tout ou partie par un versement complémentaire et pour le reste » sont supprimés ;

– la seconde phrase du même dernier alinéa est supprimée ;

d) Au 6°, l'année : « 2013 » est remplacée par l'année : « 2015 » ;

4° Au V, les mots : « des I et » sont remplacés par le mot : « du » ;

5° Le VI est abrogé.

Article 26

L'article 31 de la loi n° 2014-1545 du 20 décembre 2014 relative à la simplification de la vie des entreprises est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ces autorisations, ou celles valablement données aux organismes et administrations mentionnés au premier alinéa du présent article entre l'entrée en vigueur de la présente loi et celle de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2017, demeurent valides pour tout autre instrument de prélèvement conforme au règlement mentionné au même premier alinéa, en cas d'opération de changement d'instrument de prélèvement conduite par ces mêmes organismes et administrations. »

Article 27

I. – Après l'article L. 114-15 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 114-15-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 114-15-1.* – Les travailleurs salariés ou non salariés qui exercent une activité en France tout en relevant de la législation de sécurité sociale d'un État autre que la France ou, à défaut, leur employeur ou son représentant en France doivent tenir à la disposition des agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail, à l'article L. 243-7 du présent code et à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime, sur le lieu d'exécution du travail et chez la personne mentionnée à l'article L. 8222-1 du code du travail, le formulaire concernant la législation de sécurité sociale applicable prévu par les règlements européens et les conventions internationales en vigueur portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale.

« Le défaut de production de ce document, lors du contrôle, par le travailleur, l'employeur ou son représentant en France ou la personne mentionnée au même article L. 8222-1 entraîne l'application d'une pénalité.

« La pénalité mentionnée au deuxième alinéa du présent article est fixée pour chaque travailleur concerné à hauteur du plafond mensuel de sécurité sociale en vigueur. Ce montant est doublé en cas de nouveau manquement constaté dans un délai de deux ans à compter de la notification de la pénalité concernant un précédent manquement.

« La pénalité est due par la personne mentionnée audit article L. 8222-1.

« La pénalité n'est pas applicable en cas de production, lors du contrôle, d'un justificatif attestant du dépôt de la demande d'obtention du formulaire mentionné au premier alinéa du présent article, suivie de la production, dans un délai de deux mois à compter du contrôle, du formulaire délivré à la suite de cette demande.

« La pénalité est recouvrée par les organismes en charge du recouvrement des cotisations ou contributions de sécurité sociale, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement de ces cotisations ou contributions. »

II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} avril 2017.

CHAPITRE III

Dispositions contribuant au financement de l'assurance-maladie

Article 28

I. – Le chapitre VII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par une section 12 ainsi rédigée :

« Section 12

« Contribution sociale à la charge des fournisseurs agréés de produits du tabac

« Art. L. 137-27. – Les fournisseurs agréés de tabacs manufacturés mentionnés au 1 de l'article 565 du code général des impôts sont soumis à une contribution sociale sur leur chiffre d'affaires. Le produit de cette contribution est affecté à un fonds, créé au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et destiné au financement de la prévention et de la lutte contre le tabagisme.

« Le fait générateur de la contribution et son exigibilité sont ceux prévus à l'article 298 *quaterdecies* du même code.

« L'assiette de la contribution est constituée par le montant total du chiffre d'affaires du redevable relatif à la commercialisation des tabacs manufacturés, hors taxe sur la valeur ajoutée, réalisé en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à Mayotte et à La Réunion, déduction faite de la remise consentie par ce redevable aux débiteurs en application du 3^o du I de l'article 570 dudit code et du droit de consommation prévu aux articles 575 ou 575 E du même code.

« Le taux de la contribution est fixé à 5,6 %.

« Art. L. 137-28. – La contribution exigible au cours d'une année civile est déclarée en une seule fois par les redevables sur l'annexe à la déclaration de chiffre d'affaires prévue au 1 de l'article 287 du code général des impôts et déposée dans les délais prévus pour les opérations réalisées au cours du mois de mars ou du premier trimestre de l'année civile suivante. La contribution est acquittée lors du dépôt de la déclaration.

« Les redevables placés sous le régime simplifié d'imposition prévu à l'article 302 *septies* A du même code déclarent et acquittent en une seule fois la contribution exigible au cours d'une période lors du dépôt de la

déclaration portant sur les opérations de cette période mentionnée au 3 de l'article 287 dudit code.

« *Art. L. 137-29.* – La contribution mentionnée à l'article L. 137-27 est constatée, recouvrée et contrôlée selon les mêmes procédures et sous les mêmes sanctions, garanties et privilèges que la taxe sur la valeur ajoutée. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées et le droit de reprise de l'administration s'exerce selon les règles applicables à cette même taxe. »

II. – La répercussion de la contribution mentionnée à l'article L. 137-27 du code de la sécurité sociale sur les producteurs auprès desquels un fournisseur agréé de tabacs manufacturés mentionné au 1 de l'article 565 du code général des impôts s'approvisionne ne peut avoir pour effet, pour des produits du tabac d'un même groupe dont le conditionnement et le prix de vente au détail sont identiques, de conduire à ce que la part nette de ce prix attribuée aux différents producteurs diffère de plus de 5 %.

Article 29

I. – L'article 575 A du code général des impôts est ainsi rédigé :

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

Groupe de produits	Taux proportionnel (en %)	Part spécifique (en euros)
Cigarettes	49,7	48,75
Cigares et Cigarillos	23	19
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	37,7	67,50
Autres tabacs à fumer	45	17
Tabacs à priser	50	0
Tabacs à mâcher	35	0

« Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 210 € pour mille cigarettes et à 92 € pour mille cigares ou cigarillos.

« Il est fixé par kilogramme à 167 € pour les tabacs fine coupe destinés à rouler des cigarettes et à 70 € pour les autres tabacs à fumer. »

II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2017, sous réserve du second alinéa du présent II.

Entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2017, par dérogation au dernier alinéa de l'article 575 A du code général des impôts dans sa rédaction résultant du présent article, le minimum de perception mentionné à l'article 575 du même code est fixé par kilogramme à 161 € pour les tabacs fine coupe destinés à rouler des cigarettes.

Article 30

I. – A. – La section 2 du chapitre VIII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

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

« *Art. L. 138-10.* – I. – Lorsque les chiffres d'affaires hors taxes réalisés au cours de l'année civile en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des médicaments mentionnés au II du présent article par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, ont respectivement évolué de plus d'un taux (Lv) ou d'un taux (Lh), déterminés par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, par rapport aux mêmes chiffres d'affaires respectifs réalisés l'année précédente, minorés des remises mentionnées à l'article L. 138-13 et des contributions prévues au présent article, ces entreprises sont assujetties à des contributions liées à chacun de ces taux d'évolution.

« II. – Les médicaments pris en compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au I du présent article sont :

« 1° S'agissant du taux (Lv), ceux inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 ;

« 2° S'agissant du taux (Lh) :

« a) Ceux inscrits sur les listes prévues à l'article L. 162-22-7 du présent code ou à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique ;

« b) Ceux bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code ;

« c) Ceux pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code.

« Ne sont toutefois pas pris en compte :

« – les médicaments ayant, au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle chaque contribution est due, au moins une indication désignée comme orpheline en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins et pour lesquels le chiffre d'affaires total, hors taxes, n'excède pas 30 millions d'euros ;

« – les spécialités génériques définies au *a* du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, hormis celles qui, au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle chaque contribution est due, sont remboursées sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au *a* du 5° du même article L. 5121-1 est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique.

« III. – Les remises mentionnées à l'article L. 138-13 du présent code ainsi que les contributions prévues au présent article s'imputent sur le chiffre d'affaires au titre duquel elles sont dues. Pour chaque année civile considérée, dans le cas où un médicament relève simultanément ou consécutivement des taux d'évolution (Lv) et (Lh), les chiffres d'affaires mentionnés au I du présent article sont répartis au prorata des montants remboursés pour ce médicament par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre, respectivement, des 1° et 2° du II. » ;

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

« *Art. L. 138-11.* – L'assiette de chaque contribution définie à l'article L. 138-10 est égale aux chiffres d'affaires respectifs de l'année civile mentionnés au I du même article L. 138-10. » ;

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

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Le montant total de chaque contribution est calculé comme suit, en prenant comme taux (L) mentionné dans le tableau ci-dessous soit le taux (Lv) s'agissant du chiffre d'affaires des médicaments mentionnés au 1° du II de l'article L. 138-10, soit le taux (Lh) s'agissant du chiffre d'affaires des médicaments mentionnés au 2° du même II : » ;

b) La première phrase du troisième alinéa est ainsi modifiée :

– au début, le mot : « La » est remplacé par le mot : « Chaque » ;

– après la première occurrence des mots : « chiffre d'affaires », il est inséré le mot : « respectif » ;

c) Au dernier alinéa, les mots : « de la contribution due » sont remplacés par les mots : « des contributions dues » et les mots : « dans les départements d'outre-mer » sont remplacés par les mots : « , en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin » ;

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

a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « la contribution » sont remplacés, quatre fois, par les mots : « chaque contribution » ;

b) Aux première et seconde phrases du second alinéa, les mots : « la contribution » sont remplacés, deux fois, par les mots : « chaque contribution » ;

5° À l'article L. 138-14, le mot : « la » est remplacé par le mot : « chaque » ;

6° L'article L. 138-15 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Les contributions dues par chaque entreprise redevable font l'objet d'un versement au plus tard le 1^{er} juillet suivant l'année civile au titre de laquelle les contributions sont dues. » ;

b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

c) Au dernier alinéa, les mots : « la contribution » sont remplacés, deux fois, par les mots : « chaque contribution » et, après les mots : « chiffre d'affaires », il est inséré le mot : « respectif » ;

7° L'article L. 138-16 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 138-16.* – Le produit de la contribution et des remises mentionnées à l'article L. 138-13, dû au titre du taux (Lv), est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

« Le produit de la contribution et des remises mentionnées au même article L. 138-13, dû au titre du taux (Lh), est affecté au Fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique mentionné à l'article L. 221-1-1. »

B. – Pour l'année 2017, les taux (Lv) et (Lh) mentionnés à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale sont fixés, respectivement, à 0 % et à 2 %.

II. – A. – La section 3 du chapitre VIII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° Au premier alinéa de l'article L. 138-19-1, les mots : « et dans les départements d'outre-mer » sont remplacés par les mots : « , en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, » et la référence : « L. 138-19-4, » est supprimée ;

2° L'article L. 138-19-3 est ainsi modifié :

a) La seconde phrase du troisième alinéa est supprimée ;

b) À la seconde phrase du dernier alinéa, le mot : « la » est remplacé par le mot : « chaque » et sont ajoutés les mots : « , au prorata des montants de chaque contribution dus par l'entreprise » ;

3° L'article L. 138-19-4 est abrogé ;

4° À l'article L. 138-19-7, les mots : « et des remises mentionnées à l'article L. 138-19-4 » sont supprimés.

B. – Les articles L. 138-19-1, L. 138-19-3, L. 138-19-7 du même code, dans leur rédaction résultant du présent article, et L. 138-19-2, L. 138-19-5 et L. 138-19-6 du même code s'appliquent pour l'année 2017.

Pour l'année 2017, le montant W mentionné aux articles L. 138-19-1 et L. 138-19-3 du même code est fixé à 600 millions d'euros.

Article 31

I. – Est instituée une participation à la prise en charge des modes de rémunération mentionnés au 13° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale due par les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 du même code. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

La participation est due par chaque organisme mentionné au premier alinéa en activité au 31 décembre de l'année au titre de laquelle elle est perçue. Elle est égale au produit d'un forfait annuel de 5 € par le nombre de bénéficiaires de la prise en charge des frais de santé prévue à l'article L. 160-1

dudit code et d'ayants droit âgés de seize ans ou plus, couverts par l'organisme, à l'exclusion des bénéficiaires de la couverture complémentaire mentionnée à l'article L. 861-1 du même code, au 31 décembre de l'année précédant celle au titre de laquelle elle est perçue et pour lesquels l'organisme a pris en charge, au cours de cette même année, au moins une fois, en tout ou partie, la participation de l'assuré due au titre d'une consultation ou d'une visite du médecin traitant au sens de l'article L. 162-5-3 du même code.

II. – La participation est recouvrée par l'organisme désigné pour le recouvrement de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, concomitamment au recouvrement de cette même taxe, sous réserve d'aménagements prévus, le cas échéant, par décret en Conseil d'État. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions prévues pour ladite taxe.

III. – La participation mentionnée au I est due pour l'année 2017.

Article 32

L'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les accords peuvent également prévoir la mutualisation de la couverture des risques décès, incapacité, invalidité ou inaptitude. À cette fin, dans le respect des conditions définies au II, ils peuvent organiser la sélection d'au moins deux organismes mentionnés à l'article 1^{er} de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 précitée ou institutions mentionnées à l'article L. 370-1 du code des assurances permettant la mutualisation d'un socle commun de garanties défini par l'accord à travers des contrats de référence. Les entreprises entrant dans le champ d'application de l'accord ont l'obligation de souscrire un des contrats de référence lorsqu'elles n'avaient pas, antérieurement à la date d'effet de celui-ci, adhéré ou souscrit un contrat de même objet auprès d'un organisme différent de celui prévu par cet accord, sauf si l'adhésion ou la souscription de ce contrat résultait d'un dispositif de mutualisation mis en place en application du présent alinéa. » ;

2° Au premier alinéa du II, après le mot : « recommandation », sont insérés les mots : « ou la mutualisation » ;

3° À la première phrase du III, après le mot : « recommandation », sont insérés les mots : « ou de la mutualisation ».

Article 33

I. – Le III de l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« L'employeur peut, par décision unilatérale, assurer la couverture en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident des salariés mentionnés au premier alinéa du présent III, dans les conditions prévues au II du présent article.

« L'avant-dernier alinéa du présent III n'est pas applicable lorsque les salariés mentionnés au présent III sont déjà couverts à titre collectif et obligatoire en application de l'article L. 911-1. »

II. – Le B du V de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est abrogé.

TITRE II

CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 34

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

1° Le dernier alinéa de l'article L. 131-7 est complété par les mots : « , et à la réduction de cotisation mentionnée à l'article L. 612-5, dans sa rédaction résultant de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2017 » ;

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

a) Le 1° est ainsi modifié :

– à la fin du deuxième alinéa, le taux : « 61,1 % » est remplacé par le taux : « 38,48 % » ;

– à la fin du troisième alinéa, le taux : « 19,2 % » est remplacé par le taux : « 38,74 % » ;

– à la fin de l'avant-dernier alinéa, le taux : « 17,2 % » est remplacé par le taux : « 22,78 % » ;

– le dernier alinéa est supprimé ;

b) Le 7° est ainsi modifié :

– à la fin du *a*, le taux : « 57,28 % » est remplacé par le taux : « 99,75 % » ;

– les *b* à *i* sont abrogés ;

– le *j* devient le *b* ;

3° L'article L. 135-2 est ainsi modifié :

a) Les deux premiers alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dépenses prises en charge par le Fonds de solidarité vieillesse comprennent : » ;

b) Les II à IV sont abrogés ;

4° L'article L. 135-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du I, les mots : « au I de » sont remplacés par le mot : « à » ;

b) Les II et III sont abrogés ;

5° Le premier alinéa du 4° du IV de l'article L. 136-8 est ainsi rédigé :

« Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, pour la contribution sur les revenus d'activité en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime ou, pour la contribution assise sur les autres revenus, à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou, lorsqu'un régime n'est pas intégré financièrement au sens de l'article L. 134-4 du présent code, à ce même régime, dans des conditions fixées par décret, et pour la part correspondant à un taux de : » ;

6° Après le mot : « ristournes », la fin du 4° de l'article L. 143-1 est ainsi rédigée : « et l'imposition de cotisations supplémentaires ; »

7° Au 5° de l'article L. 223-1, après le mot : « agricoles », sont insérés les mots : « , le régime des exploitants agricoles » ;

8° Le 4° du IV de l'article L. 241-2 est abrogé ;

9° L'article L. 241-3 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « une fraction du produit » sont remplacés par les mots : « le produit » et les mots : « , fixée à l'article L. 651-2-1 » sont supprimés ;

b) Avant le dernier alinéa, sont insérés sept alinéas ainsi rédigés :

« La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est également assurée par :

« 1° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-11 et L. 137-11-1 du présent code ;

« 2° Les sommes issues de l'application du livre III de la troisième partie du code du travail et reçues en consignation par la Caisse des dépôts et consignations ou résultant de la liquidation des parts de fonds communs de placement par les organismes gestionnaires, des titres émis par des sociétés d'investissement à capital variable, des actions émises par les sociétés créées par les salariés en vue de la reprise de leur entreprise ou des actions ou coupures d'action de l'entreprise et n'ayant fait l'objet de la part des ayants droit d'aucune opération ou réclamation depuis trente ans ;

« 3° Les sommes versées par les employeurs au titre de l'article L. 2242-5-1 du même code ;

« 4° Les sommes acquises à l'État en application du 5° de l'article L. 1126-1 du code général de la propriété des personnes publiques ;

« 5° Le produit des parts fixes des redevances dues au titre de l'utilisation des fréquences 1 900-1 980 mégahertz et 2 110-2 170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques ;

« 6° Une fraction égale à 35 % du produit de l'ensemble des parts variables des redevances payées chaque année au titre de l'utilisation des fréquences 880-915 mégahertz, 925-960 mégahertz, 1 710-1 785 mégahertz, 1 805-1 880 mégahertz, 1 900-1 980 mégahertz et 2 110-2 170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques. » ;

10° Le II de l'article L. 245-16 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, le taux : « 1,15 % » est remplacé par le taux : « 1,38 % » ;

b) Au dernier alinéa, le taux : « 3,35 % » est remplacé par le taux : « 3,12 % » ;

11° Au début du premier alinéa de l'article L. 251-6-1, sont ajoutés les mots : « Lorsque le solde moyen de trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale pour le dernier exercice clos est positif, » ;

12° Le premier alinéa de l'article L. 413-6 est ainsi rédigé :

« Les prestations accordées en application des articles L. 413-2 à L. 413-5 sont, selon le cas, à la charge soit de l'État employeur, soit des caisses mentionnées aux articles L. 211-1, L. 215-5 et L. 752-4. L'État ou ces caisses sont subrogés dans les droits que la victime pourrait faire valoir contre les tiers responsables. » ;

13° L'article L. 413-10 est ainsi modifié :

a) À la fin du troisième alinéa, les mots : « du fonds commun prévu à l'article L. 437-1 du présent code, soit du fonds commun prévu à l'article 1203 du code rural » sont remplacés par les mots : « des caisses mentionnées aux articles L. 211-1, L. 215-5 et L. 752-4 du présent code, soit des caisses mentionnées à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime » ;

b) À la fin du dernier alinéa, les mots : « le fonds commun prévu à l'article L. 437-1 du présent code, soit par le fonds commun prévu à l'article 1203 du code rural » sont remplacés par les mots : « les caisses mentionnées aux articles L. 211-1, L. 215-5 et L. 752-4 du présent code, soit par les caisses mentionnées à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime » ;

14° L'article L. 413-11-2 est ainsi modifié :

a) À la fin du premier alinéa, les mots : « du fonds commun prévu à l'article L. 437-1 du présent code » sont remplacés par les mots : « des caisses mentionnées aux articles L. 211-1, L. 215-5 et L. 752-4 » ;

b) Au second alinéa, les mots : « le fonds commun mentionné à l'article L. 437-1 est subrogé » sont remplacés par les mots : « les caisses sont subrogées » ;

15° L'article L. 437-1 est ainsi modifié :

a) À la fin du premier alinéa, les mots : « sans donner lieu à intervention du fonds commun des accidents du travail survenus dans la métropole » sont supprimés ;

b) Le second alinéa est supprimé ;

16° À la deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 633-10, le mot : « avant-dernier » est remplacé par le mot : « quatrième » ;

17° Le deuxième alinéa de l'article L. 635-1 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse du régime social des indépendants assure le financement des pensions versées aux bénéficiaires du régime d'assurance vieillesse complémentaire des entrepreneurs du bâtiment. » ;

18° L'article L. 651-2-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 651-2-1.* – Au titre de chaque exercice, le produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés et celui de la contribution additionnelle à cette contribution mentionnée à l'article L. 245-13, minorés des frais de recouvrement, sont affectés à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2. » ;

19° Après la référence : « L. 862-4 », la fin de l'article L. 862-3 est supprimée ;

20° Le IV de l'article L. 862-4 est ainsi rédigé :

« IV. – Le produit de la taxe perçue au titre des contrats mentionnés au II et au 2° du II *bis* du présent article, pour une part correspondant à un taux de 6,27 %, ainsi qu'au 1° du même II *bis* est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1. Le solde du produit de la taxe est affecté à ce même fonds pour une fraction fixée à 20,18 % et à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 pour une fraction fixée à 79,82 %. »

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

1° L'article L. 731-2 est ainsi modifié :

a) Au 5°, le taux : « 57,8 % » est remplacé par le taux « 55,77 % » ;

b) Les 8° à 10° sont abrogés ;

2° L'article L. 731-3 est ainsi modifié :

a) Au 3°, le taux : « 42,2 % » est remplacé par le taux : « 40,05 % » ;

b) Après le 6°, il est inséré un 6° *bis* ainsi rédigé :

« 6° *bis* Le produit de la taxe mentionnée à l'article 1618 *septies* du code général des impôts ; »

3° Le troisième alinéa de l'article L. 732-58 est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« – par une fraction, fixée à 4,18 %, du produit du droit de consommation sur les alcools mentionné à l'article 403 du code général des impôts ;

« – par le produit de la taxe mentionnée à l'article 1609 *vicies* du code général des impôts. » ;

4° Le 3° des I et II de l'article L. 741-9 est abrogé ;

5° L'intitulé du chapitre III du titre V du livre VII est ainsi rédigé :
« Accidents du travail intervenus avant le 1^{er} juillet 1973 » ;

6° L'article L. 753-1 est ainsi modifié :

a) Au début, les mots : « La Caisse des dépôts et consignations gère un fonds commun des accidents du travail agricole qui a » sont remplacés par les mots : « Les caisses mentionnées à l'article L. 723-2 assurent » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Elles peuvent déléguer par convention ces compétences à une autre caisse mentionnée au même article L. 723-2. » ;

7° L'article L. 753-2 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 753-2.* – Les sociétés et organismes d'assurance peuvent transmettre le service des rentes et la charge des frais de renouvellement d'appareillage dont ils demeurent tenus aux caisses mentionnées à l'article L. 723-2 ou à une caisse délégataire en application de l'article L. 753-1, à charge pour eux de transmettre en même temps à ces caisses l'actif correspondant à ces engagements.

« Un décret fixe les conditions et modalités de ces transferts. » ;

8° La section 2 du chapitre III du titre V est abrogée ;

9° L'intitulé de la section 3 du même chapitre III est ainsi rédigé :
« Dépenses relatives aux accidents du travail intervenus avant le 1^{er} juillet 1973 » ;

10° L'article L. 753-4 est ainsi modifié :

a) À la fin du premier alinéa, les mots : « le fonds commun des accidents du travail agricole » sont remplacés par les mots : « les caisses mentionnées à l'article L. 723-2 » ;

b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

11° L'article L. 753-5 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « La Caisse des dépôts et consignations exerce » sont remplacés par les mots : « Les caisses mentionnées à l'article L. 723-2 exercent » et le mot : « elle » est remplacé par le mot : « elles » ;

b) Au second alinéa, les mots : « elle jouit, pour le remboursement de ses avances » sont remplacés par les mots : « elles jouissent, pour le remboursement de leurs avances » et les mots : « n'a » sont remplacés par les mots : « n'ont » ;

12° Au second alinéa de l'article L. 753-6, les mots : « de la caisse des dépôts et consignations exerçant son recours » sont remplacés par les mots : « des caisses mentionnées à l'article L. 723-2 exerçant leur recours » ;

13° L'article L. 753-7 est ainsi modifié :

a) Au début du premier alinéa, les mots : « Le fonds commun des accidents du travail agricole supporte » sont remplacés par les mots : « Les caisses mentionnées à l'article L. 723-2 supportent » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « du fonds commun des accidents du travail agricole » sont remplacés par les mots : « des caisses mentionnées au même article L. 723-2 » ;

14° Aux articles L. 753-12 et L. 753-15, au deuxième alinéa de l'article L. 753-19, à l'article L. 753-20 et au dernier alinéa de l'article L. 753-22, les mots : « le Fonds commun des accidents du travail agricole » sont remplacés par les mots : « les caisses mentionnées à l'article L. 723-2 ».

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

1° L'article L. 14-10-4 est ainsi modifié :

a) Le 3° est complété par les mots : « et répartie entre les sections mentionnées à l'article L. 14-10-5 du présent code par arrêté conjoint des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et du budget, pris après avis du conseil mentionné à l'article L. 14-10-3 du même code ; »

b) Le 6° est abrogé ;

2° L'article L. 14-10-5 est ainsi modifié :

a) Le a du 1° du II est ainsi rédigé :

« a) 20 % du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 et une fraction comprise entre 74 % et 82 % du produit mentionné au 3° du même article L. 14-10-4 ; »

b) Le a du 1° du IV est ainsi rédigé :

« a) Une fraction comprise entre 4 % et 10 % du produit mentionné au 3° de l'article L. 14-10-4 ; ».

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

1° Au premier alinéa du I de l'article 1609 *vicies*, les mots : « au profit de l'organisme mentionné à l'article L. 731-1 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés ;

2° Au premier alinéa de l'article 1618 *septies*, les mots : « au profit de l'organisme mentionné à l'article L. 731-1 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés ;

3° Les six premiers alinéas de l'article 1622 sont remplacés par deux alinéas ainsi rédigés :

« Les organismes assureurs contribuent au financement des dépenses mentionnées à l'article L. 753-1 du code rural et de la pêche maritime. Cette contribution est calculée au prorata du nombre de personnes assurées auprès de chacun d'eux à la date du 31 mars 2002, en application de l'article L. 752-1 du code rural, dans sa rédaction antérieure au 1^{er} avril 2002, et au prorata du nombre de personnes assurées auprès de chacun d'eux à la date du 31 mars 2002 en application de l'article L. 752-22 du code rural dans sa rédaction antérieure au 1^{er} avril 2002.

« Le montant total de ces contributions est égal à la moitié de la prévision de dépenses mentionnées au même article L. 753-1 au titre de

l'année, corrigée de la moitié des insuffisances ou excédents constatés au titre de l'année précédente. Il est fixé chaque année par arrêté conjoint des ministres chargés du budget et de l'agriculture, dans la limite d'un plafond annuel de 24 millions d'euros. »

V. – À la seconde phrase du premier alinéa du III de l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999, les mots : « d'une fraction égale à 0,31 % du produit du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts, » sont supprimés.

VI. – Le V de l'article 9 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« V. – Les branches mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime versent, en début d'exercice, au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire mentionné à l'article L. 732-56 du même code une quote-part des droits mentionnés au 5° de l'article L. 731-2 et au 3° de l'article L. 731-3 dudit code dont ils sont tributaires, égale à la prévision annuelle du surplus de recettes résultant du présent article, dont le montant est fixé et réparti par arrêté des ministres chargés de l'agriculture, du budget et de la sécurité sociale. Les montants versés à titre prévisionnel font l'objet d'une régularisation lors du versement de l'année suivante. »

VII. – Le régime mentionné au premier alinéa de l'article L. 635-1 du code de la sécurité sociale rembourse, au plus tard le 1^{er} avril 2017, à la branche mentionnée au 2° de l'article L. 611-2 du même code les sommes, fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, correspondant aux créances constatées au 31 décembre 2016 sur le régime d'assurance vieillesse complémentaire des entrepreneurs du bâtiment dans les comptes de l'organisme mentionné à l'article L. 611-4 dudit code.

VIII. – Les recettes mises en réserve mentionnées au III de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, font l'objet, au plus tard le 30 juin 2017, d'un prélèvement au profit de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du même code, à hauteur du montant constaté au 31 décembre 2016, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles mentionnées à l'article L. 137-3 du même code.

IX. – Les sommes correspondant au service par le régime général, le régime des salariés agricoles et le régime d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants non agricoles qui ne sont pas affiliés aux régimes mentionnés aux articles L. 640-1 et L. 723-1 du code de la sécurité sociale de la majoration mentionnée au 1° du II de l'article L. 135-2 du même code, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, demeurent prises en charge, dans une section comptable distincte, jusqu'à une date ne pouvant excéder le 31 décembre 2019 et à hauteur d'une fraction fixée par décret, par le fonds institué à l'article L. 135-1 dudit code. Les frais de gestion afférents à la prise en charge de ces majorations sont retracés au sein de cette même section comptable.

La branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale prend en charge les régularisations des versements effectués au titre de 2016 en application du III de l'article L. 135-2 du même code dans sa rédaction résultant de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 précitée, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

X. – Par dérogation à l'article L. 14-10-1 et au IV de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles et à titre exceptionnel pour l'année 2017, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie finance, dans la limite de 50 millions d'euros, un fonds d'appui à la définition de la stratégie territoriale dans le champ de l'aide à domicile, de soutien aux bonnes pratiques et d'aide à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 1°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du même code, dans des conditions définies par arrêté conjoint des ministres chargés des affaires sociales et du budget.

XI. – Les 12° à 15° du I, les 5° à 14° du II et le 3° du IV entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

Article 35

Est approuvé le montant de 6,1 milliards d'euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 5 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.

Article 36

Pour l'année 2017, 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)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	204,5	207,1	-2,6
Vieillesse	232,2	230,6	1,6
Famille	49,9	49,9	0,0
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	14,2	13,5	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	487,1	487,4	-0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse.....	483,7	487,8	-4,1

Article 37

Pour l'année 2017, 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, du régime général :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie.....	203,2	205,9	-2,6
Vieillesse	126,5	125,0	1,6
Famille	49,9	49,9	0,0
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	12,8	12,1	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	379,5	379,9	-0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse.....	377,6	381,8	-4,2

Article 38

I. – Pour l'année 2017, 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 des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse.....	15,7	19,6	-3,8

II. – Pour l'année 2017, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 14,9 milliards d'euros.

III. – Pour l'année 2017, 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 2017, 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

Article 39

I. – Sont habilités en 2017 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)

	Montants limites
Agence centrale des organismes de sécurité sociale	33 000
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	4 450
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF – période du 1 ^{er} au 31 janvier	450
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF – période du 1 ^{er} février au 31 décembre	200
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines...	350
Caisse nationale des industries électriques et gazières.....	300

II. – Le III de l’article 31 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 est abrogé.

Article 40

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2017 à 2020), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l’objectif national de dépenses d’assurance maladie.

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L’EXERCICE 2017

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE

Article 41

I. – Le code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle, est ainsi modifié :

1° L’article L. 523-1 est ainsi modifié :

a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

b) À la fin du 3°, les mots : « , par une convention de divorce par consentement mutuel prenant la forme d’un acte sous signature privée contresigné par avocats déposé au rang des minutes d’un notaire ou par un acte reçu en la forme authentique par un notaire » sont remplacés par les mots : « ou d’une contribution à l’entretien et à l’éducation de l’enfant fixée par les actes ou accords mentionnés au IV » ;

c) Le 4° est ainsi modifié :

– à la première phrase, les mots : « de leur obligation d’entretien ou » sont supprimés et les mots : « , par une convention de divorce par consentement mutuel prenant la forme d’un acte sous signature privée contresigné par avocats déposé au rang des minutes d’un notaire ou par un acte reçu en la forme authentique par un notaire » sont remplacés par les mots : « ou d’une contribution à l’entretien et à l’éducation de l’enfant fixée par un accord amiable ou par les actes ou accords mentionnés au même IV, » ;

– à la dernière phrase, les mots : « de décision de justice, de convention de divorce par consentement mutuel prenant la forme d’un acte sous signature privée contresigné par avocats déposé au rang des minutes d’un notaire ou d’un acte reçu en la forme authentique par un notaire, préalable, le montant de l’obligation d’entretien » sont remplacés par les mots : « d’une décision de justice ou d’un accord ou d’un acte respectivement mentionnés aux 1° et 2° du IV, le montant de la contribution » ;

d) À la première phrase du même 4°, tel qu’il résulte du c du présent 1°, les mots : « par un accord amiable ou » sont supprimés ;

e) Après ledit 4°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« II. – En vue de faciliter la fixation de la pension alimentaire par l’autorité judiciaire, le directeur de l’organisme débiteur des prestations familiales peut transmettre au parent bénéficiaire les renseignements dont il dispose concernant l’adresse et la solvabilité du débiteur défaillant à l’issue du contrôle qu’il effectue sur sa situation, dès lors qu’un droit à l’allocation de soutien familial mentionné au 3° du I est ouvert. » ;

f) Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « III. – » ;

g) Il est ajouté un IV ainsi rédigé :

« IV. – Constituent des actes ou accords au sens des 3° et 4° du I du présent article, sous réserve qu’ils aient acquis force exécutoire :

« 1° L’accord par lequel les époux consentent mutuellement à leur divorce par acte sous signature privée contresigné par avocats déposé au rang des minutes d’un notaire selon les modalités prévues à l’article 229-1 du code civil ;

« 2° Un acte reçu en la forme authentique par un notaire. » ;

h) Le IV, tel qu’il résulte du g du présent 1°, est complété par un 3° ainsi rédigé :

« 3° Un accord auquel l'organisme débiteur des prestations familiales a donné force exécutoire en application de l'article L. 582-2 du présent code. » ;

2° L'article L. 581-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa et à la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « par une convention de divorce par consentement mutuel prenant la forme d'un acte sous signature privée contresigné par avocats déposé au rang des minutes d'un notaire ou par un acte reçu en la forme authentique par un notaire » sont remplacés par les mots : « ou par les actes ou accords mentionnés au IV de l'article L. 523-1 » ;

b) Au dernier alinéa, après la référence : « 4° », est insérée la référence : « du I » ;

3° Le premier alinéa de l'article L. 581-6 est ainsi rédigé :

« Le titulaire d'une créance alimentaire, fixée par décision de justice devenue exécutoire ou par les actes ou accords mentionnés au IV de l'article L. 523-1, en faveur de ses enfants jusqu'à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3, s'il ne remplit pas les conditions d'attribution de l'allocation de soutien familial, bénéficie, à sa demande, de l'aide des organismes débiteurs de prestations familiales pour le recouvrement des termes échus, dans la limite de deux années à compter de la demande de recouvrement, et des termes à échoir. » ;

4° Au premier alinéa de l'article L. 581-10, les mots : « , par une convention de divorce par consentement mutuel prenant la forme d'un acte sous signature privée contresigné par avocats déposé au rang des minutes d'un notaire ou par un acte reçu en la forme authentique par un notaire » sont remplacés par les mots : « ou par les actes ou accords mentionnés au IV de l'article L. 523-1 » ;

5° Le chapitre II du titre VIII du livre V est ainsi rétabli :

« CHAPITRE II

« *Dispositions particulières relatives à certaines créances alimentaires* »

« Art. L. 582-1. – Pour l'application du dernier alinéa de l'article 373-2-2 du code civil, lorsque le créancier est demandeur ou bénéficiaire de l'allocation de soutien familial, l'organisme débiteur des prestations familiales notifie au débiteur par lettre recommandée avec demande d'avis de réception qu'il est tenu de procéder auprès de cet organisme au

versement de la créance fixée par décision de justice et que, à défaut de paiement dans un délai de deux mois à compter de cette notification, le recouvrement de la créance sera poursuivi par tout moyen. L'organisme débiteur précise les termes à échoir et les arriérés de pension dus à compter de la date de la décision de justice.

« Lorsque le créancier ne remplit pas les conditions d'attribution de l'allocation de soutien familial, le premier alinéa du présent article s'applique sur demande du créancier.

« Lorsqu'une décision de justice prévoit que la pension alimentaire mise à la charge du parent débiteur est versée au directeur de l'organisme débiteur, ce parent débiteur ne peut pas être considéré comme hors d'état de faire face à son obligation de verser ladite pension pour le motif qui a conduit l'autorité judiciaire à user de la faculté prévue au dernier alinéa du même article 373-2-2.

« L'organisme compétent auquel incombe la demande de paiement est celui du lieu de résidence de l'allocataire ou, à défaut, du parent créancier. » ;

6° Le même chapitre II, tel qu'il résulte du 5° du présent I, est complété par un article L. 582-2 ainsi rétabli :

« *Art. L. 582-2.* – Sur demande conjointe des parents qui mettent fin à leur vie en concubinage ou qui ont procédé à une dissolution du pacte civil de solidarité qui les liait, le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales donne force exécutoire à l'accord par lequel ils fixent le montant de la contribution à l'entretien et à l'éducation en faveur de l'enfant mise à la charge du débiteur, si les conditions suivantes sont réunies :

« 1° Les parents attestent qu'aucun d'eux n'est titulaire d'une créance fixée pour cet enfant par une décision de justice ou par un accord ou un acte respectivement mentionnés aux 1° et 2° du IV de l'article L. 523-1, ou n'a engagé de démarche en ce sens ;

« 2° Le montant de la contribution, fixé en numéraire, est supérieur ou égal à un seuil établi en tenant compte notamment des modalités de résidence retenues pour l'enfant mentionné au premier alinéa, des ressources du débiteur et du nombre d'enfants de ce dernier lorsqu'ils sont à sa charge selon des conditions fixées par décret ;

« 3° L'accord précise les informations strictement nécessaires à la détermination du montant de la contribution mentionnées au 2° du présent article.

« La décision de l'organisme débiteur a les effets d'un jugement et constitue un titre exécutoire au sens du 6° de l'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution.

« La demande des parents mentionnée au premier alinéa du présent article peut être réalisée par voie dématérialisée.

« Lorsque l'information mentionnée au 1° du présent article n'a pas été portée à la connaissance de l'organisme débiteur, la décision de ce dernier est frappée de nullité.

« La décision de l'organisme débiteur n'est susceptible d'aucun recours. En cas de refus de l'organisme débiteur de conférer force exécutoire à l'accord, les parents peuvent, ensemble ou séparément, saisir le juge aux affaires familiales aux fins de fixation du montant de la contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant sur le fondement de l'article 373-2-7 du code civil.

« Les parents sont tenus de signaler à l'organisme débiteur tout changement de situation susceptible d'entraîner la révision du montant de la contribution. Lorsque ce changement entraîne une modification du droit à l'allocation mentionnée au 4° du I de l'article L. 523-1 du présent code, les parents qui ont conclu un nouvel accord le transmettent à l'organisme débiteur en vue du maintien de cette allocation.

« Toute décision judiciaire exécutoire supprimant ou modifiant la contribution à l'entretien et à l'éducation d'un enfant et postérieure au titre exécutoire établi en application du présent article prive ce titre de tout effet.

« L'organisme débiteur auquel incombe la délivrance du titre exécutoire est celui du lieu de résidence de l'allocataire ou, à défaut, du parent créancier.

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

7° L'article L. 583-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article est applicable aux informations demandées au parent débiteur et au parent créancier nécessaires pour l'application de l'article L. 582-2 et du 4° du I de l'article L. 523-1. » ;

8° Le chapitre III du titre VIII du livre V est complété par un article L. 583-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 583-5. – Les organismes débiteurs des prestations familiales communiquent à l’administration fiscale le montant de la contribution à l’entretien et à l’éducation de l’enfant fixée dans l’accord mentionné à l’article L. 582-2 auquel ils ont donné force exécutoire. » ;

9° Le premier alinéa de l’article L. 755-3 est ainsi modifié :

a) Après la référence : « L. 553-4 », est insérée la référence : « L. 582-1 » ;

b) La référence : « et L. 583-3 » est remplacée par les références : « , L. 582-2, L. 583-3 et L. 583-5 ».

II. – L’article 373-2-2 du code civil est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque le parent débiteur de la pension alimentaire a fait l’objet d’une plainte déposée à la suite de menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou l’enfant ou d’une condamnation pour de telles menaces ou violences ou lorsque de telles menaces ou violences sont mentionnées dans une décision de justice, le juge peut prévoir que cette pension est versée au directeur de l’organisme débiteur des prestations familiales. »

III. – L’article 1^{er} de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires est complété par un 4° ainsi rédigé :

« 4° Un accord auquel l’organisme débiteur des prestations familiales a donné force exécutoire en application de l’article L. 582-2 du code de la sécurité sociale. »

IV. – Les *d* et *h* du 1°, le 3° et les 5° à 9° du I et les II et III du présent article ne sont pas applicables à Saint-Pierre-et-Miquelon.

V. – Les *d* et *h* du 1°, les 6° à 8° et le *b* du 9° du I et le III du présent article entrent en vigueur le 1^{er} avril 2018.

Article 42

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

1° L’article L. 133-5-8 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « versées » est remplacé par le mot : « dues » ;

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

« L'employeur est tenu de procéder, au plus tard à une date fixée par décret, à la déclaration des rémunérations dues au titre de chaque mois au cours duquel le salarié a effectué une activité pour son compte. » ;

2° La sous-section 2 de la section 1 du chapitre III *bis* du titre III du livre I^{er} est complétée par un article L. 133-5-12 ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-5-12.* – Par dérogation à l'article L. 3241-1 du code du travail, sous réserve de la communication à l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code de l'accord écrit et préalable du salarié, tout employeur ou toute personne ayant recours au dispositif mentionné aux 3°, 4° et 6° de l'article L. 133-5-6 peut procéder au versement des rémunérations dues au titre de l'emploi de ce salarié par voie dématérialisée, par l'intermédiaire de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10.

« Dans ce cas, la retenue à la source de l'impôt sur le revenu du salarié prévue au 1° du 2 de l'article 204 A du code général des impôts est effectuée par l'intermédiaire de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code dans les conditions prévues au 3 de l'article 1671 du code général des impôts.

« L'organisme procède au prélèvement des sommes effectivement dues par l'employeur après la transmission de la déclaration mentionnée au premier alinéa de l'article L. 133-5-8 du présent code et reverse au salarié la rémunération due dans des délais fixés par décret. Le salarié est informé par l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 de la transmission par son employeur de la déclaration mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 133-5-8.

« L'employeur qui recourt au dispositif prévu au premier alinéa du présent article est réputé satisfaire à l'obligation de paiement du salaire lorsqu'il a mis à disposition de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 la somme correspondante à la rémunération due au salarié.

« Le montant du prélèvement mentionné au troisième alinéa du présent article tient compte, le cas échéant :

« 1° Des articles L. 531-8 et L. 531-8-1 ;

« 2° Des sommes que l'employeur décide d'acquitter sur la base du 1° du B de l'article L. 1271-1 du code du travail, si une convention entre

l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code et l'organisme ou l'établissement habilité mentionné à l'article L. 1271-10 du code du travail ayant émis le titre spécial de paiement mentionné au B de l'article L. 1271-1 du même code prévoit les modalités de transmission des informations nécessaires à une telle opération ;

« 3° Du montant des cotisations et contributions sociales prises en charge en application de l'article L. 133-8-3 du présent code ;

« 4° De toute aide dont dispose l'employeur pour l'emploi de son salarié, si une convention entre l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 et la personne ayant accordé cette aide prévoit les modalités de transmission des informations nécessaires à une telle opération. » ;

3° À la première phrase de l'article L. 133-8-3, la référence : « L. 133-8 » est remplacée par la référence : « L. 133-5-10 » ;

4° L'article L. 531-5 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du I et à la première phrase du second alinéa du II, la référence : « L. 772-1 » est remplacée par la référence : « L. 7221-1 » ;

b) Les deuxième à quatrième alinéas du même I sont ainsi rédigés :

« Ce complément comprend deux parts :

« a) Une part calculée, selon les modalités prévues au II du présent article, en fonction du montant des cotisations et contributions sociales correspondant à la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ;

« b) Une part calculée, selon les modalités prévues au III, en fonction de la rémunération nette de la personne qui assure la garde de l'enfant. » ;

c) À l'avant-dernier alinéa dudit I, les références : « L. 351-9 et L. 351-10 » sont remplacées par les références : « L. 5423-1, L. 5423-2 et L. 5423-8 » ;

d) Au premier alinéa du II, après le mot : « montant », sont insérés les mots : « mentionné au a du I correspond à la totalité » et, après les mots : « contributions sociales », les mots : « est pris en charge en totalité » sont supprimés ;

e) Le second alinéa du même II est ainsi modifié :

- à la première phrase, les mots : « une fraction des cotisations et contributions sociales est prise en charge » sont remplacés par les mots : « le montant mentionné au *a* du I correspond à une fraction, fixée par décret, des cotisations et contributions sociales » ;

- la même première phrase est complétée par les mots : « après prise en compte de la déduction prévue au *I bis* de l'article L. 241-10 du présent code » ;

- la deuxième phrase est ainsi rédigée :

« Le plafond mentionné au présent alinéa est fixé par décret. » ;

- au début de la dernière phrase, les mots : « Le plafond » sont remplacés par le mot : « Il » ;

f) À la première phrase du III, les mots : « versée au titre de la prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ou des enfants » sont remplacés par les mots : « mentionnée au *b* du I » ;

5° L'article L. 531-8 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 531-8.* – Les employeurs qui bénéficient du complément mentionné à l'article L. 531-5 sont tenus d'adhérer au dispositif simplifié prévu pour les personnes mentionnées au 4° de l'article L. 133-5-6.

« Les cotisations et contributions sociales dues au titre de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant, nettes de la déduction prévue au *I bis* de l'article L. 241-10 lorsqu'elle est applicable, du montant mentionné au *a* du I de l'article L. 531-5 et, le cas échéant, du montant mentionné au *b* du même I, dans la limite des cotisations et contributions restantes, donnent lieu à un prélèvement automatique par l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10.

« Les caisses d'allocations familiales et les caisses de mutualité sociale agricole versent à l'employeur le montant du complément mentionné au *b* du I de l'article L. 531-5 restant dû après imputation, en application du deuxième alinéa du présent article, sur les cotisations et contributions sociales dues au titre de la rémunération de la personne qui garde l'enfant.

« Pour la mise en œuvre des missions mentionnées aux deuxième et troisième alinéas, les caisses d'allocations familiales et les caisses de mutualité sociale agricole informent l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 de l'éligibilité des employeurs au complément de libre choix du mode de

garde mentionné à l'article L. 531-5 et lui transmettent les informations nécessaires à l'établissement du montant mentionné au *b* du I du même article L. 531-5. L'organisme transmet aux caisses d'allocations familiales et aux caisses de mutualité sociale agricole les informations déclarées par les employeurs ainsi que les montants mentionnés au deuxième alinéa du présent article et à l'article L. 531-8-1. » ;

6° Après le même article L. 531-8, il est inséré un article L. 531-8-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 531-8-1.* – Dans le cas mentionné à l'article L. 133-5-12, sans préjudice du montant des rémunérations effectivement versées au salarié par l'intermédiaire de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10, le prélèvement mentionné au troisième alinéa de l'article L. 133-5-12 est minoré à hauteur du montant du complément de libre choix du mode de garde mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 531-8. »

II. – Au 1° du B de l'article L. 1271-1 du code du travail, après le mot : « rémunération », sont insérés les mots : « et des cotisations et contributions sociales afférentes ».

III. – Le présent article s'applique aux rémunérations dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2018, à l'exception du 1° du I, qui s'applique aux rémunérations dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2017.

Article 43

Pour l'année 2017, les objectifs de dépenses de la branche Famille de la sécurité sociale sont fixés à 49,9 milliards d'euros.

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE VIEILLESSE

Article 44

I. – L'article L. 351-15 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article est applicable aux salariés exerçant plusieurs activités à temps partiel dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État. »

II. – L'article L. 351-16 du même code est ainsi modifié :

1° À la fin de la seconde phrase du premier alinéa, les mots : « ou exerce une autre activité à temps partiel en plus de celle ouvrant droit au service de la fraction de pension » sont supprimés ;

2° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Le service d'une fraction d'une pension ne peut pas être à nouveau demandé après la cessation de l'activité à temps partiel lorsque l'assuré a demandé le service de sa pension complète ou la reprise d'une activité à temps complet. »

III. – Le présent article entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2018.

Article 45

Le paragraphe 2 de la sous-section 4 de la section 1 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 161-21-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 161-21-1.* – L'assuré qui justifie des durées d'assurance mentionnées au premier alinéa des articles L. 351-1-3 et L. 634-3-3, au premier alinéa du III des articles L. 643-3 et L. 723-10-1 du présent code et au premier alinéa de l'article L. 732-18-2 du code rural et de la pêche maritime, ainsi qu'au 5° du I de l'article L. 24 du code des pensions civiles et militaires de retraites sans pouvoir attester, sur une fraction de ces durées, de la reconnaissance administrative de l'incapacité requise au premier alinéa de l'article L. 351-1-3 du présent code et qui est atteint d'une incapacité permanente d'au moins 80 % au moment de la demande de liquidation de sa pension peut obtenir, sur sa demande, l'examen de sa situation par une commission placée auprès de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

« Cette commission est saisie par la caisse ou le service chargé de la liquidation de la pension de retraite. L'examen de la situation est fondé sur un dossier à caractère médical transmis par l'assuré permettant d'établir l'ampleur de l'incapacité, de la déficience ou du désavantage pour les

périodes considérées. L'avis motivé de la commission est notifié à l'organisme débiteur de la pension, auquel il s'impose.

« Les membres de la commission exercent leur fonction dans le respect du secret professionnel et du secret médical.

« Un décret détermine les modalités d'application du présent article et fixe, notamment, le fonctionnement et la composition de la commission, qui comprend au moins un médecin-conseil et un membre de l'équipe mentionnée à l'article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles, ainsi que la fraction des durées d'assurance requises susceptible d'être validée par la commission.

« Les attributions faites avant le 1^{er} janvier 2016 de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé mentionnée à l'article L. 5213-1 du code du travail peuvent, sur demande de l'intéressé, donner lieu à une évaluation de son incapacité permanente par la commission mentionnée à l'article L. 241-5 du code de l'action sociale et des familles. »

Article 46

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} octobre 2017, un rapport relatif aux conditions d'élargissement du dispositif de retraite progressive aux salariés en forfait jours.

Article 47

Sous réserve des décisions juridictionnelles passées en force de chose jugée, sont validés, en tant que leur régularité serait contestée par le moyen tiré de ce que la délibération du 31 mars 2004 du conseil d'administration de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales n'a pas pu leur donner de fondement légal :

1° Les décisions, notifiées au plus tard le 13 août 2016, validant les années d'études d'infirmier, de sage-femme ou d'assistant social comme période de service en application du 2° de l'article 8 du décret n° 2003-1306 du 26 décembre 2003 relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales, dans sa rédaction applicable avant le 14 août 2016 ;

2° Les avis de mise en recouvrement des retenues et contributions afférentes aux périodes d'études mentionnées au 1° du présent article

notifiés aux employeurs concernés par la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales.

Article 48

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

1° L'article L. 723-11 est abrogé ;

2° Au 2° de l'article 742-6, les mots : « énumérées aux articles L. 622-3 à L. 622-5 » sont remplacés par les mots : « ayant valu affiliation au régime mentionné à l'article L. 613-1 ».

II. – L'avant-dernier alinéa de l'article 43 de la loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971 portant réforme de certaines professions judiciaires et juridiques est supprimé.

III. – Le présent article s'applique aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2017.

Article 49

Au IV de l'article L. 351-4 du code de la sécurité sociale, après les mots : « même code », sont insérés les mots : « ou l'assuré désigné tuteur sur le fondement des articles 403 et suivants du même code ».

Article 50

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

1° À l'article L. 131-6-3, les mots : « professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « personnes mentionnées au 2° de l'article L. 611-1 » ;

2° L'article L. 133-6-8 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi modifié :

– à la dernière phrase du premier alinéa, les références : « auxdits articles 50-0 et 102 *ter* » sont remplacées par la référence : « au même II » ;

– au 1^o, les mots : « professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « travailleurs indépendants qui relèvent de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants » ;

– au 2^o, les mots : « professions libérales » sont remplacés par les mots : « travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 640-1 » ;

b) Le II est ainsi modifié :

– à la fin de la première phrase, les mots : « des professions mentionnées aux 1^o et 2^o de l'article L. 621-3 et à ceux relevant de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse » sont remplacés par les mots : « de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants » ;

– il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les prestations attribuées aux personnes mentionnées au présent article sont calculées sur la base de leur chiffre d'affaires ou de leurs recettes après application, pour les travailleurs indépendants relevant de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants, d'un taux d'abattement de 71 % lorsqu'ils appartiennent à la première catégorie mentionnée au 1 de l'article 50-0 du code général des impôts et de 50 % dans le cas contraire et, pour les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 640-1 du présent code, d'un taux d'abattement de 34 %. » ;

3^o Le 1^o de l'article L. 134-3 est ainsi rédigé :

« 1^o De la branche mentionnée au 2^o de l'article L. 611-2 ; »

4^o Au deuxième alinéa du I de l'article L. 135-6, les références : « aux 1^o et 2^o de l'article L. 621-3 » sont remplacées par la référence : « au 2^o de l'article L. 611-2 » ;

5^o À la fin du 1^o de l'article L. 161-22, la référence : « L. 622-5 » est remplacée par la référence : « L. 640-1 » ;

6^o À l'article L. 173-3, les mots : « régie par l'article L. 621-1 » sont remplacés par les mots : « des travailleurs indépendants » ;

7^o À la fin du 2^o de l'article L. 611-1, les mots : « les personnes appartenant aux groupes des professions artisanales et des professions industrielles et commerciales mentionnées à l'article L. 621-3 » sont remplacés par les mots : « les personnes mentionnées au 1^o du présent

article, à l'exception de celles qui sont affiliées aux régimes mentionnés aux articles L. 640-1 et L. 723-1 » ;

8° L'article L. 611-2 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

- au début, la mention : « I. - » est supprimée ;
- le mot : « trois » est remplacé par le mot : « deux » ;

b) Les 2° et 3° sont remplacés par un 2° ainsi rédigé :

« 2° Assurances vieillesse. » ;

9° À la fin de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 611-5, les mots : « un ou plusieurs groupes de professions mentionnées à l'article L. 611-1 » sont remplacés par les mots : « une ou plusieurs catégories de professions » ;

10° L'article L. 611-12 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi modifié :

- le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Les caisses de base sont administrées par un conseil d'administration composé de membres élus pour six ans au suffrage universel direct par les cotisants au titre de leur activité professionnelle d'une part, et par les retraités du régime social des indépendants ainsi que ceux des régimes mentionnés aux articles L. 640-1 et L. 723-1 qui bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé auprès des caisses du régime social des indépendants d'autre part. » ;

- les deuxième et troisième alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque les caisses sont propres à certaines catégories professionnelles, les cotisants et retraités mentionnés au premier alinéa du présent I sont, respectivement, ceux appartenant ou ayant appartenu à ces catégories. » ;

- au cinquième alinéa, les mots : « groupe professionnel » sont remplacés par les mots : « catégorie de professions mentionnée à l'article L. 611-5 » ;

- le dernier alinéa est supprimé ;

b) Le II est abrogé ;

c) Le III devient le II ;

11° L'article L. 613-1 est ainsi modifié :

a) Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° Les travailleurs indépendants qui ne sont pas affiliés au régime mentionné au 3° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime ; »

b) Les 2° et 3° sont ainsi rétablis :

« 2° Les débitants de tabacs ;

« 3° Pour des raisons impérieuses de sécurité, les moniteurs de ski titulaires d'un brevet d'État ou d'une autorisation d'exercer, organisés en association ou en syndicat professionnel pour la mise en œuvre de leur activité ; ces moniteurs sont considérés comme exerçant une activité non salariée, quel que soit le public auquel ils s'adressent ; »

12° À l'article L. 613-9, les mots : « communes à l'ensemble des groupes professionnels mentionnés au 1° de l'article L. 613-1, » et les mots : « propres à un ou plusieurs de ces groupes » sont supprimés ;

13° L'article L. 613-20 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « faite, à la majorité des membres élus d'une ou de plusieurs sections professionnelles » sont supprimés ;

b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

– la première phrase est ainsi rédigée :

« Les prestations supplémentaires peuvent également être instituées, modifiées ou supprimées par décret pour certaines catégories professionnelles sur proposition du conseil d'administration de la caisse nationale se réunissant dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 611-5. » ;

– à la fin de la seconde phrase, les mots : « de l'ensemble des groupes intéressés » sont remplacés par les mots : « des catégories professionnelles correspondantes » ;

14° Les articles L. 621-1 à L. 621-3, L. 622-3, L. 622-4 et L. 622-7 sont abrogés ;

15° L'article L. 622-5 devient l'article L. 640-1 ;

16° À l'article L. 622-8, les mots : « des travailleurs non salariés des professions soit artisanales, soit industrielles et commerciales, soit libérales » sont supprimés ;

17° L'article L. 622-9 est abrogé ;

18° L'article L. 623-2 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 623-2.* – Les caisses de base du régime social des indépendants procèdent au recouvrement des cotisations selon les modalités fixées aux articles L. 133-1-1 et suivants ; en cas de défaillance, elles peuvent demander à l'autorité administrative de faire procéder au recouvrement des cotisations dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État. » ;

19° À la fin de l'intitulé du titre III du livre VI, les mots : « professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « personnes affiliées au régime social des indépendants » ;

20° À l'article L. 634-1 et au premier alinéa de l'article L. 634-2, les mots : « des régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants » ;

21° Le II de l'article L. 634-2-1 est ainsi modifié :

a) À la fin du premier alinéa et au *a*, les mots : « aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « à l'assurance vieillesse du régime social des indépendants » ;

b) Au même *a*, le mot : « ces » est remplacé par le mot : « ce » ;

c) À la fin de la première phrase de l'avant-dernier alinéa, les mots : « des régimes concernés » sont supprimés ;

22° Le I de l'article L. 634-2-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « le régime social des indépendants » ;

b) Au 1^o, les mots : « d'assurance vieillesse des professions artisanales ou celui des professions industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « social des indépendants » ;

c) Au 2^o, les mots : « des professions artisanales ou à celui des professions industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « social des indépendants » ;

23^o À l'article L. 634-3-1, les mots : « du régime d'assurance vieillesse des professions artisanales ou du régime des professions industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants » ;

24^o À la première phrase de l'article L. 634-3-2, au premier alinéa de l'article L. 634-3-3 et à l'article L. 634-5, les mots : « les régimes d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « l'assurance vieillesse du régime social des indépendants » ;

25^o Au premier alinéa de l'article L. 634-6, les mots : « des régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants » ;

26^o L'article L. 635-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « l'une des organisations mentionnées aux 1^o ou 2^o de l'article L. 621-3 » sont remplacés par les mots : « l'assurance vieillesse du régime social des indépendants » ;

b) À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « des professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « du régime social des indépendants » ;

27^o À la première phrase de l'article L. 635-3, les mots : « des professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « du régime social des indépendants » ;

28^o L'article L. 635-4 est ainsi modifié :

a) À la fin de la première phrase, les mots : « des travailleurs non-salariés des professions artisanales » sont remplacés par les mots : « du régime social des indépendants » ;

b) À la seconde phrase, les mots : « de la section professionnelle des artisans » sont supprimés ;

29° L'article L. 635-5 est ainsi modifié :

a) Au début de la première phrase du premier alinéa, les mots : « Les régimes obligatoires d'assurance invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales attribuent » sont remplacés par les mots : « Le régime invalidité-décès des personnes mentionnées au 2° de l'article L. 611-1 attribue » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « aux régimes obligatoires d'assurance invalidité-décès mentionnés au présent article » sont remplacés par les mots : « au régime obligatoire mentionné au premier alinéa » ;

30° Le titre IV du livre VI est ainsi modifié :

a) Au début, il est ajouté un chapitre préliminaire intitulé : « Champ d'application » et comprenant l'article L. 640-1, tel qu'il résulte du 15° du présent I ;

b) Le même article L. 640-1 est ainsi modifié :

– le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Sont affiliées aux régimes d'assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales les personnes exerçant l'une des professions suivantes : » ;

– à la fin du 1°, les mots : « architecte, expert-comptable, vétérinaire » sont remplacés par les mots : « auxiliaire médical » ;

– au 2°, les mots : « auxiliaire médical » sont remplacés par les mots : « architecte, géomètre, expert-comptable, vétérinaire » ;

– le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Et d'une manière générale, toute profession libérale, autre que celle d'avocat, exercée par des personnes non salariées. Un décret fixe la liste de ces professions. » ;

– le dernier alinéa est supprimé ;

31° À la fin du premier alinéa de l'article L. 652-6, la référence : « au 3° de l'article L. 621-3 » est remplacée par la référence : « à l'article L. 640-1 » ;

32° L'article L. 742-6 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du 1°, les mots : « d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une durée déterminée, exerçant une des activités professionnelles énumérées aux articles L. 622-3 à L. 622-5 ou L. 723-1 » sont remplacés par les mots : « du régime mentionné à l'article L. 613-1 » ;

b) Au 3°, les mots : « une profession artisanale ou une profession industrielle ou commerciale au sens des articles L. 622-3 et L. 622-4 » sont remplacés par les mots : « une activité professionnelle relevant du 2° de l'article L. 611-1 » ;

c) À la fin du 4°, les références : « aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 » sont remplacées par la référence : « au 2° de l'article L. 611-1 » ;

d) À la première phrase du 5°, les mots : « au régime d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions soit artisanales, soit industrielles et commerciales, soit libérales, en application de l'article L. 622-8 du présent code » sont remplacés par les mots : « soit au régime mentionné à l'article L. 611-1, soit au régime mentionné à l'article L. 640-1 » ;

33° L'intitulé de la sous-section 1 de la section 2 du chapitre II du titre IV du livre VII est ainsi rédigé : « Dispositions communes » ;

34° Le premier alinéa de l'article L. 742-7 est ainsi modifié :

a) Les mots : « énumérée aux articles L. 622-3 et L. 622-4 » sont remplacés par les mots : « relevant du 2° de l'article L. 611-1 » ;

b) À la fin, la référence : « L. 622-5 » est remplacée par la référence : « L. 640-1 » ;

35° L'intitulé de la sous-section 2 de la même section 2 est ainsi rédigé : « Dispositions relatives au régime social des indépendants » ;

36° À la seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 766-2, la référence : « à l'article L. 621-3 » est remplacée par les références : « aux articles L. 611-1, L. 640-1 et L. 723-1 du présent code ainsi qu'à l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime » ;

37° L'article L. 961-1 est ainsi modifié :

a) À la fin du premier alinéa, les mots : « des professions mentionnées notamment à l'article L. 621-3 ou relevant de la Caisse nationale des

barreaux français mentionnée à l'article L. 723-1 » sont remplacés par les mots : « des personnes mentionnées à l'article L. 613-1 » ;

b) À l'avant-dernier alinéa, les mots : « , par les organismes mentionnés à l'article L. 621-2 fonctionnant pour les groupes professionnels définis aux 1^o, 2^o et 3^o de l'article L. 621-3 » sont supprimés ;

c) Au même avant-dernier alinéa, après les mots : « aux articles », est insérée la référence : « L. 611-2 » ;

38° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 111-11, à la fin de l'intitulé de la section 5 du chapitre I^{er} du titre III du livre I^{er}, à la fin de l'intitulé du chapitre I^{er} du titre V du livre I^{er}, au second alinéa de l'article L. 153-9, à l'article L. 612-7, au premier alinéa de l'article L. 613-2, aux articles L. 613-4 et L. 613-9, au dernier alinéa de l'article L. 637-1, au 2^o de l'article L. 722-1, à la fin du premier alinéa de l'article L. 722-1-1 et à l'article L. 722-9, les mots : « non salariés des professions » sont remplacés par le mot : « indépendants » ;

39° À la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 131-6, les mots : « non salarié » sont remplacés par le mot : « indépendant » ;

40° Au deuxième alinéa du I de l'article L. 136-5 et à la seconde phrase du dernier alinéa de l'article L. 633-10 et de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 642-2-1, les mots : « non salariés » sont remplacés par le mot : « indépendants » ;

41° À la seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 122-1, les mots : « d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « du régime social des indépendants » ;

42° Au premier alinéa du 2^o et au 3^o du I de l'article L. 135-2, les mots : « les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « le régime social des indépendants » ;

43° Au premier alinéa de l'article L. 161-18, les mots : « un régime de non-salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « le régime social des indépendants » ;

44° Au 5^o de l'article L. 223-1, les mots : « les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « le régime social des indépendants » ;

45° À la fin de la première phrase du dernier alinéa du 21° de l'article L. 311-3, les mots : « aux personnes participant à la mission de service public qui font partie des professions mentionnées à l'article L. 621-3 » sont remplacés par les mots : « aux travailleurs indépendants participant à la mission de service public » ;

46° Le I de l'article L. 613-7-1 est ainsi modifié :

a) Les mots : « professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « travailleurs indépendants qui relèvent de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants » ;

b) Les mots : « professions libérales » sont remplacés par les mots : « travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 640-1 » ;

47° La section 5 du chapitre III du titre II du livre VI est abrogée ;

48° À l'article L. 635-6, les mots : « propres à chacun des régimes » sont supprimés ;

49° Après le mot : « caisses », la fin du dernier alinéa de l'article L. 637-1 est ainsi rédigée : « du régime social des indépendants. » ;

50° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 642-2-2, la référence : « au 3° de l'article L. 621-3 » est remplacée par la référence : « à l'article L. 640-1 ».

II. – À la première phrase du deuxième alinéa du I de l'article 43 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, les mots : « des régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « du régime social des indépendants ».

III. – L'article L. 6331-48 du code du travail, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, est ainsi modifié :

1° À la fin de la première phrase du 1°, les mots : « relevant des groupes des professions industrielles et commerciales et des professions libérales mentionnés aux b et c du 1° de l'article L. 613-1 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « mentionnées au premier alinéa, à l'exception de celles mentionnées au 2° du présent article » ;

2° Au 2°, les mots : « relevant du groupe des professions artisanales mentionné au *a* du 1° de l'article L. 613-1 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « immatriculées au répertoire des métiers » ;

3° Le sixième alinéa est supprimé.

IV. – À l'article L. 6133-6 du code de la santé publique, la référence : « L. 622-5 » est remplacée par la référence : « L. 640-1 ».

V. – Au 1° de l'article L. 86 du code des pensions civiles et militaires de retraite, la référence : « L. 622-5 » est remplacée par la référence : « L. 640-1 ».

VI. – Au 1° de l'article L. 6332-11 du code du travail, les mots : « non salariés » sont remplacés par le mot : « indépendants ».

VII. – À la fin de l'intitulé de la section 4 du chapitre II du titre IV du livre IV et à la fin de l'article L. 442-6 du code des assurances, les mots : « non salariés des professions » sont remplacés par le mot : « indépendants ».

VIII. – À la fin de l'intitulé du 3° de la section 6 du chapitre IV du titre IV de la première partie du code général des impôts, les mots : « non salariés des professions » sont remplacés par le mot : « indépendants ».

IX. – Au V de l'article 5 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, les mots : « professions mentionnées à l'article L. 621-3 et à l'article L. 723-1 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « travailleurs indépendants ».

X. – Sous réserve des alinéas suivants, les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

Les 2°, 7° et 30° et le *b* du 34° du I du présent article s'appliquent aux travailleurs indépendants créant leur activité :

1° À compter d'une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2018, pour ceux qui relèvent de l'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale ;

2° À compter d'une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2019, pour ceux ne relevant pas du même article L. 133-6-8.

Le III du présent article s'applique aux travailleurs indépendants créant leur activité à compter du 1^{er} janvier 2018.

XI. – Les travailleurs indépendants des professions libérales ne relevant pas de l'article L. 640-1 du code de la sécurité sociale et affiliés antérieurement aux dates mentionnées aux 1^o et 2^o du X du présent article à la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse restent affiliés à cette caisse. Sous réserve qu'ils soient à jour du paiement de leurs cotisations dues au titre des assurances vieillesse et invalidité-décès des professions libérales et, le cas échéant, des majorations et pénalités afférentes, ils peuvent choisir avant le 31 décembre 2023, de s'affilier au régime mentionné au 2^o de l'article L. 611-1 du même code.

Lorsqu'ils exercent cette option, les travailleurs indépendants concernés notifient leur décision à la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse et à la caisse du régime social des indépendants dont ils relèvent. Cette nouvelle affiliation prend effet au 1^{er} janvier de l'année suivant celle au cours de laquelle ils ont notifié leur décision, sans que cette date puisse être antérieure à la date mentionnée au 2^o du X.

Ce changement d'affiliation est définitif.

XII. – Les travailleurs affiliés au régime social des indépendants et ne relevant pas du champ de l'article L. 133-6-8, mentionnés au 2^o du X ou au XI du présent article, peuvent bénéficier, à leur demande, de taux spécifiques pour le calcul des cotisations prévues à l'article L. 635-1 du code de la sécurité sociale jusqu'au 31 décembre 2026.

Ces taux spécifiques tiennent compte des différences existant entre les montants totaux des cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants relevant de l'organisation mentionnée à l'article L. 641-1 du même code et par ceux affiliés pour l'ensemble des risques au régime social des indépendants. Ces taux spécifiques, fixés par décret pris après avis du conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants se réunissant dans les conditions mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 611-5 dudit code, rejoignent progressivement le taux normal du régime.

XIII. – Les droits à retraite de base des travailleurs indépendants des professions libérales ayant choisi de s'affilier à l'assurance vieillesse du régime social des indépendants en application du XI sont liquidés par les caisses de ce régime.

Pour les périodes antérieures au changement d'affiliation, le montant de la pension est égal au produit du nombre de points acquis dans le régime de base des professions libérales à la date d'effet du changement

d'affiliation et de la valeur de service du point dans ce régime de base à cette même date, à laquelle s'applique la revalorisation mentionnée à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale. Il est fait application, lors de la liquidation de ce montant de pension, des articles L. 351-4 à L. 351-4-2, L. 351-7, L. 351-8, L. 634-5, L. 634-6, L. 634-6-1, L. 643-3 et L. 643-7 du même code. Les modalités d'application du présent alinéa sont précisées par décret.

XIV. – Les points acquis dans le régime complémentaire d'assurance vieillesse de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse par les travailleurs indépendants ayant choisi de s'affilier à l'assurance vieillesse du régime social des indépendants en application du XI du présent article sont convertis dans le régime complémentaire mentionné à l'article L. 635-1 du code de la sécurité sociale.

Un décret détermine les règles applicables pour cette conversion, en fonction des valeurs de service de chacun des deux régimes à la date d'effet de la nouvelle affiliation. Il détermine également les conditions particulières de réversion de certains points en fonction des cotisations précédemment versées à ce titre.

XV. – La Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse transmet à la Caisse nationale du régime social des indépendants les informations nécessaires à l'application des XIII et XIV, selon des modalités définies par décret.

XVI. – Les transferts d'affiliations induits par les X et XI donnent lieu à compensation financière entre les régimes concernés.

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 31 décembre 2023, un rapport évaluant l'impact, notamment démographique et financier, des dispositions du premier alinéa du présent XVI. Ce rapport s'appuie notamment sur les données transmises par la Caisse nationale du régime social des indépendants, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse.

Dans un délai de six mois à compter de la remise de ce rapport, la compensation financière s'organise dans les conditions prévues par une convention-cadre conclue entre les régimes concernés et approuvée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, en tenant compte des charges et des recettes respectives de chacun des

organismes. À défaut de convention, un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre du présent alinéa.

Article 51

Après le premier alinéa de l'article L. 635-5 du code de la sécurité sociale, sont insérés quatre alinéas ainsi rédigés :

« Par dérogation au premier alinéa, lorsque l'assuré exerce une activité professionnelle, la pension de vieillesse n'est concédée que si l'assuré en fait expressément la demande.

« Lorsqu'un assuré titulaire d'une pension d'invalidité mentionnée au premier alinéa, exerce une activité professionnelle et, à l'âge prévu au même premier alinéa, ne demande pas l'attribution de la pension vieillesse, il continue de bénéficier de sa pension d'invalidité jusqu'à la date pour laquelle il demande le bénéfice de sa pension de retraite et, au plus tard, jusqu'à l'âge mentionné au 1^o de l'article L. 351-8.

« Dans ce cas, ses droits à l'assurance vieillesse sont ultérieurement liquidés dans les conditions prévues aux articles L. 351-1 et L. 351-8.

« Toutefois, la pension de vieillesse qui lui est alors servie ne peut pas être inférieure à celle dont il serait bénéficiaire si la liquidation de ses droits avait été effectuée dans les conditions fixées au premier alinéa du présent article. »

Article 52

I. – Les pensions de retraite servies par les régimes de retraite dont la réglementation prévoit la prise en compte des bénéfices de campagne, attribués et décomptés conformément au *c* de l'article L. 12 du code des pensions civiles et militaires de retraite, et liquidées avant le 19 octobre 1999 peuvent être révisées, à la demande des intéressés déposée postérieurement au 1^{er} janvier 2016 et à compter de cette demande, afin de prendre en compte le droit à campagne double prévu en application du même *c*, au titre de leur participation à la guerre d'Algérie ou aux combats en Tunisie et au Maroc, selon les modalités en vigueur à la date de promulgation de la présente loi.

II. – À l'article 48 de la loi n° 2016-816 du 20 juin 2016 pour l'économie bleue, les mots : « après la date d'entrée en vigueur de la présente loi » sont remplacés par les mots : « à compter du 1^{er} janvier 2016 ».

Article 53

La section 6 du chapitre I^{er} du titre IV du livre III du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 341-17 ainsi rédigé :

« *Art. L. 341-17.* – Les premier, avant-dernier et dernier alinéas de l'article L. 341-16 s'appliquent à l'assuré qui, à un âge fixé par décret, exerce une activité professionnelle et qui, lorsqu'il atteint l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, bénéficie du revenu de remplacement mentionné à l'article L. 5421-2 du code du travail.

« L'assuré qui ne demande pas l'attribution de la pension de vieillesse substituée continue de bénéficier de sa pension d'invalidité à compter de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 du présent code jusqu'à la date pour laquelle il demande le bénéfice de sa pension de retraite et au plus tard jusqu'à un âge fixé par décret, à partir duquel sa pension d'invalidité est remplacée par la pension de vieillesse allouée en cas d'inaptitude au travail. Si, au cours de cette période, l'assuré reprend une activité professionnelle, il bénéficie des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 341-16. »

Article 54

À la fin du II de l'article 43 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, la date : « 1^{er} janvier 2017 » est remplacée par la date : « 1^{er} juillet 2017 ».

Article 55

I. – Après l'article L. 114-19-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 114-19-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 114-19-2.* – Les bénéficiaires d'une pension de retraite versée par un organisme français et résidant hors de France peuvent envoyer aux caisses de retraite leurs certificats d'existence par voie dématérialisée, dans des conditions fixées par décret. »

II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

Article 56

Pour l'année 2017, les objectifs de dépenses de la branche Vieillesse sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 230,6 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 125 milliards d'euros.

TITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

Article 57

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 400 millions d'euros au titre de l'année 2017.

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 626 millions d'euros au titre de l'année 2017.

III. – Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à un milliard d'euros au titre de l'année 2017.

IV. – Le montant de la contribution mentionnée à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 du même code est fixé à 59,8 millions d'euros pour l'année 2017.

Article 58

Le Gouvernement remet, avant le 1^{er} octobre 2017, un rapport sur les modalités d'alignement des conditions d'obtention d'une rente viagère pour les ayants-droit d'un agent d'une des trois fonctions publiques victime d'un

accident du travail ou d'une maladie professionnelle, sur les conditions d'obtention applicables aux salariés du secteur privé.

Article 59

Pour l'année 2017, les objectifs de dépenses de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 13,5 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 12,1 milliards d'euros.

TITRE IV

DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE

CHAPITRE I^{ER}

Consolider les droits sociaux, promouvoir la santé publique

Article 60

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

1° L'article L. 169-1 est complété par les mots et une phrase ainsi rédigée : « ou qui ont bénéficié d'une provision versée par le fonds de garantie en application de l'article L. 422-2 du code des assurances ou d'une indemnisation accordée au titre des articles L. 126-1 et L. 422-1 du même code par une décision du juge civil ayant autorité de la chose jugée. L'État notifie à la caisse nationale d'assurance maladie, au titre du rôle de coordination mentionné à l'article L. 169-11 du présent code, l'identité de ces personnes. » ;

2° Après l'article L. 169-2, il est inséré un article L. 169-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 169-2-1.* – Les personnes mentionnées à l'article L. 169-1 bénéficient de la prise en charge des dépassements d'honoraires pour les

actes et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 et résultant de l'acte de terrorisme. » ;

3° Après le mot : « exposés », la fin de l'article L. 169-3 est supprimée ;

4° L'article L. 169-4 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 169-4. – I. –* Les articles L. 169-2, L. 169-2-1 et L. 169-3 sont applicables, pour chaque personne mentionnée à l'article L. 169-1, à compter du jour de survenance de l'acte de terrorisme.

« Ces dispositions cessent d'être applicables :

« 1° À l'issue d'un délai de deux mois à compter de la notification de la décision du fonds institué par l'article L. 422-1 du code des assurances relative à l'indemnisation prévue au deuxième alinéa de l'article L. 422-2 du même code ;

« 2° Ou, à défaut, à l'issue d'un délai de trois ans à compter de la survenance de l'acte de terrorisme pour les personnes mentionnées à l'article L. 169-1 du présent code pour lesquelles aucune procédure d'indemnisation n'est en cours à cette date auprès du fonds mentionné à l'article L. 422-1 du code des assurances.

« II. – Toutefois, les 1°, 4°, 5° et 6° de l'article L. 169-2 et l'article L. 169-3 du présent code continuent de s'appliquer aux demandeurs d'une pension d'invalidité mentionnée à l'article L. 113-13 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre qui, à la date de présentation de l'offre mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 422-2 du code des assurances, sont susceptibles d'obtenir la concession de cette pension. Ces dispositions cessent d'être applicables à la date de notification de la décision relative à la concession de la pension mentionnée à l'article L. 113-13 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.

« III. – Pour la mise en œuvre des dispositions du présent article :

« 1° Le fonds institué par l'article L. 422-1 du code des assurances notifié à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au titre du rôle de coordination mentionné à l'article L. 169-11 du présent code :

« a) La date de la notification de sa décision relative à l'indemnisation mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 422-2 du code des assurances ;

« b) L'identité des personnes mentionnées à l'article L. 169-1 du présent code pour lesquelles aucune procédure d'indemnisation n'est en cours auprès du fonds institué par l'article L. 422-1 du code des assurances à l'issue d'une période de trois ans à compter de la survenance de l'acte de terrorisme ;

« 2° Le ministre de la défense notifie à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au titre du rôle de coordination mentionné à l'article L. 169-11, la date de notification de la décision relative à la concession d'une pension d'invalidité mentionnée à l'article L. 113-13 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre. » ;

5° Au début de l'article L. 169-5, les mots : « Pour les consultations de suivi psychiatrique résultant de l'acte de terrorisme, le droit à l'exonération prévue aux 4° et 5° de l'article L. 169-2 peut être ouvert » sont remplacés par les mots : « Par dérogation au I de l'article L. 169-4, pour les consultations de suivi psychiatrique résultant de l'acte de terrorisme et les médicaments prescrits à cette occasion, les droits prévus aux 4° à 6° de l'article L. 169-2 et à l'article L. 169-2-1 peuvent être ouverts » ;

6° Après la référence : « L. 169-2 et », la fin de l'article L. 169-8 est ainsi rédigée : « aux articles L. 169-2-1 et L. 169-3. » ;

7° L'article L. 169-10 est ainsi modifié :

a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

b) Le second alinéa est remplacé par huit alinéas ainsi rédigés :

« II. – Pour chaque personne mentionnée à l'article L. 169-1 à qui le fonds institué par l'article L. 422-1 du code des assurances a présenté l'offre d'indemnisation prévue au deuxième alinéa de l'article L. 422-2 du même code :

« 1° Le financement des dépenses résultant de l'article L. 169-2-1 du présent code est assuré par le fonds institué par l'article L. 422-1 du code des assurances, déduction faite des sommes mentionnées au IV du présent article ;

« 2° Pour la mise en œuvre de l'article L. 169-3, le financement de la différence entre la part servant de base au remboursement par l'assurance maladie et les frais réellement exposés est assuré :

« a) Jusqu’à la date de présentation de l’offre mentionnée au premier alinéa du présent II, par le fonds institué par l’article L. 422-1 du code des assurances, déduction faite des sommes mentionnées au IV du présent article ;

« b) À compter de la mise en œuvre du II de l’article L. 169-4, par l’État.

« III. – Pour chaque personne mentionnée à l’article L. 169-1 du présent code à qui le fonds institué par l’article L. 422-1 du code des assurances notifie une décision de refus d’indemnisation ou pour laquelle aucune procédure d’indemnisation n’est en cours à l’issue d’une période de trois ans à compter de la survenance de l’acte de terrorisme, le financement des dépenses mentionnées aux 1° et 2° du II du présent article est à la charge de l’État, déduction faite des sommes mentionnées au IV.

« L’État prend également en charge, déduction faite des sommes mentionnées au IV, le financement des dépenses mentionnées au 1° du II pour la mise en œuvre de l’article L. 169-5 postérieurement à la présentation de l’offre mentionnée au premier alinéa du même II et de l’article L. 169-7.

« IV. – Un décret fixe les conditions dans lesquelles les régimes d’assurance maladie se substituent aux personnes mentionnées à l’article L. 169-1 pour l’obtention des sommes qui auraient été versées par d’autres dispositifs de prise en charge des mêmes préjudices en l’absence des dispositions des articles L. 169-2-1 et L. 169-3, notamment par les organismes mentionnés au premier alinéa de l’article L. 182-3. » ;

8° À l’article L. 169-11, après la référence : « L. 169-8 », sont insérés les mots : « et de l’article L. 169-10 ».

II. – L’article L. 422-2 du code des assurances est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le fonds rembourse aux régimes d’assurance maladie les dépenses mentionnées au 1° et au a du 2° du II de l’article L. 169-10 du code de la sécurité sociale. »

III. – Après l’article L. 3131-9 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 3131-9-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 3131-9-1. – Lorsque le dispositif d’organisation de la réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle “ORSAN” mentionné à l’article L. 3131-11 est mis en œuvre, les informations strictement nécessaires à l’identification des victimes et à leur suivi,

notamment pour la prise en charge de leurs frais de santé, sont recueillies dans un système d'identification unique des victimes.

« Les établissements de santé qui les ont prises en charge ou accueillies, y compris dans le cadre des services d'aide médicale urgente ou de premier secours et des cellules d'urgence médico-psychologiques, et les services de premier secours enregistrent les données à caractère personnel relatives aux victimes dans le système d'information mentionné au premier alinéa et les transmettent, dans le but d'assurer la gestion de la crise et le suivi des victimes, aux agents désignés au sein des agences régionales de santé et des ministères compétents.

« Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, précise la nature des données recueillies et fixe les modalités de cette transmission dans le respect des règles garantissant la protection de la vie privée. »

IV. – Le chapitre I^{er} *bis* du titre II 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 est ainsi modifié :

1° Le début de l'article 21-6 est ainsi rédigé : « Les articles L. 169-2-1 et L. 169-3 du code de la sécurité sociale sont applicables... (*le reste sans changement*). » ;

2° Après la référence : « article 21-4 », la fin de l'article 21-9 est ainsi rédigée : « de la présente ordonnance et aux articles L. 169-2-1 et L. 169-3 du code de la sécurité sociale. » ;

3° Après l'article 21-9, il est inséré un article 21-9-1 ainsi rédigé :

« *Art. 21-9-1.* – L'article L. 169-11 du code de la sécurité sociale est applicable aux personnes mentionnées à l'article 21-3 de la présente ordonnance, sous réserve de l'adaptation suivante : la référence aux articles L. 169-2 à L. 169-8 du code de la sécurité sociale est remplacée par la référence aux articles 21-4 à 21-9 de la présente ordonnance. » ;

4° L'article 21-10 est ainsi rédigé :

« *Art. 21-10.* – Le financement des dépenses mentionnées au présent chapitre est assuré dans les conditions prévues à l'article L. 169-10 du code de la sécurité sociale, sous réserve de l'adaptation suivante : au premier

alinéa du I, la référence à l'article L. 169-2 est remplacée par la référence aux articles 21-4 et 21-5 de la présente ordonnance. »

V. – Au septième alinéa de l'article 9 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, la référence : « L. 169-10 » est remplacée par la référence : « L. 169-11 ».

VI. – À l'exception de l'article L. 169-8 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du 6° du I du présent article, qui entre en vigueur le 1^{er} juillet 2017, le présent article est applicable aux actes et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 et à la délivrance de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 intervenus postérieurement au 14 juillet 2016.

Article 61

La deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « , d'une part, et du patrimoine et des revenus tirés de celui-ci, d'autre part ».

Article 62

I. – Le livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 160-17, après les mots : « à l'article L. 160-1 est », sont insérés les mots : « , sous réserve de l'article L. 160-18, » ;

2° La section 4 du chapitre préliminaire du titre VI est complétée par un article L. 160-18 ainsi rédigé :

« *Art. L. 160-18.* – En cas de changement d'organisme assurant la prise en charge des frais de santé d'une personne, l'organisme qui assure cette prise en charge ne peut l'interrompre tant que l'organisme nouvellement compétent ne s'est pas substitué à lui. Il continue d'assurer la prise en charge des frais de santé jusqu'à la date à laquelle la substitution prend effet.

« Le changement d'organisme de rattachement est effectué à l'initiative du bénéficiaire de la prise en charge mentionnée à l'article L. 160-1 ou, dans des conditions fixées par décret, par l'organisme mentionné aux

premier, deuxième ou troisième alinéas de l'article L. 160-17, après en avoir informé le bénéficiaire :

« 1° Lorsque le bénéficiaire commence à exercer une activité salariée en contrat à durée indéterminée ou en contrat à durée déterminée lorsque la durée de ce dernier est supérieure à un seuil fixé par décret ;

« 2° En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, lorsqu'au moment de la déclaration de cet accident ou de cette maladie la victime n'était pas rattachée pour la prise en charge de ses frais de santé à l'organisme compétent pour servir les prestations liées à cet accident ou à cette maladie ;

« 3° Lorsque le bénéficiaire commence à exercer une activité le conduisant à relever d'une organisation spéciale de sécurité sociale au sens de l'article L. 711-1 ou de l'article L. 382-15 ou entreprend des études le conduisant à relever du troisième alinéa de l'article L. 160-17 ;

« 4° Lorsque le bénéficiaire commence à exercer une activité non salariée agricole à titre exclusif ou principal, ou lorsque le bénéficiaire commence à exercer une activité de travailleur indépendant non agricole sans exercer une autre activité ;

« 5° Lorsqu'un des organismes chargé de la prise en charge des frais de santé d'une personne relevant du 3° du présent article constate, au vu des éléments dont il dispose et après en avoir informé l'organisme appelé à lui succéder, que cette personne ne remplit plus les conditions pour pouvoir lui être rattachée.

« Les personnes rattachées pour la prise en charge de leurs frais de santé à un régime obligatoire qui couvre tout ou partie de la participation fixée en application des articles L. 160-13 à L. 160-15 ne peuvent être tenues de rembourser les frais pris en charge par cet organisme, au titre d'une période au cours de laquelle elles ne pouvaient plus lui être rattachées, à raison de l'absence de démarche de leur part en vue de changer d'organisme de rattachement dans les cas autres que ceux mentionnés aux 1° à 5° du présent article, qu'à hauteur de la part de la participation fixée en application des mêmes articles L. 160-13 à L. 160-15 couverte par l'organisme auquel elles ont continué d'être rattachées. » ;

3° L'article L. 161-15-2 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 161-15-2.* – En cas de changement d'organisme d'affiliation, l'organisme qui assure le service des prestations en espèces ne peut

l'interrompre tant que l'organisme nouvellement compétent ne s'est pas substitué à lui. Il continue d'assurer ce service jusqu'à la date à laquelle la substitution prend effet. » ;

4° Le chapitre II du titre VII est ainsi modifié :

a) La section 3 est ainsi modifiée :

– au début, est rétablie une sous-section 1 intitulée : « Assurance maladie-maternité » et comprenant l'article L. 172-1 A, qui devient l'article L. 172-2 ;

– à la sous-section 2, l'article L. 172-1 devient l'article L. 172-3 ;

b) Est rétablie une section 2 intitulée : « Coordination du régime agricole et des autres régimes » et comprenant un article L. 172-1 ainsi rétabli :

« *Art. L. 172-1.* – Lorsqu'un assuré en contrat à durée déterminée, d'une durée inférieure ou égale au seuil mentionné au 1° de l'article L. 160-18 peut bénéficier d'indemnités journalières au titre de la maladie ou de la maternité du régime de protection sociale des salariés agricoles mais est rattaché, pour la prise en charge de ses frais de santé, à un organisme du régime général de sécurité sociale ou lorsqu'il peut bénéficier d'indemnités journalières au titre de la maladie ou de la maternité du régime général de sécurité sociale mais est rattaché, pour la prise en charge de ses frais de santé, à un organisme du régime de protection sociale des salariés agricoles, l'organisme auquel il est rattaché pour la prise en charge de ses frais de santé assure le versement des indemnités journalières dues au titre de l'activité pour laquelle il est affilié ou, le cas échéant, le versement global des indemnités journalières dues par les deux régimes.

« La compensation financière de ces opérations s'effectue entre les régimes concernés selon les modalités prévues pour l'application de l'article L. 134-4. »

II. – Au second alinéa de l'article 9-6 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, la référence : « L. 172-1 » est remplacée par la référence : « L. 172-3 ».

III. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2017, à l'exception du 4° du I, qui entre en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

Article 63

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

1° L'avant-dernier alinéa de l'article L. 732-4 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « articles », est insérée la référence : « L. 323-3-1, » ;

b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Dans ce cas, les caisses de mutualité sociale agricole exercent les fonctions dévolues aux caisses primaires d'assurance maladie. » ;

2° À la première phrase du même avant-dernier alinéa, dans sa rédaction résultant du 1° du présent I, après le mot : « articles », est insérée la référence : « L. 323-3, » ;

3° Au 3° de l'article L. 732-54-1, les mots : « des conditions prévues aux mêmes articles L. 732-18-3, L. 732-23 et L. 732-25, dans leur rédaction en vigueur à la date d'effet de la pension de retraite, pour ouvrir droit à » sont remplacés par le mot : « d' » ;

4° Le 9° du II de l'article L. 751-1 est ainsi rétabli :

« 9° Les bénéficiaires de mises en situation dans les établissements et services définis au a du 5° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ayant une activité agricole, prescrites dans les conditions fixées au 19° de l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale, au titre des accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leur participation à ces mises en situation ; »

5° Au premier alinéa de l'article L. 751-37, les mots : « satisfaire aux conditions de régularité de séjour et de travail définies par le décret mentionné à l'article L. 115-6 » sont remplacés par les mots : « remplir la condition de régularité du séjour prévue à l'article L. 111-2-3 » ;

6° Après l'article L. 752-5, il est inséré un article L. 752-5-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 752-5-1.* – L'indemnité journalière est servie en cas de reprise d'un travail léger autorisé par le médecin traitant si cette reprise est reconnue par le médecin conseil de la caisse de mutualité sociale agricole comme étant de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure.

« La reprise d'un travail à temps complet ne fait pas obstacle au versement ultérieur de cette indemnité en cas de travail léger autorisé par le médecin traitant dans les mêmes conditions.

« À compter de la date de reconnaissance par le médecin conseil de la reprise d'un travail léger et pour toute la durée de cette reprise, la majoration de l'indemnité, mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 752-5, n'est pas due.

« La durée de versement de l'indemnité journalière ainsi que son montant sont déterminés par décret. » ;

7° Après le même article L. 752-5, il est inséré un article L. 752-5-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 752-5-2.* – Le versement de l'indemnité journalière ne fait pas obstacle à ce que l'assuré demande, avec l'accord du médecin traitant, à accéder aux actions de formation professionnelle continue prévues à l'article L. 6313-1 du code du travail ou à des actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information ou de conseil auxquelles la caisse de mutualité sociale agricole participe, sous réserve qu'après avis du médecin conseil, la durée de ces actions soit compatible avec la durée prévisionnelle de l'arrêt. La caisse fait part de son accord à l'assuré. »

II. – Les 2° et 6° du I entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

Article 64

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

1° Le premier alinéa de l'article L. 111-2 est complété par les mots : « , qui est applicable en France métropolitaine et, sous les réserves qu'il prévoit, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin » ;

2° Le premier alinéa de l'article L. 115-6 est ainsi modifié :

a) Après la première occurrence du mot : « elles », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « remplissent la condition de régularité du séjour prévue à l'article L. 111-2-3. » ;

b) La seconde phrase est supprimée ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 134-4, les mots : « Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « branche Maladie, maternité, invalidité et décès du régime général de sécurité sociale » et les mots : « l'ensemble » sont remplacés par les mots : « les soldes » ;

4° L'article L. 160-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'État prévoit les conditions dans lesquelles les personnes qui résident en France et cessent de remplir les autres conditions mentionnées à l'article L. 111-2-3 bénéficient, dans la limite d'un an, d'une prolongation du droit à la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-8 et, le cas échéant, à la couverture complémentaire prévue à l'article L. 861-1. » ;

5° Au premier alinéa de l'article L. 160-2, les mots : « dont l'assuré est tuteur » sont supprimés ;

6° La seconde phrase du dernier alinéa de l'article L. 160-5 est supprimée ;

7° L'article L. 160-10 est ainsi modifié :

a) À la seconde phrase du premier alinéa, la première occurrence du mot : « soit » est supprimée et, après la première occurrence du mot : « assuré », la fin est supprimée ;

b) Le second alinéa est supprimé ;

8° Le deuxième alinéa de l'article L. 160-11 est supprimé ;

9° L'article L. 161-15-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au premier alinéa du présent article, les adhérents à l'une des assurances volontaires maladie-maternité-invalidité ou maladie-maternité prévues aux chapitres II, III et V du titre VI du livre VII du présent code sont dispensés de cette restitution afin de faciliter le service et la prise en charge par la Caisse des Français de l'étranger des soins mentionnés à l'article L. 766-2. » ;

10° À la fin de l'article L. 161-16-1, les mots : « par la production d'un titre ou document figurant sur une liste fixée par décret » sont remplacés par les mots : « dans les conditions prévues à l'article L. 111-2-3 » ;

11° La section 4 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} est complétée par un article L. 161-36-5 ainsi rétabli :

« *Art. L. 161-36-5.* – Les dispositions de la présente section, en tant qu’elles sont nécessaires à la mise en œuvre du dernier alinéa de l’article L. 161-15-4, sont applicables à la Caisse des Français de l’étranger selon des modalités fixées par décret en Conseil d’État. » ;

12° Au 1° de l’article L. 162-4-1, la référence : « au 5° de l’article L. 321-1 » est remplacée par la référence : « à l’article L. 321-1 » ;

13° Au premier alinéa de l’article L. 172-1 A, les deux occurrences des mots : « d’immatriculation, » sont supprimées ;

14° L’article L. 312-2 est abrogé ;

15° À la fin du dernier alinéa de l’article L. 313-1, le mot : « immatriculation » est remplacé par le mot : « affiliation » ;

16° L’article L. 325-1 est ainsi modifié :

a) Le II est ainsi modifié :

– au 4°, la référence : « L. 161-1, » est supprimée ;

– au même 4°, après la référence : « L. 161-9 », sont insérés les mots : « du présent code et aux 1° à 7° de l’article L. 5141-1 du code du travail » ;

– au 5°, la référence : « règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l’application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l’intérieur de la Communauté » est remplacée par la référence : « règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale » ;

– au 8°, les mots : « dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin ou de la Moselle » sont remplacés par les mots : « en France ou dans un autre État de l’Union européenne » ;

– aux 9°, 10° et 11°, les mots : « quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d’outre-mer » sont remplacés par les mots : « résidant en France ou dans un autre État de l’Union européenne » ;

– après le 11°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le régime local est applicable aux titulaires d’un avantage vieillesse relevant des 8°, 9°, 10° et 11° qui résident dans un autre État de l’Union

européenne, à condition qu'ils en fassent la demande dans un délai de deux ans à compter de la liquidation de leur pension ou de la publication de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2017. » ;

b) Le III est complété par les mots : « ainsi qu'aux conditions de cotisation et de nombre minimal d'heures de travail salarié ou assimilé pour avoir droit et ouvrir droit aux prestations prévues au I du présent article, dans des conditions prévues par décret » ;

17° Au II de l'article L. 325-2, les mots : « et l'immatriculation » sont supprimés ;

18° À l'article L. 341-2, le mot : « immatriculation » est remplacé par le mot : « affiliation » ;

19° L'article L. 376-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est complété par les mots : « ou du livre I^{er} » ;

b) Au deuxième alinéa, après le mot : « livre », sont insérés les mots : « et le livre I^{er} » ;

20° L'article L. 381-8 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, après le mot : « redevables », sont insérés les mots : « , ainsi que, le cas échéant, leur conjoint ou le partenaire avec lequel ils sont liés par un pacte civil de solidarité, » ;

b) Le 3° est complété par les mots : « ou être marié à un conjoint ou lié par un pacte civil de solidarité à un partenaire exerçant une activité professionnelle, cette condition étant appréciée par l'exercice d'un nombre d'heures d'activité minimal fixé par décret » ;

c) Il est ajouté un 4° ainsi rédigé :

« 4° Être reconnu réfugié ou bénéficiaire de la protection subsidiaire ou être enregistré par l'autorité compétente en qualité de demandeur d'asile et disposant du droit de se maintenir sur le territoire, dans les conditions prévues aux articles L. 742-1 et L. 743-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. » ;

21° À la fin de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 381-30, les mots : « ou à leurs ayants droit » sont supprimés ;

22° L'article L. 382-8 est abrogé ;

23° À la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 471-1, les mots : « aux conditions de régularité de séjour et de travail en France définies par le décret mentionné à l'article L. 115-6 » sont remplacés par les mots : « à la condition de régularité de séjour prévue à l'article L. 111-2-3 » ;

24° L'article L. 755-29 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « affiliés » est remplacé par le mot : « rattachés » ;

b) Au second alinéa, les mots : « d'affiliation » sont remplacés par les mots : « de rattachement ».

II. – Le 4° de l'article L. 381-8, dans sa rédaction résultant du c du 20° du I du présent article, entre en vigueur à compter de la rentrée universitaire 2016-2017.

III. – À l'avant-dernier alinéa de l'article L. 761-10 du code rural et de la pêche maritime, les mots : « et l'immatriculation » sont supprimés.

Article 65

À la fin de la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 161-8 du code de la sécurité sociale, les mots : « et des régimes qui lui sont rattachés » sont remplacés par les mots : « , des régimes qui lui sont rattachés et du régime social des indépendants ».

Article 66

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, l'administration par les pharmaciens du vaccin contre la grippe saisonnière aux personnes adultes.

L'administration par les pharmaciens du vaccin dans les conditions mentionnées au premier alinéa est financée par le fonds d'intervention régional prévu à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

Pour la mise en œuvre de l'expérimentation, il peut être dérogé aux règles de facturation et de tarification mentionnées aux articles L. 162-16-1 et L. 162-38 du code de la sécurité sociale en tant qu'elles concernent les honoraires et rémunérations dus aux pharmaciens par les assurés sociaux et par l'assurance maladie.

Un décret fixe les conditions d'application du présent article, notamment les conditions de désignation des officines des régions retenues pour participer à l'expérimentation, les conditions de formation préalable des pharmaciens, les modalités de traçabilité du vaccin, les modalités de financement de l'expérimentation et les modalités de rémunération des pharmaciens.

Un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement au terme de l'expérimentation et transmis au Parlement.

Article 67

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, la détention par le médecin généraliste, en vue de son administration, du vaccin contre la grippe saisonnière pour les personnes adultes.

Pour la mise en œuvre de l'expérimentation, il peut être dérogé aux règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-14-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, en tant qu'elles concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux médecins et centres de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie.

Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application de cette expérimentation, notamment les conditions de désignation des professionnels des régions retenues pour participer à cette expérimentation, les modalités applicables à la détention du vaccin et à la traçabilité ainsi que les modalités d'évaluation et de financement.

Un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement au terme de l'expérimentation et transmis au Parlement.

Article 68

I. – Des expérimentations peuvent être menées, à partir du 1^{er} janvier 2017 et pour une durée n'excédant pas quatre ans, afin d'améliorer la prise en charge et le suivi de jeunes de six à vingt et un ans chez lesquels un médecin, notamment médecin généraliste, médecin scolaire, pédiatre ou psychologue scolaire, a évalué une souffrance psychique.

Dans le cadre de ces expérimentations, les médecins ou psychologues scolaires peuvent, après évaluation, orienter vers des consultations de psychologues libéraux, en fonction des besoins et de la situation du jeune et de sa famille.

Ces consultations sont réalisées par les psychologues libéraux figurant sur la liste mentionnée à l'avant-dernier alinéa du I de l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social et donnent lieu à un financement forfaitaire sur les crédits du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires retenus pour les expérimentations.

II. – Un décret précise les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de ces expérimentations, notamment quant au suivi des patients et au financement des consultations.

III. – Un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement au terme de l'expérimentation et transmis au Parlement.

Article 69

Après le premier alinéa de l'article L. 3411-9 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation à l'article L. 4211-1, les intervenants des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue peuvent délivrer les médicaments correspondant strictement à leur mission de réduction des risques et des dommages et dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. Un décret précise les modalités d'application du présent alinéa. »

Article 70

I. – Le chapitre IV du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 1114-5 est abrogé ;

2° L'article L. 1114-6 est ainsi modifié :

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

« Cette union est réputée disposer de l'agrément délivré au niveau national en application du I de l'article L. 1114-1. » ;

b) Le 5° est ainsi rédigé :

« 5° Dispenser des formations aux représentants des usagers du système de santé, notamment la formation de base mentionnée au II de l'article L. 1114-1. » ;

3° Le dernier alinéa de l'article L. 1114-7 est complété par les mots : « qui peuvent être composées de représentants régionaux des associations agréées au plan national et de représentants des associations agréées au plan régional ».

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

1° Le 11° de l'article L. 221-1 est abrogé ;

2° Après l'article L. 221-1-2, il est inséré un article L. 221-1-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 221-1-3.* – I. – Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, un fonds national pour la démocratie sanitaire.

« II. – Les ressources de ce fonds sont constituées d'une fraction égale à 0,11 % du produit du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts, prélevée sur la part de cette taxe affectée à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en application de l'article L. 131-8 du présent code.

« III. – Ce fonds finance :

« 1° Le fonctionnement et les activités de l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé mentionnée à l'article L. 1114-6 du code de la santé publique ;

« 2° La formation de base dispensée aux représentants des usagers par les associations d'usagers du système de santé agréées au niveau national et habilitées par le ministre chargé de la santé à délivrer cette formation en application du II de l'article L. 1114-1 du même code ainsi que les indemnités des représentants d'usagers ayant participé à ces formations.

« Le fonds peut également participer au financement d'actions des associations d'usagers du système de santé agréées au titre du même article L. 1114-1 et d'organismes publics développant des activités de recherche et

de formation consacrées au thème de la démocratie sanitaire ainsi que des appels à projets nationaux portant sur les mêmes sujets.

« IV. – Un arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget fixe, chaque année, la liste des bénéficiaires des financements assurés par le fonds et les montants des sommes qui leur sont versées en application du présent article. Préalablement à l’attribution du financement et sans préjudice de l’article 10 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, tout bénéficiaire transmet à la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés une liste détaillant le montant ainsi que l’origine de l’ensemble des ressources et financements de toute nature dont il bénéficie. Toute déclaration manifestement erronée ou toute omission volontaire entraîne le remboursement par le bénéficiaire de la somme qui lui a éventuellement été versée.

« V. – Les modalités d’application du présent article sont précisées par décret. »

III. – À titre dérogatoire, la fraction mentionnée au II de l’article L. 221-1-3 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du présent article, est fixée à 0,07 % pour l’année 2017.

Article 71

Le septième alinéa de l’article L. 4341-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les orthophonistes peuvent prescrire des substituts nicotiniques. »

CHAPITRE II

Promouvoir les parcours de santé

Article 72

I. – L’article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un 25° ainsi rédigé :

« 25° Le cas échéant, les modalités de versement d'une aide financière complémentaire aux médecins interrompant leur activité médicale pour cause de maternité ou de paternité ; »

II. – La section 2 du chapitre V du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1° Le I de l'article L. 1435-4-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La conclusion de ce contrat n'est pas cumulable avec la perception de l'aide financière prévue au 25° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. » ;

2° Le I de l'article L. 1435-4-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après les mots : « pour cause », sont insérés les mots : « de maladie, » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« La rémunération complémentaire perçue lors de l'interruption d'activité pour cause de maternité ou de paternité, au titre du présent contrat, n'est pas cumulable avec l'aide financière prévue au 25° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. »

Article 73

Après l'article L. 1435-4-4 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1435-4-5 ainsi rédigé :

« *Art. 1435-4-5.* – Les agences régionales de santé mettent en place une organisation destinée à faciliter l'intervention des médecins remplaçants dans les zones définies au 1° de l'article L. 1434-4.

« Elles peuvent, dans le cadre de cette organisation, conclure avec un médecin spécialisé en médecine générale, un étudiant remplissant les conditions prévues à l'article L. 4131-2 ou un assistant spécialiste à temps partiel au sein d'un établissement public de santé un contrat de praticien territorial médical de remplacement.

« Le praticien territorial médical de remplacement s'engage, pendant une durée fixée par le contrat, à exercer une activité de remplacement dans un ou plusieurs cabinets médicaux implantés dans les zones concernées. Pour toute la durée de son contrat, il bénéficie d'un service d'appui

concernant la gestion de ses remplacements et d'une garantie minimale de rémunération pouvant couvrir des périodes d'interruption d'activité, sous forme de rémunérations complémentaires ou forfaitaires.

« Ces rémunérations sont financées par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8.

« Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article. Ce décret précise également les conditions dans lesquelles les professionnels concernés peuvent s'installer en activité libérale dans les zones définies au 1° de l'article L. 1434-4 concomitamment ou à l'issue des remplacements qu'ils y effectuent. »

Article 74

Le 22° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la fin de la première phrase, les mots : « la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés » sont remplacés par les mots : « des engagements individualisés et la contrepartie financière associée » ;

2° Sont ajoutées deux phrases ainsi rédigées :

« Ces engagements et cette contrepartie peuvent être révisés durant la période conventionnelle par les instances conventionnelles compétentes. Ces révisions sont mises en œuvre par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ; ».

Article 75

I. – À défaut de signature avant le 1^{er} février 2017 d'un avenant à la convention nationale des chirurgiens-dentistes en vigueur mentionnée à l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale, un arbitre arrête un projet de convention dans le respect du cadre financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie.

Ce projet de convention reconduit la convention nationale des chirurgiens-dentistes en vigueur, en modifiant ses articles 4.2.1 et 4.3.3 et ses annexes I et V, pour déterminer les tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale et la limite applicable aux dépassements autorisés sur tout ou partie de ces tarifs. Les dispositions

de la convention antérieure continuent de produire leurs effets jusqu'à la date d'entrée en vigueur du règlement arbitral qui la remplace.

L'arbitre est désigné avant le 1^{er} février 2017 par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative des chirurgiens-dentistes. À défaut, l'arbitre est désigné par le président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, sur proposition du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, dans un délai de huit jours. Le nom de l'arbitre est notifié aux partenaires conventionnels ainsi qu'aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

L'arbitre dispose d'un délai d'un mois à compter de sa désignation pour transmettre un projet de règlement arbitral aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il auditionne les représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Le I de l'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale s'applique aux conditions de transmission, d'approbation et de mise en œuvre du règlement arbitral.

La procédure d'approbation de l'avenant mentionné au premier alinéa du présent article est mise en œuvre sans appliquer le délai prévu à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-14-3 du même code.

II. – La deuxième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1° L'intitulé est complété par les mots : « , de l'adolescent et du jeune adulte » ;

2° L'intitulé du titre III du livre I^{er} est complété par les mots : « , l'adolescent et le jeune adulte » ;

3° Le même titre III est complété par un chapitre IV ainsi rédigé :

« CHAPITRE IV

« Examens et prévention

« Art. L. 2134-1. – Dans l'année qui suit leur neuvième, leur quinzième, leur dix-huitième, leur vingt et unième et leur vingt-quatrième anniversaires, les assurés bénéficient d'un examen bucco-dentaire de prévention réalisé par un chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en

stomatologie. Ces examens, ainsi que les soins consécutifs, ne donnent pas lieu à contribution financière de la part des assurés.

« Les conventions mentionnées aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du code de la sécurité sociale déterminent, pour les médecins qualifiés en stomatologie et pour les chirurgiens-dentistes, la nature, les modalités et les conditions de mise en œuvre de cet examen. À défaut de convention, ou si la convention ne prévoit pas de disposition sur la nature, les modalités et les conditions de mise en œuvre de cet examen et sur la prise en charge des soins consécutifs, ces dernières sont définies par arrêté interministériel. »

Article 76

Au premier alinéa du I de l'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « à l'article L. 162-14-1 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-14-1 ou L. 162-16-1 ».

Article 77

À la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 871-1 du même code, les mots : « au contrat d'accès aux soins instauré » sont remplacés par les mots : « aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus ».

Article 78

Dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant les conséquences et le coût de l'amélioration de la protection maternité et paternité pour l'ensemble des professions médicales et paramédicales libérales en France.

Article 79

I. – 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 : « cinq » est remplacé par le mot : « huit ».

II. – À l'article L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime, le mot : « neuvième » est remplacé par le mot : « dixième ».

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

1° Après le sixième alinéa de l'article L. 133-4, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'action en recouvrement porte sur une activité d'hospitalisation à domicile facturée par un établissement de santé mentionné à l'article L. 6125-2 du code de la santé publique, l'indu notifié par l'organisme de prise en charge est minoré d'une somme égale à un pourcentage des prestations facturées par l'établissement. Ce pourcentage est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. » ;

2° Après l'article L. 162-22-6, il est inséré un article L. 162-22-6-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-6-1.* – La prise en charge d'une affection nécessitant l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels médicaux, paramédicaux et, le cas échéant, socio-éducatifs ainsi que la réalisation d'une synthèse médicale peut donner lieu à la facturation, par les établissements de santé mentionnés aux *a* à *e* de l'article L. 162-22-6, d'une prestation d'hospitalisation mentionnée au 1° du même article L. 162-22-6.

« Un décret en Conseil d'État définit les modalités d'application du présent article, notamment les critères permettant la prise en charge de cette prestation par les régimes obligatoires de sécurité sociale. » ;

3° À la première phrase du premier alinéa du I de l'article L. 162-22-7, le mot : « hospitalisés » est supprimé ;

4° Le premier alinéa de l'article L. 162-22-8-1 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « situés dans des zones à faible densité de population » sont supprimés ;

b) À la seconde phrase, après le mot : « situés », sont insérés les mots : « , sauf lorsqu'il s'agit d'un territoire insulaire, » ;

5° Après l'article L. 162-22-8-2, il est inséré un article L. 162-22-8-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-8-3.* – Par dérogation à l'article L. 162-22-6, les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b*, *c* et *d* du même article L. 162-22-6 exerçant des activités de soins critiques définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent bénéficier d'un financement mixte sous la forme de tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° dudit article L. 162-22-6 et d'une dotation complémentaire,

eu égard notamment aux conditions de fonctionnement des unités dans lesquelles ces activités sont réalisées et aux caractéristiques des personnes prises en charge. » ;

6° L'article L. 162-22-9-1 est ainsi modifié :

a) Le II devient le III ;

b) Après le I, il est rétabli un II ainsi rédigé :

« II. – Le montant de la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3, déterminé selon les modalités prévues au 2° de l'article L. 162-22-10, peut être minoré par l'application du coefficient défini au I du présent article. » ;

c) Avant le dernier alinéa, il est inséré un IV ainsi rédigé :

« IV. – Au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'État peut décider de verser aux établissements de santé tout ou partie du montant correspondant à la différence entre le montant de la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3, déterminé selon les modalités prévues au 2° de l'article L. 162-22-10, et le montant de cette dotation complémentaire minoré dans les conditions définies au II du présent article. » ;

7° Le I de l'article L. 162-22-10 est ainsi modifié :

a) Le 2° est ainsi rédigé :

« 2° Les modalités de détermination du montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 et de la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3 ; »

b) Au 3°, les mots : « et aux forfaits annuels mentionnés ci-dessus, » sont remplacés par les mots : « , aux forfaits annuels et à la dotation complémentaire mentionnés au 2° » ;

8° À l'article L. 162-22-12, après la référence : « l'article L. 162-22-8 », sont insérés les mots : « et de la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3, minorée, le cas échéant, dans les conditions définies au II de l'article L. 162-22-9-1, » ;

9° Le début du premier alinéa de l'article L. 162-22-15 est ainsi rédigé : « Les forfaits annuels, la dotation complémentaire et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

mentionnés, respectivement, aux articles L. 162-22-8, L. 162-22-8-3 et L. 162-22-14... (*le reste sans changement*). » ;

10° Le premier alinéa de l'article L. 162-25 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Lorsqu'elle porte sur des prestations d'hospitalisation à domicile, l'action se prescrit par un an à compter de la date à laquelle ces établissements doivent transmettre, pour chaque séjour, les données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. » ;

11° L'article L. 162-27 est abrogé ;

12° Le premier alinéa de l'article L. 174-15 est ainsi modifié :

a) Après la référence : « L. 162-22-6, », est insérée la référence : « L. 162-22-6-1, » ;

b) Après la référence : « L. 162-22-8, », est insérée la référence : « L. 162-22-8-3, ».

IV. – A. – Après le deuxième alinéa de l'article L. 6312-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le transport médicalisé d'enfants décédés de cause médicalement inexplicquée, en vue de prélèvements à des fins diagnostiques et scientifiques, ainsi que le transport de leurs représentants légaux en vue d'une prise en charge adaptée, effectué à l'aide de moyens de transport terrestres, aériens ou maritimes spécialement adaptés à cet effet, est considéré comme un transport sanitaire depuis le lieu de prise en charge de l'enfant décédé jusqu'à l'établissement de santé appelé à réaliser les prélèvements. »

B. – Après le mot : « appliquent », la fin de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 2223-43 du code général des collectivités territoriales est ainsi rédigée : « ni aux établissements de santé qui assurent le transport des corps de personnes décédées, en vue de prélèvements à des fins thérapeutiques, ni aux établissements de santé qui assurent le transport d'enfants décédés de cause médicalement inexplicquée, en vue de prélèvements à des fins diagnostiques et scientifiques, vers l'établissement de santé appelé à réaliser les prélèvements. »

V. – Le premier alinéa de l'article L. 162-30-4 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant de l'article 81 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 ainsi

que le sixième alinéa de l'article L. 6113-12 et le deuxième alinéa de l'article L. 6113-13 du code de la santé publique sont complétés par une phrase ainsi rédigée :

« Cette pénalité est versée à l'assurance maladie. »

Article 80

I. – L'article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :

« *Art. L. 162-21-2.* – Les transports réalisés au sein d'un même établissement de santé ou entre deux établissements de santé sont pris en charge par l'établissement à l'origine de la prescription de transport et sont inclus dans les tarifs des prestations mentionnés au 1^o des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 et à l'article L. 162-23-1 ou dans la dotation mentionnée à l'article L. 174-1. Un décret précise les conditions d'application du présent article. »

II. – Le I entre en vigueur le 1^{er} mars 2018.

Article 81

La sous-section 4 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 162-30-5 ainsi rédigé :

« *Art. L.162-30-5.* – I. – Par dérogation aux articles L. 6122-1 et L. 6122-2 du code de la santé publique, l'agence régionale de santé peut, après avis conforme d'un comité national constitué à cet effet, autoriser un établissement de santé à pratiquer une activité de greffe exceptionnelle d'organes ou de tissus ou de greffe composite exceptionnelle de tissus vascularisés.

« La durée de cette autorisation ne peut être supérieure à cinq ans.

« En cas de manquement aux lois et règlements pris pour la protection de la santé publique ou à la continuité des soins ou en cas d'urgence tenant à la sécurité des personnes, il est fait application des dispositions de l'article L. 6122-13 du code de la santé publique.

« Les conditions et modalités d'autorisations ainsi que les règles relatives à la constitution, à la composition et au fonctionnement du comité

mentionné au premier alinéa du présent article sont définies par décret en Conseil d'État.

« II. – La prise en charge relevant d'une activité mentionnée au I est assurée par un forfait qui inclut notamment la prise en charge des frais d'hospitalisation, des produits de santé ou des prestations associés. Les praticiens exerçant à titre libéral sont rémunérés par l'intermédiaire de l'établissement de santé.

« À cet effet, il peut être dérogé aux dispositions du présent chapitre.

« Le périmètre, le montant par catégorie de greffe, la durée de prise en charge, les conditions particulières associées ainsi que les modalités d'allocation du forfait sont définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Par dérogation aux articles L. 160-10, L. 160-13 et L. 160-14, ce forfait est intégralement pris en charge par les régimes obligatoires de l'assurance maladie. »

Article 82

I. – Le livre I^{er} du même code est ainsi modifié :

1° L'article L. 162-22-8-2 est abrogé ;

2° L'article L. 162-23-4, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, est ainsi modifié :

a) Au début du premier alinéa, est insérée la mention : « I. – » ;

b) La première phrase du 2° est complétée par les mots : « , notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical » ;

c) Il est ajouté un II ainsi rédigé :

« II. – Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de soins de suite et de réadaptation exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 sont fixés par l'État. » ;

3° La sous-section 5 de la section 5 du chapitre II du titre VI, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 précitée, est complétée par un article L. 162-23-15 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-23-15.* – Par dérogation aux articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 du présent code, les activités de médecine ou de soins de suite et de réadaptation exercées par les hôpitaux de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique bénéficient d'un financement mixte sous la forme de recettes issues de leur activité et d'une dotation forfaitaire, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. » ;

4° Après le 7° de l'article L. 174-1-1, il est ajouté un 8° ainsi rédigé :

« 8° Les activités de soins dispensés par les maisons d'enfants à caractère sanitaire mentionnées à l'article L. 2321-2 du code de la santé publique. »

II. – L'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° La première phrase du premier alinéa du II est complétée par les mots : « ou de soins de suite et de réadaptation » ;

2° Au second alinéa du II, les mots : « n'excède pas un seuil défini » sont remplacés par les mots : « ou celui de leurs activités de soins de suite et de réadaptation n'excède pas un seuil défini, qui peut être différencié pour chacune de ces activités, » ;

3° Le III est complété par une phrase ainsi rédigée :

« La liste distingue les établissements reconnus comme hôpitaux de proximité au titre de leurs activités de médecine ou de soins de suite et de réadaptation. »

III. – L'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est ainsi modifié :

1° Au A du III, après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « , à compter du 1^{er} mars 2018 » ;

2° Le B du même III est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « , à compter du 1^{er} mars 2018 » ;

b) À la deuxième phrase du deuxième alinéa, l'année : « 2017 » est remplacée par l'année : « 2018 » ;

3° Le même III est complété par des D à G ainsi rédigés :

« D. – À compter du 1^{er} mars 2017 et au plus tard jusqu'au 1^{er} mars 2022, afin de prendre en compte le niveau de spécialisation de chaque établissement, les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1^o de l'article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale, prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-3 dudit code, sont affectées d'un coefficient de majoration.

« Ce coefficient est réduit chaque année et doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1^{er} mars 2022.

« Les modalités de détermination de ce coefficient sont définies par décret en Conseil d'État.

« E. – Par dérogation aux articles L. 162-23 à L. 162-23-13 du code de la sécurité sociale, les activités de soins de suite et de réadaptation, mentionnées au 4^o de l'article L. 162-22 du même code exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 dudit code sont financées selon les modalités suivantes :

« 1^o Du 1^{er} janvier 2017 au 28 février 2017, elles demeurent financées selon les modalités antérieures à la publication de la présente loi sous réserve des exceptions prévues au 3^o ci-après ;

« 2^o Du 1^{er} mars 2017 au 28 février 2018, elles sont financées par deux montants cumulatifs :

« *a*) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement antérieures à la présente loi.

« En application du premier alinéa du présent *a*, les tarifs des prestations mentionnées au 1^o de l'article L. 162-22-1 du même code des établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du même code sont affectés d'un coefficient. La valeur de ce coefficient est égale à la valeur de la fraction mentionnée au premier alinéa du présent *a* ;

« *b*) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement prévues au 1^o de l'article L. 162-23-2 du code de la sécurité sociale. Ce montant peut être affecté d'un coefficient de transition défini selon des modalités de calcul fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Pour chaque établissement mentionné aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du même code, ce montant est minoré afin de neutraliser une fraction du montant des honoraires facturés dans les conditions définies à l'article L. 162-1-7 dudit code par les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral au sein de ces établissements et précisées par décret en Conseil d'État. Cette fraction est identique à celle mentionnée au premier alinéa du présent *b* ;

« 3° Les financements complémentaires prévus au 2° de l'article L. 162-23-2 du code de la sécurité sociale sont applicables au 1^{er} janvier 2017 sauf en ce qui concerne :

« *a*) Le financement complémentaire mentionné au *a* du 2° du même article L. 162-23-2 prenant en charge les molécules onéreuses, applicable à compter du 1^{er} mars 2018 ;

« *b*) Le financement complémentaire mentionné au *b* du même 2° prenant en charge les plateaux techniques spécialisés, applicable à compter du 1^{er} janvier 2018 ;

« 4° Du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2017, les actes et consultations externes pour les activités de soins de suite ou de réadaptation, définies à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale, sont financés par deux montants cumulatifs :

« *a*) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement définies au même article L. 162-26 dans sa rédaction résultant de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;

« *b*) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement définies à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale ;

« 5° Du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2017, l'objectif de dépenses prévu à l'article L. 162-23 du même code est constitué :

« *a*) Des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 dudit code, dans les conditions prévues aux 1°, 3° et 4° du présent E, pour la période du 1^{er} janvier 2017 au 28 février 2017 ;

« *b*) Des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, dans les conditions prévues

aux 2°, 3° et 4° du présent E, pour la période du 1^{er} mars 2017 au 31 décembre 2017 ;

« 6° Du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2018, l'objectif de dépenses mentionné au I de l'article L. 162-23 du code de la sécurité sociale est constitué :

« *a*) Pour la période du 1^{er} janvier 2018 au 28 février 2018, des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code dans les conditions prévues aux 2°, 3° et 4° du présent E ;

« *b*) Pour la période du 1^{er} mars 2018 au 31 décembre 2018, des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale telles que prévues à l'article L. 162-23 du même code.

« F. – Par dérogation à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, du 1^{er} mars 2017 au 28 février 2018, le montant forfaitaire prévu au *b* du 2° du E du présent III n'est pas facturé par les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du même code à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 dudit code.

« Ces établissements transmettent leurs données d'activité à échéances régulières à l'agence régionale de santé, au titre de leurs activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code.

« Ces établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.

« L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, du montant forfaitaire prévu au *b* du 2° du E du présent III, arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

« L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice de l'article L. 162-23-13 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.

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

« G. – Dans les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, par exception au 2° de l'article L. 162-23-4 du même code, les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation du patient, jusqu'à la date mentionnée au II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003).

« Les conditions et modalités de la participation du patient aux tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale sont fixées par voie réglementaire.

« L'augmentation de la base de calcul de cette participation ne peut excéder la limite maximale fixée par le décret mentionné au II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée.

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

4° Au V, l'année : « 2017 » est remplacée par l'année : « 2018 » ;

5° Il est ajouté un VI ainsi rédigé :

« VI. – Du 1^{er} janvier 2017 au 28 février 2018, par dérogation au 8° de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les activités de soins dispensées par les maisons d'enfants à caractère sanitaire mentionnées à l'article L. 2321-2 du code de la santé publique, exercées par les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, demeurent financées selon les modalités antérieures à la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2017. »

Article 83

Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard le 15 octobre 2017, un rapport d'étape sur la réforme des modalités de financement de l'activité d'hospitalisation à domicile. Ce rapport présente notamment le calendrier de déploiement de la réforme.

Article 84

Après l'article L. 162-1-7-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-1-7-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-1-7-3.* – Par dérogation à l'article L. 162-2 du présent code et à l'article L. 4113-5 du code de la santé publique, lorsqu'un établissement thermal emploie des médecins qui choisissent le mode d'exercice salarié, la prise en charge de l'acte ou de la prestation réalisée au sein de l'établissement peut être facturée par l'établissement dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-7-2 du présent code, dans la limite des tarifs fixés en application du même article L. 162-1-7-2. »

Article 85

L'article 138 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Il peut être dérogé à la limite d'âge de soixante-douze ans mentionnée au premier alinéa du présent article pour conserver temporairement au sein de l'établissement des compétences et de l'expertise scientifiques de haut niveau, sous réserve de l'aptitude physique et mentale des praticiens et après avis du président de la commission médicale d'établissement, du chef de pôle et du chef de service concernés. Les praticiens concernés exercent leur activité à raison de deux demi-journées hebdomadaires au maximum, dans le cadre d'un contrat annuel renouvelable. »

Article 86

La limite d'âge mentionnée à l'article 6-1 de la loi n° 84-834 du 13 septembre 1984 relative à la limite d'âge dans la fonction publique et le secteur public est portée à soixante-treize ans, à titre transitoire jusqu'au 31 décembre 2020, pour les agents contractuels employés en qualité de médecin exerçant au sein de l'organisme mentionné à l'article L. 5223-1 du code du travail.

Article 87

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} juillet 2017, un rapport sur l'usage de l'enveloppement corporel humide dans le secteur sanitaire. Ce rapport met notamment en lumière le nombre d'établissements qui pratiquent cet enveloppement corporel humide, son coût pour la sécurité sociale et son efficacité dans la prise en charge des patients.

Article 88

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} octobre 2017, un rapport sur la prise en charge hospitalière des personnes handicapées et sur les conditions de revalorisation des tarifs appliqués à cette prise en charge.

Article 89

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

1° À la première phrase du VI de l'article L. 14-10-3, les mots : « les comptes prévisionnels de la caisse » sont remplacés par les mots : « les comptes et le montant des fonds propres prévisionnels de la caisse, accompagnés d'un tableau récapitulatif des flux de disponibilités entrants et sortants, » ;

2° L'article L. 313-1 est ainsi modifié :

a) À la seconde phrase du premier alinéa, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « troisième » ;

b) Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Toute autorisation est réputée caduque si l'établissement ou le service n'est pas ouvert au public dans un délai et selon des conditions fixés par décret. Ce décret fixe également les conditions selon lesquelles l'autorité compétente mentionnée à l'article L. 313-3 peut prolonger ce délai. » ;

3° Au début de la première phrase du premier alinéa de l'article L. 313-11, les mots : « Sans préjudice des dispositions de l'article L. 313-12, » sont supprimés ;

4° Le IV *ter* de l'article L. 313-12 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa du A est complété par une phrase ainsi rédigée :

« La personne morale qui exerce un contrôle exclusif, dans les conditions prévues au II de l'article L. 233-16 du code de commerce, peut conclure ce contrat pour le compte des sociétés contrôlées qui gèrent un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionné aux I ou II du présent article. » ;

b) La première phrase du deuxième alinéa du même A est ainsi rédigée :

« Lorsqu'une personne physique ou morale mentionnée au premier alinéa du présent A gère ou contrôle plusieurs de ces établissements situés dans le même département, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est conclu pour l'ensemble de ces établissements entre la personne physique ou morale, le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé. » ;

c) Le dernier alinéa du B est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Dans l'attente de la signature du contrat, les autorités de tarification peuvent réviser les propositions d'affectation des résultats sur la base de l'examen de l'état des prévisions de recettes et de dépenses. » ;

d) Le même B est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Sans préjudice des articles L. 313-14-1 et L. 315-14, le contrat intègre, le cas échéant, un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige. » ;

5° L'article L. 313-12-2 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, après la référence : « 2° », est insérée la référence : « , 3° » ;

– à la même première phrase, les mots : « , le cas échéant, » sont supprimés ;

– est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Il peut prévoir une modulation du tarif en fonction d'objectifs d'activité définis dans le contrat, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État. » ;

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

« Sans préjudice des articles L. 313-14-1 et L. 315-14, le contrat intègre, le cas échéant, un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige. » ;

6° L'article L. 313-14-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « le reversement » sont remplacés par les mots : « la récupération » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Cette récupération vient en déduction du tarif de l'exercice au cours duquel le montant à récupérer est constaté, ou de l'exercice qui suit. » ;

7° La première phrase du dernier alinéa du VI de l'article L. 314-7 est ainsi rédigée :

« En application des articles L. 313-11, L. 313-11-1, L. 313-12 et L. 313-12-2, l'autorisation de ces frais de siège social est effectuée dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens lorsque le périmètre de ce contrat correspond à celui des établissements et services gérés par l'organisme gestionnaire. » ;

8° L'article L. 314-9 est ainsi modifié :

a) Après les mots : « validation, à un médecin », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « désigné par le président du conseil départemental et à un médecin désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente. » ;

b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

– les mots : « de l'agence régionale de santé territorialement compétente » sont supprimés ;

– sont ajoutés les mots : « territorialement compétente » ;

9° À la fin du deuxième alinéa de l'article L. 313-14-1, au 1° de l'article L. 315-12 et à la fin de la dernière phrase du premier alinéa du I de l'article L. 315-15, les références : « L. 313-11 et L. 313-12 » sont remplacées par les références : « L. 313-11, L. 313-11-1, L. 313-12 et L. 313-12-2 » ;

10° À la fin du 4° de l'article L. 315-12, les mots : « ne relevant pas de l'article L. 314-7-1 » sont supprimés.

II. – Après le mot : « est », la fin du VI de l'article 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement est ainsi rédigée : « fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente. »

Article 90

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} juillet 2017, un rapport définissant les conditions de mise en place d'un fonds d'amorçage pluriannuel de prévention des départs non choisis en Belgique. Ce rapport s'appuie sur une évaluation de l'efficacité du fonds d'amorçage mis en place en 2016.

Article 91

L'article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa du I est ainsi modifié :

a) Le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « cinq » ;

b) Après le mot : « ans », la fin est ainsi rédigée : « dans l'ensemble des régions, dans la collectivité territoriale de Corse, dans l'ensemble des collectivités territoriales régies par l'article 73 de la Constitution ainsi qu'à Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon et dans les îles Wallis et Futuna. » ;

2° Après le mot : « charge », la fin du deuxième alinéa du I est ainsi rédigée : « en médecine de ville, en établissement de santé dans le cadre des consultations et actes externes mentionnés à l'article L. 162-26 du code la sécurité sociale et en structures médico-sociales. » ;

3° Le dernier alinéa du I est supprimé ;

4° Au sixième alinéa du II, les références : « L. 322-1, L. 322-2 et L. 322-3 » sont remplacées par les références : « L. 160-10, L. 160-13 et L. 160-14 » ;

5° Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les établissements mentionnés aux articles L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et aux 6° et 7° de l'article L. 312-1 du code de l'action

sociale et des familles ainsi que les structures mentionnées aux articles L. 6323-1 et L. 6323-3 du code de la santé publique, lorsqu'ils requièrent, pour la prise en charge des patients qu'ils accueillent, des consultations dans le cadre d'une activité de télémédecine, bénéficient d'un financement forfaitaire arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de critères d'efficacité organisationnelle. Ce financement est imputé sur le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique. » ;

6° Après le II, il est inséré un II *bis* ainsi rédigé :

« II *bis*. – Les produits ou prestations ayant pour objet de réaliser la transmission de données permettant à un professionnel de santé d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient ne peuvent pas être inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pendant la durée des expérimentations, dès lors que leur indication inclut le diagnostic, la prévention, le contrôle ou le traitement d'une pathologie prévue dans l'un des cahiers des charges mentionné au I du présent article.

« Ces dispositions ne s'appliquent pas aux produits ou prestations dont le fonctionnement et la finalité sont comparables à des produits ou prestations ayant pour objet de réaliser la transmission de données permettant à un professionnel de santé d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et déjà inscrits sur la liste mentionnée au même article L. 165-1.

« Le présent article ne fait pas obstacle à la possibilité pour les fabricants ou distributeurs de produits ou prestations relevant du premier alinéa du présent II *bis* de déposer avant la fin de l'expérimentation auprès des ministres compétents et de la Haute Autorité de santé une demande d'inscription de ces produits ou prestations sur la liste prévue audit article L. 165-1.

« Lorsque le dépôt de cette demande d'inscription intervient avant la fin de l'expérimentation, les produits ou prestations concernés continuent à bénéficier de la prise en charge financière qui était prévue au titre de l'expérimentation durant la période séparant, le cas échéant, la fin de cette expérimentation de la décision relative à l'inscription sur la liste. Cette prise en charge financière cesse de plein droit à compter de l'intervention de cette dernière décision, quels que soient son sens, sa forme ou ses motifs. » ;

7° Le IV est ainsi modifié :

a) À la première phrase, après le mot : « réalisée », sont insérés les mots : « ou validée » ;

b) À la seconde phrase, l'année : « 2016 » est remplacée par l'année : « 2017 ».

Article 92

Après l'article L. 165-1-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 165-1-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 165-1-3.* – Dans le cadre de la mise en œuvre de certains traitements d'affections chroniques, dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de la Haute Autorité de santé, les prestataires mentionnés à l'article L. 5232-3 du code de la santé publique peuvent recueillir, avec l'accord du patient, les données issues d'un dispositif médical inscrit sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du présent code qu'ils ont mis à la disposition du patient et qui est nécessaire à son traitement. Pour l'application du présent article, le recueil des données s'entend des seules données résultant de l'utilisation par le patient du dispositif médical concerné.

« Ces données peuvent, avec l'accord du patient, être télétransmises au médecin prescripteur, au prestataire et au service du contrôle médical mentionné à l'article L. 315-1. Au regard de ces données, le prestataire peut conduire, en lien avec le prescripteur qui réévalue, le cas échéant, sa prescription, des actions ayant pour objet de favoriser une bonne utilisation du dispositif médical inscrit ainsi que ses prestations de services et d'adaptation associées, sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1.

« Le recueil et la transmission des données personnelles de santé relevant du présent article sont effectués dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

« Les tarifs de responsabilité ou les prix mentionnés, respectivement, aux articles L. 165-2 et L. 165-3 peuvent être modulés, sans préjudice des autres critères d'appréciation prévus aux mêmes articles L. 165-2 et L. 165-3, en fonction de certaines données collectées, notamment celles relatives aux modalités d'utilisation du dispositif médical mis à disposition. Dans le cadre de la procédure d'inscription d'un tel dispositif médical sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, la commission spécialisée de la Haute Autorité de santé mentionnée au même article L. 165-1 se prononce dans son avis sur les modalités selon lesquelles sont prises en compte les

données collectées pouvant, le cas échéant, donner lieu à une modulation du tarif de responsabilité ou du prix, notamment au regard du bon usage des produits ou prestations concernés. Cette modulation du tarif de responsabilité ou du prix des produits et prestations mentionnés audit article L. 165-1 ne peut avoir d'incidence sur la qualité de la prise en charge du patient par les prestataires. Une moindre utilisation du dispositif médical ne peut en aucun cas conduire à une augmentation de la participation de l'assuré mentionnée au I de l'article L. 160-13 aux frais afférents à ce dispositif et à ses prestations associées.

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

Article 93

I. – L'article 70 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa du I, le mot : « cinq » est remplacé par le mot : « sept » ;

2° Au premier alinéa du II, les références : « L. 322-2 et L. 322-3 » sont remplacées par les références : « L. 160-13 et L. 160-14 ».

II. – L'article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa du I, le mot : « cinq » est remplacé par le mot : « six » ;

2° À la première phrase du premier alinéa du II, les références : « L. 322-2 et L. 322-3 » sont remplacées par les références : « L. 160-13 et L. 160-14 ».

Article 94

I. – L'État peut autoriser, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, le financement par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique des parcours de soins et de la prise en charge des personnes souffrant de douleurs chroniques dans le cadre de projets pilotes.

II. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations, notamment les caractéristiques de l'appel à projets national, ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation. La définition du parcours de soins prend notamment appui sur un référentiel établi par la Haute Autorité de santé.

Le contenu de chaque projet est défini par un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des acteurs retenus pour participer à l'expérimentation au vu des résultats de l'appel à projets national et après avis des agences régionales de santé concernées.

III. – Un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement au terme de l'expérimentation et transmis au Parlement.

CHAPITRE III

Garantir la pertinence des prises en charge

Article 95

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

1° L'article L. 221-1 est ainsi modifié :

a) Après le 1°, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :

« 1° *bis* D'établir les états financiers combinant les opérations mentionnées à l'article L. 241-2 ; »

b) Le 8° est ainsi rétabli :

« 8° De gérer les fonds mentionnés aux articles L. 221-1-1, L. 221-1-2 et L. 221-1-3. Elle établit les comptes de ces fonds, lesquels sont combinés au sein du périmètre couvert par les états financiers mentionnés au 1° *bis* du présent article ; »

2° Il est rétabli un article L. 221-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 221-1-1. – I. – Il est créé un fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique.*

« II. – Ce fonds enregistre en recettes :

« 1° Une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie incluse dans le champ des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, fixée chaque année en fonction de cet objectif par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget et qui ne peut être inférieure au montant fixé l'année précédente majoré du taux d'évolution moyen des dépenses du fonds, nettes des recettes mentionnées aux 2° à 5° du présent II constatées au cours des cinq exercices précédents. Cette dotation est répartie entre les régimes selon les modalités définies à l'article L. 175-2 ;

« 2° La part des remises recouvrées par les organismes désignés en application de l'article L. 162-18 correspondant à l'usage de médicaments pris en charge au titre de leur inscription sur les listes mentionnées à l'article L. 162-22-7 du présent code et au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ;

« 3° Les remises mentionnées à l'article L. 162-16-5-1 du présent code ;

« 4° Les contributions et remises dues en application de la contribution relative au taux (Lh) mentionnée à l'article L. 138-10 ;

« 5° Les contributions dues en application de la contribution au titre de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C mentionnée à l'article L. 138-19-1.

« Pour les médicaments inscrits à la fois sur les listes mentionnées :

« a) Au premier alinéa de l'article L. 162-17 et

« b) À l'article L. 162-22-7 du présent code ou au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ;

« La part des remises retenues pour l'application du 2° du présent II correspond au montant de ces remises calculé au prorata des dépenses de médicaments remboursées par l'assurance maladie au titre de leur inscription sur l'une des listes mentionnées au *b*, par rapport à ces mêmes dépenses au titre de leur inscription sur les listes mentionnées aux *a* et *b*.

« III. – Le fonds enregistre en dépenses le montant des frais pharmaceutiques relatifs aux médicaments couverts par l'assurance maladie au titre :

« 1° De leur inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code ;

« 2° De leur inscription sur la liste mentionnée au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ;

« 3° Du bénéfice d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code ;

« 4° De leur prise en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code ;

« 5° De leur prise en charge en application du quatrième alinéa de l'article L. 162-17-2-1 du présent code.

« IV. – Le solde du fonds est retracé dans les comptes de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Le déficit du fonds ne peut être supérieur à 25 % du montant cumulé de la dotation reçue en application du III de l'article 95 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2017 et du report à nouveau issu des résultats des exercices antérieurs. L'excédent du fonds ne peut être supérieur à 25 % de la valeur absolue du report à nouveau issu des résultats des exercices antérieurs.

« Le fonds ne peut présenter un résultat déficitaire s'il a été constaté au moins trois déficits au cours des cinq exercices précédents.

« Le montant de la dotation mentionnée au 1° du II du présent article est modifié, le cas échéant, pour assurer le respect des dispositions des deux premiers alinéas du présent IV.

« V. – Un rapport annuel retraçant l'activité du fonds est établi par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Ce rapport dresse notamment un bilan des dotations allouées et établit une trajectoire budgétaire pluriannuelle permettant un équilibre des recettes et des dépenses du fonds à un horizon de cinq ans.

« Dans son avis rendu en application de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie tient compte de la situation financière du fonds. » ;

3° Au 1° de l'article L. 133-4, après la référence : « L. 162-22-7 », est insérée la référence : « et L. 162-22-7-3 » ;

4° Après l'article L. 162-22-7-2, il est inséré un article L. 162-22-7-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-7-3.* – Les médicaments mentionnés aux articles L. 5121-12 du code de la santé publique et L. 162-16-5-2 du présent code administrés au cours d'une hospitalisation sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6. » ;

5° À l'article L. 174-2-1, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, après la référence « L. 162-22-7 », est insérée la référence « , L. 162-22-7-3 » ;

6° Au premier alinéa de l'article L. 174-15, après la référence : « L. 162-22-7, », est insérée la référence : « L. 162-22-7-3, » ;

7° L'article L. 241-2 est ainsi modifié :

a) Au début du neuvième alinéa, la mention : « IV. – » est supprimée et, à la fin du même alinéa, le mot : « article » est remplacé par la référence : « III » ;

b) Le dixième alinéa est ainsi modifié :

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

– après le mot : « constituées », la fin est ainsi rédigée : « des impositions et remboursements suivants attribués à la branche Maladie, maternité, invalidité et décès du régime général : » ;

c) Le 8° est complété par les mots : « dans les conditions fixées par le décret mentionné au 4° du IV de l'article L. 136-8 ».

II. – À la première phrase du premier alinéa du I de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003), la référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-22-7-3 ».

III. – En 2017, afin de constituer une dotation initiale au bénéfice du fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique institué par l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale, il est identifié au sein des fonds propres de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés une somme de 876 millions d'euros.

Pour les exercices 2018 à 2021, par dérogation au 1^o du II du même article L. 221-1-1, la dotation de l'assurance maladie au fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique ne peut être inférieure à la dotation de l'exercice précédent, majorée de 5 %.

Article 96

Le chapitre V du titre II du livre I^{er} de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1^o L'article L. 5125-23-2 est ainsi modifié :

a) La deuxième phrase est supprimée ;

b) Au début de la troisième phrase, les mots : « Dans tous les cas, » sont supprimés ;

c) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Dans le cas où il initie un traitement avec un médicament biologique, le prescripteur informe le patient de la spécificité des médicaments biologiques et, le cas échéant, de la possibilité de substitution. Le prescripteur met en œuvre la surveillance clinique nécessaire. » ;

2^o Le septième alinéa de l'article L. 5125-23-3 est supprimé.

Article 97

I. – La section 4 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1^o L'article L. 162-16-5-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-16-5-1. – I. –* Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité bénéficiant d'une ou de plusieurs autorisations mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code déclare au Comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame aux établissements de santé pour le produit. Le comité rend publiques ces déclarations.

« Le 15 février de chaque année, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité informe le comité du chiffre d'affaires

correspondant à ces spécialités ainsi que du nombre d'unités fournies, au titre de l'année civile précédente.

« II. – Si, au 31 mars de chaque année, sur la base des données fournies au Comité économique des produits de santé par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et des données issues du système d'information prévu à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique, il apparaît que, pour un médicament dont au moins une des indications est prise en charge au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation ou en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, le montant moyen pris en charge par patient à ce titre pour l'année civile précédente excède 10 000 euros, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de ce médicament, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé et le montant de 10 000 euros multiplié par le nombre de patients traités. Le nombre de patients traités, et en conséquence le montant moyen pris en charge par patient, sont déterminés au prorata de la durée de traitement moyenne sur l'année civile considérée.

« Par dérogation au premier alinéa du présent II, les médicaments dont le chiffre d'affaires hors taxes au titre de l'année civile mentionnée au premier alinéa du présent II, est inférieur à un montant de 30 millions d'euros ne sont pas soumis au versement des remises mentionnées au premier alinéa du présent II.

« III. – Lors d'une première inscription au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché, si le prix net de référence d'une spécialité, mentionné à l'article L. 162-18, est inférieur au montant de l'indemnité déclarée au comité, le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé, au titre de la période s'étendant de l'obtention de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique à la première date d'inscription au remboursement, minoré le cas échéant des remises mentionnées au II du présent article au titre de cette même période, et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix net de référence.

« Pour les médicaments pour lesquels la prise en charge s'effectue à la fois selon un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le

marché et en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, à chaque nouvelle inscription au remboursement au titre d'une nouvelle indication thérapeutique, si le prix net de référence nouvellement calculé est inférieur au précédent prix net de référence 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 facturé aux établissements qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au dernier prix net de référence pour la période s'étendant de la précédente fixation d'un prix ou tarif de remboursement jusqu'à la date de nouvelle inscription au remboursement, au titre de l'indication nouvellement inscrite et de celles faisant encore l'objet d'une prise en charge en application de l'article L. 162-16-5-2. Ce chiffre d'affaires est minoré le cas échéant des remises mentionnées au II du présent article au titre de cette même période ;

« 2° Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation de ces mêmes unités vendues au nouveau prix net de référence.

« Le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre les montants mentionnés aux 1° et 2° du présent III.

« IV. – Pour l'application du III du présent article, lorsque, pour une indication particulière, l'inscription est réalisée sur la seule liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique sans qu'intervienne, dans les deux mois suivants, une inscription sur une autre liste ouvrant droit à une prise en charge au titre de cette indication, le Comité économique des produits de santé peut retenir un prix de référence, ou faire évoluer le prix de référence précédemment retenu, en fonction des critères de fixation et de modification des prix et tarifs prévus aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 et L. 162-16-6 du présent code.

« Le III du présent article est également applicable lorsque, pour une indication thérapeutique, il est mis fin à la prise en charge :

« 1° Soit au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, sans que soit mise en place la prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code ;

« 2° Soit au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code,

sans que soit mis en place un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché.

« Dans les deux cas, le premier alinéa du présent IV s'applique pour la fixation du prix de référence ou sa modification éventuelle.

« V. – Lorsqu'un médicament ayant fait l'objet d'un versement de remises au sens du II est inscrit au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché et fait l'objet d'un prix ou d'un tarif fixé par convention avec le Comité économique des produits de santé au titre de l'une ou de plusieurs de ses indications, la convention détermine le prix ou tarif net de référence du médicament au sens de l'article L. 162-18 et, le cas échéant, la restitution consécutive de tout ou partie de la remise versée en application du II du présent article. Le montant de cette restitution résulte de la valorisation des unités vendues, et prises en charge au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation ou en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, au prix ou tarif net de référence, minorée du chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé après déduction de la remise prévue au II du présent article, au titre des indications considérées et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée. Le montant de cette restitution ne peut excéder la remise versée en application du II, au titre des indications considérées et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée.

« VI. – La prise en charge au titre de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique est subordonnée, pour chaque indication considérée, au respect des conditions et engagements prévus au même article L. 5121-12. Il peut en outre être mis fin à cette prise en charge selon les mêmes conditions et modalités que celles mentionnées au III de l'article L. 162-16-5-2 du présent code. » ;

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

a) Au premier alinéa du I, le mot : « son » est remplacé par les mots : « sa première » ;

b) Au 2° du même I, la seconde occurrence des mots : « l'autorisation » est remplacée par les mots : « sa première autorisation » ;

c) Le III est ainsi rédigé :

« III. – A. – Pour chaque indication thérapeutique considérée individuellement, la prise en charge mentionnée au I du présent article dure jusqu'à ce que l'un des événements suivants intervienne :

« 1° Une décision relative à l'inscription de cette indication, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code est prise et, lorsqu'un tel avis est prévu, l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié ;

« 2° L'indication considérée fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché ;

« 3° Aucune demande d'inscription sur une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou à l'article L. 162-17 du présent code n'est déposée pour l'indication considérée dans le mois suivant l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, ou le laboratoire retire sa demande d'inscription sur l'une de ces listes.

« B. – Pour chaque indication considérée, il peut également être mis fin, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à cette prise en charge si l'une des conditions suivantes est remplie :

« 1° Une alternative thérapeutique, identifiée par la Haute Autorité de santé, est prise en charge au titre de l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 ou au premier alinéa de l'article L. 162-22-7 du présent code ;

« 2° Les conditions et engagements prévus au 1° du I et au V de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique n'ont pas été respectés.

« Dans le cas où une demande d'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code est envisagée, celle-ci est adressée au ministre chargé de la santé dans un délai de deux semaines à compter de l'avis de la Haute Autorité de santé relatif à l'inscription de ce médicament, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.

« C. – Lorsque le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité n'a pas respecté les différentes conditions de délai relevant du présent III, le Comité économique des produits de santé peut prononcer une pénalité financière selon les modalités prévues à l'article L. 162-17-4 du présent code, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;

3° Le même article L. 162-16-5-2 est complété par des IV et V ainsi rédigés :

« IV. – Les établissements de santé restent soumis aux obligations relatives au protocole d'utilisation, au recueil d'informations et à la transmission des données de suivi des patients traités prévus au V de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, pour chaque indication considérée, jusqu'à la fin de la prise en charge au titre de l'autorisation mentionnée au même article L. 5121-12 ou au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code.

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

4° Après le même article L. 162-16-5-2, il est inséré un article L. 162-16-5-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-16-5-3.* – La prescription d'une spécialité faisant l'objet de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code pour au moins l'une de ses indications doit contenir l'indication pour laquelle le produit est prescrit. La prise en charge au titre de cette autorisation ou au titre des dispositions de l'article L. 162-16-5-2 est conditionnée à la transmission, lors de la facturation, de l'indication pour laquelle la spécialité a été prescrite. Les conditions d'application du présent alinéa sont précisées par décret.

« Le non-respect de ces obligations et de celles concernant le recueil d'information ou de transmission des données de suivi des patients traités mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique peut donner lieu à une procédure de recouvrement de l'indu selon les modalités prévues à l'article L. 133-4 du présent code. » ;

5° L'article L. 162-18 est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Les conventions conclues au titre des spécialités bénéficiant, pour l'une de leurs indications, d'une autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code 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 au premier alinéa du présent article, qui pourraient être dues au titre des trois prochaines années, 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 sixième alinéa du présent article.

« À défaut de convention prévoyant des remises, le prix ou tarif de remboursement tient lieu de prix net de référence. »

II. – Le 1° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique est complété par les mots : « , dont la valeur maximale est fixée par décret ».

III. – Jusqu'à l'entrée en vigueur du décret relatif aux conditions de transmission de l'indication mentionné à l'article L. 162-16-5-3 du code de la sécurité sociale, la répartition des volumes de vente selon les indications, nécessaires à l'application de l'article L. 162-16-5-1 du même code est calculée au prorata des estimations des populations cibles respectives réalisées par le Comité économique des produits de santé.

IV. – Les II et V de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale et la condition de délai maximal mentionnée au 1° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique sont applicables aux autorisations délivrées au titre du même article L. 5121-12 à compter du 1^{er} janvier 2017.

Les III et IV de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale sont applicables aux chiffres d'affaires réalisés à compter du 1^{er} janvier 2016.

Article 98

I. – L'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

- a) Au début, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- b) À la deuxième phrase, le mot : « apportée » est supprimé ;
- c) La dernière phrase est supprimée ;

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

« II. – Le prix de vente mentionné au I peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé, au regard d’au moins l’un des critères suivants :

« 1° L’ancienneté de l’inscription de la spécialité concernée ou des médicaments à même visée thérapeutique sur la liste prévue au premier alinéa de l’article L. 162-17 ou sur celle mentionnée au premier alinéa de l’article L. 5123-2 du code de la santé publique, ou la fin des droits de propriété intellectuelle conférant une exclusivité de commercialisation de la spécialité, notamment en cas de commercialisation d’un premier médicament générique ou d’un premier médicament biologique similaire ;

« 2° Le prix net ou le tarif net, au sens du quatrième alinéa de l’article L. 162-18 du présent code, de la spécialité et des médicaments à même visée thérapeutique ;

« 3° Le prix d’achat constaté de la spécialité concernée et des médicaments à même visée thérapeutique par les établissements de santé ou les distributeurs de gros ou de détail, compte tenu des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature consentis, y compris les rémunérations de services prévues à l’article L. 441-7 du code de commerce ;

« 4° Le coût net, au sens de l’article L. 162-18 du présent code, du traitement médicamenteux pour l’assurance maladie obligatoire lorsque la spécialité concernée est utilisée concomitamment ou séquentiellement avec d’autres médicaments, notamment au regard du coût net des traitements à même visée thérapeutique ;

« 5° Les montants remboursés, prévus ou constatés, par l’assurance maladie obligatoire pour le médicament concerné et ceux à même visée thérapeutique ;

« 6° L’existence de prix ou de tarifs inférieurs, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, dans d’autres pays européens présentant une taille totale de marché comparable et dont la liste est fixée par décret. » ;

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

4° Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « IV. – » ;

5° Il est ajouté un V ainsi rédigé :

« V. – Le cadre des conventions mentionnées aux I et II du présent article peut être, le cas échéant, précisé par l'accord mentionné à l'article L. 162-17-4. »

II. – L'article L. 162-16-5 du même code est ainsi modifié :

1° Les deux premiers alinéas du I sont ainsi rédigés :

« I. – Le prix de cession au public des spécialités disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique ou de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 du même code et inscrites sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 dudit code, 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, de la sécurité sociale et de l'économie prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités, est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament 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. Il est fixé au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours à compter de l'inscription de la spécialité sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique ou, lorsque la spécialité figurait sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché, dans un délai de soixante-quinze jours à compter de l'obtention de cette autorisation. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe à la décision du comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours à compter de cette décision.

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

2° Au troisième alinéa du même I, les mots : « le prix de vente déclaré ou » sont supprimés ;

3° L'avant-dernier alinéa dudit I est supprimé ;

4° Au II, les mots : « au prix de vente publié par le Comité économique des produits de santé ou, le cas échéant, » sont supprimés et le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « premier ».

III. – Le I de l'article L. 162-16-6 du même code est ainsi modifié :

1° La dernière phrase du premier alinéa est supprimée ;

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

« Ce tarif est fixé dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-16-4. Il peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé dans les conditions prévues au II du même article L. 162-16-4. » ;

3° L'avant-dernier alinéa est supprimé.

IV. – L'article L. 162-17-4 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les références : « aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-16-6 et à » sont remplacées par les références : « au premier alinéa du I de l'article L. 162-16-6 et aux premier et deuxième alinéas de » ;

2° Au 1°, les mots : « ou le prix de vente déclaré » sont supprimés, et la seconde occurrence du mot : « ces » est remplacée par le mot : « ce ».

V. – Le premier alinéa de l'article L. 162-17-5 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« La fixation de ce montant tient compte des critères ou conditions mentionnés aux I et II de l'article L. 162-16-4 concernant les médicaments, et aux I et II de l'article L. 165-2 concernant les produits ou prestations. »

VI. – L'article L. 162-18 du même code est ainsi modifié :

1° Après la première phrase du quatrième alinéa, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Lorsqu'il traite des remises, le comité respecte l'ensemble des obligations relatives au secret en matière commerciale et industrielle. » ;

2° Le même quatrième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les prix nets, tarifs nets ou coûts nets s'entendent déduction faite de ces remises. »

VII. – Le premier alinéa de l'article L. 162-38 du même code est ainsi modifié :

1° À la première phrase, les mots : « ou entre le comité institué par l'article L. 162-17-3 et les entreprises exploitant des médicaments ou les fabricants ou distributeurs de produits ou prestations » et les mots : « , ou

ledit comité pour ce qui concerne les produits mentionnés à l'article L. 165-1, » sont supprimés ;

2° Après la même première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Le comité institué par l'article L. 162-17-3 peut fixer, pour ce qui concerne les produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1, le prix de cession maximal auquel peut être vendu le produit ou la prestation au distributeur en détail. » ;

3° Au début de la dernière phrase, les mots : « Cette fixation tient » sont remplacés par les mots : « Ces fixations tiennent ».

VIII. – L'article L. 165-2 du même code est ainsi modifié :

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

2° Au deuxième alinéa, les mots : « mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 » sont remplacés par les mots : « conditions prévues à l'article L. 165-3-3 » ;

3° À l'avant-dernier alinéa, les mots : « du service rendu, de l'amélioration éventuelle de celui-ci » sont remplacés par les mots : « de l'amélioration éventuelle du service attendu ou rendu », les mots : « et des prix » sont supprimés et, après les mots : « prévus ou constatés », sont insérés les mots : « , des montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés » ;

4° Après le même avant-dernier alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé :

« II. – Le tarif de responsabilité mentionné au I peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé, au regard d'au moins l'un des critères suivants :

« 1° L'ancienneté de l'inscription du produit ou de la prestation associée, ou d'un ensemble de produits et de prestations comparables, sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ;

« 2° Les tarifs des produits et prestations comparables et les remises applicables au produit ou à la prestation et à ceux comparables recouvrées dans les conditions prévues à l'article L. 165-4 au bénéfice de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

« 3° Le prix d'achat des produits et prestations constaté par les établissements de santé ou les distributeurs de gros ou de détail, compte tenu des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature consentis, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce ;

« 4° Le coût net de remises pour l'assurance maladie obligatoire du produit ou de la prestation concernés et des autres produits ou prestations utilisés concomitamment ou séquentiellement avec ce produit ou cette prestation, notamment par rapport au coût net de remises de produits ou de prestations comparables utilisés seuls ou, le cas échéant, en association concomitamment ou séquentiellement ;

« 5° L'existence de tarifs, de prix ou de coûts de traitement inférieurs, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, dans d'autres pays européens présentant une taille totale de marché comparable et dont la liste est fixée par décret ;

« 6° Les volumes de vente prévus ou constatés des produits ou prestations ;

« 7° Les montants des produits ou prestations remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés.

« Les tarifs d'une catégorie de produits et prestations comparables peuvent être baissés simultanément. L'application d'un taux de baisse uniforme est possible lorsqu'au moins l'un des critères précédents est considéré pour l'ensemble de la catégorie de produits et prestations comparables. » ;

5° Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « III. - » ;

6° Il est ajouté un IV ainsi rédigé :

« IV. - Le cadre des conventions mentionnées aux I et II du présent article peut être, le cas échéant, précisé par l'accord mentionné à l'article L. 165-4-1. »

IX. - L'article L. 165-3 du même code est ainsi modifié :

1° À la fin de la première phrase du premier alinéa, les mots : « dans les conditions prévues à l'article L. 162-38 » sont supprimés ;

2° Au second alinéa, les mots : « mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 » sont remplacés par les mots : « conditions prévues à l'article L. 165-3-3 » ;

3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les prix mentionnés au premier alinéa du présent article sont fixés dans les conditions prévues au I de l'article L. 165-2. Ils peuvent être fixés à un niveau inférieur ou baissés dans les conditions prévues au II du même article L. 165-2. »

X. – Après l'article L. 165-3-2 du même code, il est inséré un article L. 165-3-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 165-3-3. – I. –* Les fabricants ou, le cas échéant, les organisations regroupant ces fabricants sont habilités à négocier et à conclure les conventions fixant, en application des articles L. 165-2 et L. 165-3, les tarifs de responsabilité et, le cas échéant, les prix des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 par description générique ou description générique renforcée, lorsque les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

« 1° Les fabricants ou organisations ont fait connaître au Comité économique des produits de santé leur intention de négocier à la suite d'un avis de projet de fixer les tarifs de responsabilité et, le cas échéant, les prix ;

« 2° Chaque fabricant ou organisation participant à cette négociation justifie d'une part du montant remboursé, constaté ou prévisionnel, représentant au moins 10 % du montant relatif des produits et prestations concernés remboursé par l'assurance maladie obligatoire.

« Pour chaque fabricant ou organisation, et pour chaque inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1, cette part du montant remboursé est calculée en multipliant les volumes de vente du fabricant ou de l'organisation par les tarifs de responsabilité correspondants et en appliquant le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Lorsque l'inscription de produits et prestations sur cette liste est réalisée conjointement pour plusieurs produits, le Comité économique des produits de santé peut appliquer à chaque produit un taux de pondération, compris entre 0 et 1 ; la somme des taux employés est égale à 1.

« Pour l'appréciation de la part du montant remboursé, chaque organisation participant à la négociation indique au Comité économique des produits de santé les fabricants qui lui ont donné mandat pour les représenter dans le cadre de cette négociation. Chaque fabricant participant à la négociation déclare s'il participe en son nom propre ou au titre d'une

organisation. L'application de cette règle s'apprécie négociation par négociation.

« II. – Les distributeurs ou, le cas échéant, les organisations regroupant ces distributeurs sont habilités à négocier et à conclure les conventions fixant, en application des articles L. 165-2 et L. 165-3, les tarifs de responsabilité et, le cas échéant, les prix des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 par description générique ou description générique renforcée, lorsque les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

« 1° Les distributeurs ou organisations ont fait connaître au Comité économique des produits de santé leur intention de négocier à la suite d'une information relative à la fixation de ces tarifs de responsabilité et, le cas échéant, de ces prix ;

« 2° Chaque distributeur ou organisation participant à cette négociation justifie d'une part du montant remboursé, constaté ou prévisionnel, représentant au moins 10 % du montant relatif des produits et prestations concernés remboursé par l'assurance maladie obligatoire.

« Pour chaque distributeur ou organisation, et pour chaque inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1, cette part du montant remboursé est calculée en multipliant les volumes de vente du distributeur ou de l'organisation par les tarifs de responsabilité correspondants et en appliquant le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

« Pour l'appréciation de la part du montant remboursé, chaque organisation participant à la négociation indique au Comité économique des produits de santé les distributeurs qui lui ont donné mandat pour les représenter dans le cadre de cette négociation. Chaque distributeur participant à la négociation déclare s'il participe en son nom propre ou au titre d'une organisation. L'application de cette règle s'apprécie négociation par négociation.

« III. – La convention mentionnée au I est valablement conclue si elle est signée par des fabricants ou organisations qui représentent une part du montant remboursé, constaté ou prévisionnel, représentant au moins le tiers de la somme des montants remboursés relatifs aux produits et prestations concernés, sur le champ résultant de l'application du 2° du même I pour les descriptions génériques ou descriptions génériques renforcées concernées.

« La convention mentionnée au II est valablement conclue si elle est signée par des distributeurs ou organisations qui représentent une part du

montant remboursé, constaté ou prévisionnel, représentant au moins le tiers de la somme des montants remboursés relatifs aux produits et prestations concernés, sur le champ résultant de l'application du 2° du même II pour les descriptions génériques ou descriptions génériques renforcées concernées.

« Dès lors que l'une des conventions mentionnées aux deux premiers alinéas du présent III est valablement conclue, le prix ou le tarif fixé par convention s'applique à l'ensemble des acteurs concernés, y compris à ceux qui n'ont pas signé de convention.

« IV. – Pour l'application des I, II et III, les produits et prestations concernés peuvent regrouper plusieurs produits et prestations comparables, au sens de l'article L. 165-2.

« Les parts des montants remboursés mentionnées au présent article sont calculées sur une période temporelle définie par le Comité économique des produits de santé.

« V. – Lorsqu'il apparaît qu'un fabricant, un distributeur ou une organisation regroupant certains fabricants ou distributeurs a déclaré sciemment, pour l'application du présent article, des volumes de vente ou un chiffre d'affaires ou une part du montant remboursé manifestement erronés, le Comité économique des produits de santé peut fixer, après que le fabricant, le distributeur ou l'organisation a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à la charge du fabricant, du distributeur ou de l'organisation.

« Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires, hors taxes, réalisé en France par le fabricant ou le distributeur, ou les fabricants ou distributeurs regroupés au sein de l'organisation, au titre du dernier exercice clos pour la ou les descriptions génériques ou descriptions génériques renforcées considérées. 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 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

« Lorsqu'une procédure de sanction est engagée par le Comité économique des produits de santé conformément au premier alinéa du

présent V, l'invalidation de la convention conclue sur la base des éléments de chiffre d'affaires, de part du montant remboursé ou des volumes de vente en cause n'intervient qu'à l'issue d'un délai de six mois à compter de l'engagement de cette procédure. Ce délai de six mois s'applique également en cas d'invalidation, pour les mêmes motifs, de la décision du comité fixant le tarif ou le prix de la description en l'absence d'accord conventionnel.

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

XI. – À la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 165-4 du même code, les mots : « , la Caisse nationale du régime social des indépendants » sont supprimés.

XII. – A. – L'article L. 165-5-1 du même code devient l'article L. 165-5-2.

B. – Le même article L. 165-5-1 est ainsi rétabli :

« *Art. L. 165-5-1.* – À une date et dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, et au plus tard le 1^{er} janvier 2020, l'inscription par description générique des produits et prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1 est subordonnée à la détention d'un code permettant une identification individuelle de chacun de ces produits et prestations et de son fabricant ou distributeur. Ces codes identifiants sont collectés par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et rendus publics sur son site internet.

« Le décret mentionné au premier alinéa précise notamment les obligations respectives des fabricants ou distributeurs et de la caisse nationale pour l'élaboration de ces codes identifiants dans les délais requis. Ce code est exigé par la caisse locale d'assurance maladie compétente en vue de la prise en charge ou du remboursement du produit ou de la prestation. »

XIII. – Les prix de cession des spécialités pharmaceutiques fixés sur le fondement de l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi restent valables jusqu'à leur modification par une nouvelle convention ou, à défaut, une nouvelle décision du Comité économique des produits de santé.

Article 99

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

1° Après l'article L. 162-1-8, sont insérés deux articles L. 162-1-9 et L. 162-1-9-1 ainsi rédigés :

« *Art. L. 162-1-9.* – Une commission des équipements matériels lourds d'imagerie médicale est créée auprès de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Cette commission, présidée par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, est composée de représentants des médecins libéraux et hospitaliers spécialistes en radiodiagnostic et en imagerie médicale, de représentants des médecins spécialistes en médecine nucléaire, de représentants des fédérations hospitalières représentatives et de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Un représentant de l'État assiste à ses travaux.

« Cette commission rend un avis motivé sur les propositions présentées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, prévues à l'article L. 162-1-9-1.

« La composition et les règles de fonctionnement de la commission sont fixées par arrêté.

« *Art. L. 162-1-9-1.* – I. – Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie transmet à la commission prévue à l'article L. 162-1-9, au moins une fois tous les trois ans, avant le 1^{er} mars de l'année :

« 1° Des éléments relatifs à l'évolution constatée sur la période concernée des charges associées aux équipements matériels lourds d'imagerie médicale soumis à l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique et utilisés dans le cadre d'actes et de prestations délivrés par des professionnels de santé libéraux ou hospitaliers ;

« 2° S'il y a lieu, une analyse de l'évolution de l'organisation et des modalités de fonctionnement des différentes structures utilisant ces équipements ;

« 3° Des propositions d'évolution pluriannuelle des rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement de ces équipements ;

« 4° Des propositions d'évolution de la classification de ces équipements ;

« 5° Un bilan de l'impact financier des propositions mentionnées aux 3° et 4°.

« Les propositions mentionnées aux 3° et 4° sont également transmises aux organisations syndicales représentatives des médecins généralistes et des médecins spécialistes et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« L'avis de la commission est rendu avant l'expiration d'un délai de trente jours à compter de la transmission des propositions mentionnées aux 3° et 4°. À l'expiration de ce délai, l'avis est réputé rendu. L'avis est transmis par le directeur général de l'Union aux organisations nationales représentatives de médecins généralistes et de médecins spécialistes et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« La convention mentionnée à l'article L. 162-5 définit l'évolution des rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement de ces équipements matériels lourds d'imagerie médicale, ainsi que la classification associée. À défaut d'accord sur l'évolution des rémunérations et de la classification à l'expiration d'un délai de soixante jours à compter de la transmission mentionnée au septième alinéa du présent article, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à leur détermination.

« Lorsqu'il est fait usage de la faculté prévue au neuvième alinéa, la décision déterminant les rémunérations et la classification est transmise par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale au plus tard dans un délai de trente jours.

« Les décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale avant l'expiration d'un délai de quarante-cinq jours.

« En l'absence de décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie à la fin du délai mentionné au dixième alinéa, le directeur général de l'union en informe les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et en précise les motifs. » ;

2° L'article L. 162-5 est complété par un 26° ainsi rédigé :

« 26° S'agissant des médecins spécialistes en radiodiagnostic et en imagerie médicale et des médecins spécialistes en médecine nucléaire, les

rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement des équipements lourds d'imagerie médicale ainsi que la classification associée, dans le respect des dispositions des articles L. 162-1-9 et L. 162-1-9-1. »

II. – Par dérogation à la procédure prévue à l'article L. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale, dans un délai d'un mois à compter de la publication de la présente loi, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à la fixation des rémunérations et de la classification mentionnées au même article L. 162-1-9-1. Cette décision est transmise par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elle est réputée approuvée sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale avant l'expiration d'un délai de quarante-cinq jours.

Article 100

I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionnée à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est fixé à 44,4 millions d'euros pour l'année 2017.

II. – En 2017, il est prélevé au profit du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionné à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, une somme de 70 millions d'euros sur les réserves, constatées au 31 décembre 2015, du fonds pour l'emploi hospitalier créé par l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique.

Le recouvrement, le contentieux, les garanties et les sanctions relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles mentionnées à l'article L. 137-3 du code de la sécurité sociale.

III. – Il est institué, au titre de l'année 2017, au bénéfice du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionné à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 précitée, une contribution de 150 millions d'euros à la charge de l'organisme mentionné au II de l'article 16 de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Cette contribution est versée avant le 31 décembre 2017.

Le recouvrement, le contentieux, les garanties et les sanctions relatifs à cette contribution sont régis par les règles mentionnées à l'article L. 137-3 du code de la sécurité sociale.

IV. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 107 millions d'euros pour l'année 2017.

V. – Le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 129,6 millions d'euros pour l'année 2017.

Article 101

Pour l'année 2017, 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 207,1 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 205,9 milliards d'euros.

Article 102

Pour l'année 2017, 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	86,6
Dépenses relatives aux établissements de santé.....	79,2
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,1
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées.....	11,0
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional	3,2
Autres prises en charge	1,7
Total.....	190,7

TITRE V

DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

Article 103

Pour l'année 2017, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées comme suit :

(En milliards d'euros)

	Prévision de charges
Fonds de solidarité vieillesse.....	19,6

TITRE VI

DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFÉRENTES BRANCHES

CHAPITRE I^{ER}

Gestion

Article 104

I. – Au deuxième alinéa de l'article L. 815-7 du code de la sécurité sociale, les mots : « des dépôts et consignations » sont remplacés par les mots : « centrale de la mutualité sociale agricole ».

II. – À la fin du premier alinéa de l'article L. 815-8 du même code, les mots : « des dépôts et consignations » sont remplacés par les mots : « centrale de la mutualité sociale agricole ».

III. – Les modalités du transfert du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées de la Caisse des dépôts et consignations à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole sont déterminées par convention entre ces deux organismes.

IV. – Le présent article entre en vigueur selon des modalités et à une date fixées par décret en Conseil d'État, et au plus tard le 1^{er} janvier 2020.

Article 105

I. – A. – Sont transférées à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, à compter du 1^{er} janvier 2018 :

1° Les missions et activités exercées par les centres informatiques des organismes chargés du recouvrement de la sécurité sociale ;

2° Les missions et activités informatiques d'études et développement, de production et d'édition et d'expertise technique exercées par l'Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales d'Île-de-France.

B. – Les droits, biens et obligations des centres informatiques des organismes chargés du recouvrement de la sécurité sociale sont transférés à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le 1^{er} janvier 2018.

C. – Les centres informatiques des organismes chargés du recouvrement de la sécurité sociale sont dissous le 31 décembre 2017.

D. – Les contrats de travail des salariés de l'Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales d'Île-de-France exerçant les missions et activités mentionnées au 2° du A du présent I sont transférés à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le 1^{er} janvier 2018.

II. – Le chapitre II *bis* du titre II du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le III de l'article L. 122-6 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « union du recouvrement désignée » sont remplacés par les mots : « organisme chargé du recouvrement désigné » et le mot : « unions » est remplacé par les mots : « organismes chargés du recouvrement » ;

b) À la seconde phrase, le mot : « Elle » est remplacé par le mot : « Il » et le mot : « unions » est remplacé par les mots : « organismes chargés du recouvrement » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 122-7, après les mots : « gestion des organismes », sont insérés les mots : « , au service des prestations, au recouvrement et à la gestion des activités de trésorerie ».

Article 106

I. – Le chapitre IV *ter* du titre I^{er} du livre I^{er} du même code est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 114-9, les mots : « admis à encaisser des cotisations ou à servir des prestations au titre des régimes obligatoires de base » sont remplacés par les mots : « chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale ou du service des allocations et prestations mentionnées au présent code » ;

2° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 114-10, après la première occurrence du mot : « sociale », sont insérés les mots : « ou du service des allocations et prestations mentionnées au présent code » ;

3° À la première phrase de l'article L. 114-10-1, après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « , du recouvrement des cotisations de

sécurité sociale ou du service des allocations et prestations mentionnées au présent code » ;

4° Le début de la première phrase du premier alinéa de l'article L. 114-10-2 est ainsi rédigé :

« Les organismes mentionnés à l'article L. 114-10-1 sont tenus... (*le reste sans changement*). » ;

5° Au premier alinéa de l'article L. 114-11, les mots : « chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « mentionnés à l'article L. 114-10-1 » ;

6° L'article L. 114-12 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « , du recouvrement des cotisations de sécurité sociale ou du service des allocations et prestations mentionnées au présent code » ;

b) Au même premier alinéa, les mots : « et l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du code du travail » sont remplacés par les mots : « , Pôle emploi et les administrations de l'État » ;

c) À la fin du 2°, les mots : « en cas de partage de la gestion d'une prestation par ces organismes » sont supprimés ;

d) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les informations ainsi obtenues ont la même valeur que les données détenues en propre. » ;

7° Au premier alinéa de l'article L. 114-12-1, après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « ou du service des allocations et prestations mentionnées au présent code » et les mots : « aux organismes chargés de la gestion d'un régime de retraite complémentaire ou additionnel obligatoire, ainsi qu'à l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du code du travail » sont remplacés par les mots : « ainsi qu'à Pôle emploi » ;

8° Au premier alinéa de l'article L. 114-22, les mots : « du régime d'assurance chômage » sont remplacés par les mots : « , du recouvrement des cotisations de sécurité sociale ou du service des allocations et prestations mentionnées au présent code ainsi que Pôle emploi ».

II. – Au premier alinéa de l'article L. 152 du livre des procédures fiscales, après la dernière occurrence du mot : « sociale », sont insérés les

mots : « , au service mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 815-7 du même code ».

Article 107

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 3° de l'article L. 114-19 est complété par les mots : « ou des prestations recouvrables sur la succession » ;

2° À l'article L. 161-1-5, après le mot : « versée », sont insérés les mots : « ou d'une prestation recouvrable sur la succession » ;

3° L'article L. 376-4 est ainsi modifié :

a) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, après les mots : « L'assureur », sont insérés les mots : « ou le tiers responsable », le mot : « peut » est remplacé par le mot : « peuvent » et le mot : « sa » est remplacé par le mot : « leur » ;

– au début de la seconde phrase, les mots : « Il verse » sont remplacés par les mots : « Ils versent » ;

b) Au troisième alinéa, après les mots : « du tiers responsable », sont insérés les mots : « ou au tiers responsable » et les mots : « il ne respecte pas » sont remplacés par les mots : « ils ne respectent pas » ;

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

« La pénalité appliquée au tiers responsable ne peut excéder 30 000 euros lorsqu'il s'agit d'un particulier. » ;

4° L'article L. 454-2 est ainsi modifié :

a) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, après les mots : « l'assureur », sont insérés les mots : « ou le tiers responsable », le mot : « peut » est remplacé par le mot : « peuvent » et le mot : « sa » est remplacé par le mot : « leur » ;

– au début de la seconde phrase, les mots : « Il verse » sont remplacés par les mots : « Ils versent » ;

b) Au troisième alinéa, après les mots : « du tiers responsable », sont insérés les mots : « ou au tiers responsable » et les mots : « il ne respecte pas » sont remplacés par les mots : « ils ne respectent pas » ;

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

« La pénalité appliquée au tiers responsable ne peut excéder 30 000 euros lorsqu'il s'agit d'un particulier. »

CHAPITRE II

Fraude aux prestations

Article 108

Le chapitre IV *ter* du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 114-12-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « ainsi qu'à l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du code du travail » sont remplacés par les mots : « à la Caisse des français de l'étranger ainsi qu'à Pôle emploi » ;

b) Au 2°, après les mots : « les collectivités territoriales », sont insérés les mots : « et leurs groupements, ainsi que les métropoles, » ;

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

« 5° Les entreprises qui fournissent des services faisant l'objet d'une tarification définie par la loi sur la base de critères sociaux, s'agissant des données strictement nécessaires à la mise en œuvre de ces tarifs. » ;

2° L'article L. 114-16 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « elle », la fin est ainsi rédigée : « recueille, à l'occasion de toute procédure judiciaire, de nature à faire présumer une fraude commise en matière sociale ou une manœuvre quelconque ayant eu pour objet ou pour résultat de frauder ou de compromettre le recouvrement des cotisations et contributions sociales. » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« L'Agence de gestion et de recouvrement des avoirs saisis et confisqués peut communiquer aux organismes de protection sociale toute information utile à l'accomplissement de leur mission de recouvrement des cotisations et contributions dues et des prestations versées indûment. »

Article 109

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

1° L'article L. 114-16 est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Lorsqu'une personne physique ou morale autorisée à dispenser des soins, à réaliser une prestation de service ou des analyses de biologie médicale ou à délivrer des produits ou dispositifs médicaux susceptibles de donner lieu à un remboursement de l'assurance maladie a été sanctionnée ou condamnée, par décision devenue définitive, à une interdiction temporaire ou définitive d'exercer sa profession par une juridiction pénale ou une instance ordinaire, le directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en est avisé sans délai et diffuse cette information à l'ensemble des organismes mentionnés à l'article L. 160-17.

« Cette information est communiquée par le ministère public près la juridiction pénale ayant prononcé la condamnation définitive ou par le conseil de l'ordre dont la chambre disciplinaire a prononcé la sanction définitive.

« Les sommes indûment versées par l'organisme de prise en charge font l'objet d'une récupération dans les conditions définies au troisième alinéa de l'article L. 133-4. » ;

2° L'article L. 323-6 est ainsi modifié :

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

« 5° D'informer sans délai la caisse de toute reprise d'activité intervenant avant l'écoulement du délai de l'arrêt de travail. » ;

b) Le sixième alinéa est complété par les mots : « , dans les conditions prévues à l'article L. 133-4-1 » ;

c) À la fin de l'avant-dernier alinéa, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » ;

d) Le dernier alinéa est supprimé ;

3° Après l'article L. 323-6, il est inséré un article L. 323-6-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 323-6-1.* – L'employeur subrogé dans les droits de son salarié en arrêt de travail informe par tout moyen l'organisme local d'assurance maladie assurant le service de l'indemnité journalière de la reprise anticipée du travail par ce salarié.

« En cas de manquement par l'employeur à cette obligation et si ce manquement a occasionné le versement indu d'indemnités journalières, il peut être prononcé à son encontre une sanction financière dans les conditions prévues à l'article L. 114-17-1.

« L'organisme d'assurance maladie procède à la récupération des indemnités journalières auprès de l'employeur dans les conditions prévues à l'article L. 133-4-1. »

II. – Le 1° du I est applicable aux condamnations ou sanctions prononcées à compter du 1^{er} janvier 2017.

Le 3° du I est applicable aux reprises d'activité des salariés intervenant à compter du 1^{er} janvier 2017.

III. – Au I de l'article 20-7-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, le mot : « sixième » est remplacé par le mot : « septième ».

Délibéré en séance publique, à Paris, le 5 décembre 2016.

Le Président,
Signé : CLAUDE BARTOLONE

ANNEXES

ANNEXE A

Rapport retraçant la situation patrimoniale, au 31 décembre 2015, 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 2015

I. – Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2015

(En milliards d'euros)

Actif	2015 (net)	2014 (net)	Passif	2015	2014
Immobilisations	6,9	7,0	Capitaux propres	-109,5	-110,7
Immobilisations non financières.....	4,4	4,3	Dotations	27,4	29,2
Prêts, dépôts de garantie.....	1,6	1,7	Régime général	0,6	0,6
Avances / prêts accordés à des organismes de la sphère sociale....	0,9	1,0	Autres régimes	4,9	4,5
			Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)	0,2	0,2
			Fonds de réserve pour les retraites (FRR).....	21,8	23,9
			Réserves	14,3	12,1
			Régime général	2,7	2,6
			Autres régimes	6,1	5,5
			FRR.....	5,5	4,1
			Report à nouveau	-158,8	-156,9
			Régime général	-14,2	-10,0
			Autres régimes	-4,2	-3,8
			CADES	-140,3	-143,1
			Résultat de l'exercice	4,7	1,4
			Régime général	-6,8	-9,6
			Autres régimes	0,4	0,4
			Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	-3,9	-3,5
			CADES	13,5	12,7
			FRR.....	1,5	1,4
			Écart d'estimation (réévaluation des actifs du FRR en valeur de marché)	2,9	3,4
			Provisions pour risques et charges	15,8	15,0
Actif financier	60,8	58,5	Passif financier	181,6	179,9

(En milliards d'euros)

Actif	2015 (net)	2014 (net)	Passif	2015	2014
Valeurs mobilières et titres de placement	50,1	50,4	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, europapiers commerciaux)	165,2	162,5
Régime général.....	0,0	0,1	Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).....	27,4	24,2
Autres régimes.....	7,8	7,5	CADES	137,8	138,2
CADES	9,5	7,0			
FRR	32,8	35,9			
Encours bancaire	10,3	7,9	Dettes à l'égard d'établissements de crédit	10,6	12,4
Régime général.....	1,6	2,2	ACOSS (prêts Caisse des dépôts et consignations).....	4,0	6,0
Autres régimes.....	2,1	1,5	Régime général (ordres de paiement en attente).....	4,6	4,6
FSV	0,9	1,2	Autres régimes	1,1	0,8
CADES	2,3	1,7	CADES	1,0	1,0
FRR	3,4	1,3			
			Dépôts reçus	1,1	1,9
			ACOSS	1,1	1,9
Créances nettes au titre des instruments financiers	0,4	0,2	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,0	0,2
CADES	0,2	0,2	ACOSS	0,0	0,2
FRR	0,2	0,0			
			Autres	4,6	3,0
			Autres régimes	0,0	0,1
			CADES	4,6	2,9
Actif circulant	75,0	69,7	Passif circulant	54,7	51,0
Créances de prestations	8,1	7,8	Dettes et charges à payer à l'égard des bénéficiaires.....	27,4	27,1
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale.....	10,7	11,1	Dettes et charges à payer à l'égard des cotisants.....	2,6	1,2
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et autres impositions	38,7	35,7			
Créances sur entités publiques et organismes de sécurité sociale..	8,3	9,4	Dettes et charges à payer à l'égard d'entités publiques.....	10,5	9,6
Produits à recevoir de l'État	0,5	0,5			
Autres actifs.....	8,8	5,2	Autres passifs.....	14,2	13,1
Total de l'actif	142,7	135,2	Total du passif	142,7	135,2

Sur le champ des régimes de base, du FSV, de la CADES et du FRR, le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, mesuré par ses capitaux propres négatifs qui représentent le cumul des déficits passés restant à financer, s'élevait à 109,5 milliards d'euros au 31 décembre 2015, soit l'équivalent de 5 points de PIB. Après une forte dégradation consécutive à la crise économique des années 2008-2009, l'amélioration constatée en 2014 s'est confirmée en 2015 (baisse de 1,3 milliard d'euros par rapport à 2014). Cette

amélioration reflète la poursuite de la réduction des déficits des régimes de base et du FSV amorcée en 2013 (10,3 milliards d'euros en 2015 contre 12,7 milliards d'euros en 2014, 16,0 milliards d'euros en 2013 et 19,1 milliards d'euros en 2012) et de l'amortissement de la dette portée par la CADES (13,5 milliards d'euros en 2015 contre 12,7 milliards d'euros en 2014).

Cette amélioration se traduit en particulier par le constat, pour la deuxième année consécutive, d'un résultat consolidé positif sur le périmètre d'ensemble de la sécurité sociale retracé ci-dessus (4,7 milliards d'euros en 2015, 1,4 milliard d'euros en 2014).

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, s'établit donc à un niveau proche de celui-ci et en suit en premier lieu les mêmes tendances 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 pèsent également sur la trésorerie. Du fait de la quasi-stabilité du besoin en fonds de roulement, on observe pour la première fois un léger fléchissement de l'endettement financier net en 2015 (120,8 milliards d'euros contre 121,3 milliards d'euros fin 2014).

Évolution du passif net, de l'endettement financier net
et des résultats comptables consolidés de la sécurité sociale depuis 2009

(En milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Passif net au 31 décembre (capitaux propres négatifs) ...	-66,3	-87,1	-100,6	-107,2	-110,9	-110,7	-109,5
Endettement financier net au 31 décembre.....	-76,3	-96,0	-111,2	-116,2	-118,0	-121,3	-120,8
Résultat comptable consolidé de l'exercice	-19,6	-23,9	-10,7	-5,9	-1,6	+1,4	+4,7

II. – Couverture des déficits et affectation des excédents constatés sur l'exercice 2015

Les comptes du régime général ont été déficitaires de 6,8 milliards d'euros en 2015. La branche Maladie a ainsi enregistré un déficit de 5,8 milliards d'euros, la branche Famille un déficit de 1,5 milliard d'euros et la branche

Vieillesse un déficit de 0,3 milliard d'euros, la branche Accidents du travail et maladies professionnelles ayant quant à elle dégagé un excédent de 0,7 milliard d'euros. Par ailleurs, le FSV a enregistré un déficit de 3,9 milliards d'euros.

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 n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 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 2011 à 2018 de la branche Vieillesse du régime général et du FSV, dans la double limite de 10 milliards d'euros chaque année et de 62 milliards d'euros au total. Conformément aux dispositions organiques, la CADES a été affectataire de ressources lui permettant de financer ces sommes.

Même si la reprise des déficits de la branche Vieillesse et du FSV reste prioritaire, compte tenu des marges rendues disponibles par les différentes mesures prises en matière de redressement financier par la réforme des retraites 2014, la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 a prévu que les déficits des exercices 2012 à 2017 des branches Maladie et Famille pourraient être intégrés dans le champ de la reprise, sans modification des plafonds globaux de reprise ni de l'échéance d'amortissement de la dette transférée à la CADES.

Un montant de 10 milliards d'euros a ainsi été repris en 2015, correspondant au transfert des déficits prévisionnels de la branche Vieillesse et du FSV au titre de 2014 et au financement d'une partie des déficits de la branche Maladie et de la branche Famille au titre de 2012 et de 2013.

L'article 26 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 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 des conditions de financement à moyen et long termes particulièrement favorables. Il a ainsi ouvert la possibilité d'une saturation du plafond de 62 milliards d'euros dès 2016 et d'une reprise anticipée de 23,6 milliards d'euros. Les modalités de mise en œuvre de cette reprise anticipée en 2016 ont été précisées par le décret n° 2016-110 du 4 février 2016 relatif au transfert à la Caisse d'amortissement de la dette sociale des déficits du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse à effectuer en 2016.

Par ailleurs, les excédents de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles au titre de 2015 (0,7 milliard d'euros) ont été

affectés à la réduction des déficits cumulés passés, dont le montant est ainsi réduit de 1,0 à 0,2 milliard d'euros.

La plupart des régimes de base autres que le régime général présentent par construction des résultats annuels équilibrés ou très proches de l'équilibre. Il en est ainsi des régimes intégrés financièrement au régime général (régimes agricoles à l'exception de la branche retraite du régime des exploitants, régimes maladie des militaires et des marins, et régimes de base du régime social des indépendants intégrés financièrement aux branches Maladie et Vieillesse du régime général depuis 2015), des régimes de retraite équilibrés par des subventions de l'État (SNCF, RATP, régimes des mines et des marins) et des régimes d'employeurs (fonction publique de l'État), équilibrés par ces derniers.

Cependant, plusieurs régimes ne bénéficiant pas de tels mécanismes d'équilibrage ont enregistré en 2015 des résultats déficitaires. S'agissant de la branche retraite du régime des exploitants agricoles, dont les déficits 2009 et 2010 avaient été repris par la CADES, le déficit s'élève à 0,3 milliard d'euros (contre 0,2 milliard d'euros en 2014), portant le montant des déficits cumulés depuis 2011 à 3,2 milliards d'euros. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a prévu que ce déficit puisse être financé par des avances rémunérées de trésorerie par l'ACOSS en complément des financements bancaires auxquels avait recours jusqu'ici la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pour couvrir ces déficits cumulés. Au 31 décembre 2015, ces déficits ont été financés en totalité par une avance de l'ACOSS (2,7 milliards d'euros).

Le déficit du régime des mines s'est élevé à 0,1 milliard d'euros en 2015, portant le montant cumulé de dette à 1,1 milliard d'euros en fin d'année. Dans le contexte d'une limitation des concours financiers de la Caisse des dépôts et consignations, partenaire financier historique de la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a étendu jusqu'à 2017 les dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 prévoyant la faculté d'un recours à des avances de trésorerie de l'ACOSS à hauteur de 250 millions d'euros, en complément des financements externes procurés par la Caisse des dépôts et des établissements bancaires.

Enfin, la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) a dégagé, pour la deuxième année consécutive, un excédent de 0,3 milliard d'euros, contre 0,4 milliard d'euros en 2014. Cet excédent a été affecté aux réserves du régime, portant celles-ci à 1,8 milliard d'euros.

ANNEXE B

Rapport décrivant 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 pour les quatre années à venir

La présente annexe décrit l'évolution des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse pour la période 2017-2020. Ces prévisions s'inscrivent dans l'objectif de retour à l'équilibre des régimes de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse, et de la poursuite et de l'accélération de la réduction de la dette sociale.

I. – Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 présente des comptes sociaux proches de l'équilibre, sous l'effet d'une reprise économique qui se confirme et des réformes mises en œuvre par le Gouvernement

1. La reprise économique se consolide

La prévision de croissance du produit intérieur brut (PIB) commune au projet de loi de finances et au projet de loi de financement pour 2016 avait été fixée à 1,5 %, celle de la masse salariale à 2,8 % et celle de l'inflation à 1 %.

Dans le programme de stabilité déposé en avril 2016, le Gouvernement avait maintenu à 1,5 % sa prévision de croissance du PIB pour 2016, mais révisé à la baisse les prévisions d'inflation, désormais quasi nulle, et de croissance de la masse salariale du secteur privé attendue alors en hausse de 2,3 % au lieu de 2,8 %.

La prévision de croissance pour 2016 présentée par le Gouvernement dans le cadre du projet de loi de finances et du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a été fixée à 1,5 %, conforme à celle du programme de stabilité (1,5 %). Cette prévision a été révisée à 1,4 % dans le cadre du projet de loi de finances rectificative pour 2016, pour tenir compte des informations les plus récentes. En revanche celle de la masse salariale a été revue à la hausse en 2016 : elle s'établirait désormais à 2,6 %, contre 2,3 % prévu dans le programme de stabilité, résultant d'une

croissance de l'emploi de 1 % et du salaire moyen de 1,6 % comme en 2015.

Pour 2017, le Gouvernement prévoit une croissance identique à la prévision pour 2016 (1,5 %), une accélération de l'inflation qui resterait néanmoins faible (0,8 %) et une croissance de la masse salariale privée de 2,7 %, en légère accélération par rapport à 2016, et de 1,9 % pour la masse salariale publique, plus élevée qu'en 2016 (1,2 %), sous l'effet notamment de la hausse de la valeur du point et des mesures catégorielles.

Le Haut Conseil des finances publiques a rendu deux avis sur ces prévisions macroéconomiques lors de la présentation du projet de loi de finances pour 2017 au conseil des ministres ainsi que lors de la présentation du projet de loi de finances rectificative pour 2016.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
PIB volume	0,6 %	1,3 %	1,4 %	1,5 %	1,8 %	1,9 %	1,9 %
Masse salariale secteur privé	1,6 %	1,7 %	2,6 %	2,7 %	3,6 %	3,8 %	4,1 %
<i>Dont effectifs</i>	0,0%	0,1%	1,0%	1,0%	0,5%	0,5%	0,7%
<i>Dont salaire moyen</i>	1,6%	1,6%	1,6%	1,7%	3,0%	3,3%	3,4%
ONDAM	2,4%	2,0%	1,8%	2,1%	2,0%	2,0%	2,0%
Prix hors tabac	0,4 %	0,0 %	0,2 %	0,8 %	1,4 %	1,8 %	1,8 %
Revalorisation des prestations octobre (moyenne annuelle)	0,3 %	0,0 %	0,1 %	0,2 %	0,7 %	1,2 %	1,6 %
Revalorisation des prestations avril (moyenne annuelle)	0,7%	0,1%	0,1%	0,2%	0,7%	1,3%	1,7%

Le tableau ci-dessus détaille les principaux éléments retenus pour l'élaboration des prévisions de recettes et objectifs de dépenses décrits dans la présente annexe.

2. Cette reprise favorise une amélioration significative du solde des comptes sociaux et un reflux de la dette sociale globale

Cette reprise économique, permise par les réformes menées par le Gouvernement en matière de compétitivité des entreprises, avec par exemple le pacte de responsabilité et de solidarité et la baisse de cotisations pour les exploitants agricoles, et conjuguée depuis 2012 à d'importants efforts d'économies conduits sur l'ensemble des branches de la sécurité sociale, permettra d'atteindre en 2017 un solde du régime général proche de l'équilibre, à seulement 400 millions d'euros de déficit, pour une dépense totale de 379,9 milliards d'euros, alors que le déficit était de 13,3 milliards en 2012.

Ainsi, en 2017, et en tenant compte des mesures prévues dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, les branches Famille, Vieillesse et Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général se trouvent en excédent de, respectivement, 0,03, 1,6 et 0,7 milliard d'euros. La branche Maladie se redresse également avec un déficit limité à 2,6 milliards d'euros. Le solde cumulé du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse est quant à lui limité à -4,2 milliards d'euros, contre -17,5 milliards d'euros en 2012.

Ce redressement devrait se poursuivre pendant les années à venir, avec une situation agrégée du régime général en excédent à hauteur de 2 milliards d'euros dès 2018, puis de 4,6 milliards d'euros en 2019 et de 7,4 milliards d'euros en 2020, la branche Maladie étant elle-même équilibrée à partir de 2019.

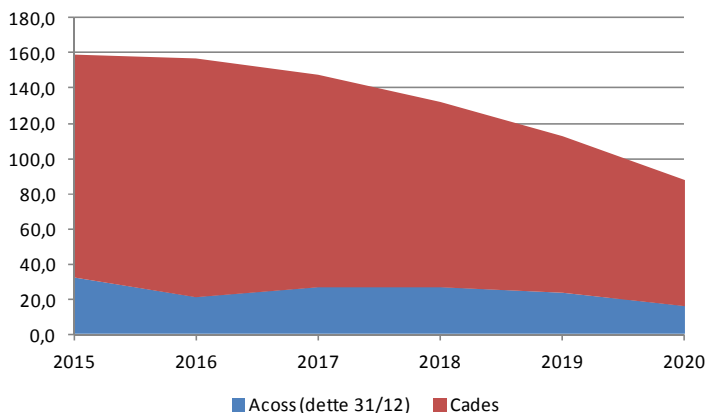
Ce retour à l'équilibre permet de maintenir les plafonds d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) à 33 milliards d'euros pour l'exercice 2017, soit un niveau inférieur à celui de 2015.

Le rééquilibrage du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) est également prévu, avec le début de la réduction de ses dépenses opéré dès 2017 en projet de loi de financement de la sécurité sociale, par un transfert vers les régimes d'assurance vieillesse, à hauteur de 1 milliard d'euros. Cela correspond à un recentrage du fonds sur ses missions de financement des dispositifs de solidarité. Le projet prévoit en effet la fin de la prise en charge du minimum contributif par le fonds d'ici 2020, permettant d'assurer l'équilibre de ses comptes à cette date. Ce transfert de dépense vers le régime Vieillesse est prévu de manière progressive entre 2017 et 2020.

Le retour à l'équilibre des comptes sociaux doit s'accompagner par ailleurs d'une poursuite du désendettement des organismes de sécurité sociale. À la fin 2016, la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) aura amorti 124,7 milliards d'euros. Le résultat annuel de la CADES en 2016, qui traduit sa capacité annuelle d'amortissement des déficits passés, couplé aux bons résultats financiers du portefeuille d'actifs du Fonds de réserve pour les retraites (FRR), ont fait plus que couvrir les déficits des régimes nés sur le même exercice, ce qui signifie que la dette sociale a commencé son reflux. Le retour à l'équilibre du régime général puis celui du FSV permettront d'accélérer ce désendettement.

Le graphique ci-dessous présente l'évolution de la dette portée par l'ACOSS, qui se réduit sous l'effet des excédents futurs du régime général, et celle portée par la CADES, amortie progressivement par cette dernière,

grâce aux ressources qui lui sont affectées, dans le respect des dispositions organiques qui interdisent le report de son horizon d’extinction, et oblige donc à affecter de nouvelles ressources, en cas de nouvelle reprise de dette. La date actuelle estimée d’amortissement complet de la dette portée par cette caisse a été révisée, dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, à 2024 au lieu de 2025.



II. – L’ensemble des branches du régime général affiche dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale un solde équilibré ou excédentaire, à l’exception de la branche maladie dont le déficit se réduit néanmoins

1. Les branches Vieillesse et Famille connaissent des excédents, grâce aux réformes engagées les années précédentes

Les branches Famille et Vieillesse sont également à l’équilibre, avec un solde prévu en 2017 à 0,03 milliard d’euros pour la branche Famille et à 1,6 milliard d’euros pour la branche Vieillesse. La modulation des allocations familiales prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, jouant à plein sur les années 2016 et 2017, contribue en grande partie à ce retour à l’équilibre. Pour les années suivantes, le solde de la branche Famille poursuit son amélioration, à 0,7 milliard d’euros en 2018, puis à 0,8 milliard d’euros en 2019 et à 1 milliard d’euros en 2020. Ces excédents permettront de contribuer davantage à la réduction des dettes accumulées.

Par ailleurs, pour la première fois depuis 2004, la Caisse nationale de l’assurance vieillesse des travailleurs salariés connaît en 2016 un excédent,

qui augmente encore en 2017 pour atteindre 1,6 milliard d'euros. Ce redressement trouve son origine à la fois dans les réformes structurelles successives qui ont permis de maîtriser l'évolution des dépenses (loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, modification des conditions de revalorisation des pensions), mais aussi dans les mesures de hausse modérée de cotisations, qui ont garanti la pérennité des régimes de retraites, dans un esprit de responsabilité.

Les excédents de la branche Vieillesse permettront notamment de rééquilibrer le Fonds de solidarité vieillesse, en absorbant progressivement le financement du minimum contributif d'ici 2020.

Enfin, les montants mis en réserve sur la section 3 du Fonds de solidarité vieillesse au titre du maintien à 65 ans de l'âge de départ à la retraite au taux plein pour les parents de trois enfants ou parents d'enfant handicapé prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 s'avèrent supérieurs aux besoins de financement de ce dispositif.

Cette section devrait disposer d'une réserve de 0,8 milliard d'euros au 31 décembre 2016, alors que le montant cumulé des dépenses qui seront supportées par les régimes n'excède pas 0,2 milliard d'euros. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 prévoit donc de supprimer cette section en transférant la charge des prestations aux régimes de base et en réalisant un prélèvement sur l'ensemble des réserves de cette section au profit du régime général

2. La branche Maladie du régime général voit son déficit se résorber progressivement, tout en préservant l'accès aux soins

La fixation d'un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en progression de 2,1 % par rapport à 2016 demeure un objectif ambitieux puisqu'il s'agit de réaliser 4,1 milliards d'euros d'économies, soit 0,7 milliard d'euros d'économies de plus qu'en 2016. La construction de l'objectif doit en effet faire face à trois chocs sur les dépenses tendanciennes l'année prochaine : l'entrée en vigueur de la nouvelle convention médicale négociée au cours de l'été 2016, qui prévoit notamment dès l'année prochaine une importante revalorisation tarifaire, la hausse en deux temps de la valeur du point d'indice de la fonction publique ainsi que les mesures concernant la transposition de l'accord sur les parcours professionnels, carrières et rémunérations des fonctionnaires et, enfin, l'impact de l'arrivée sur le marché de médicaments anticancéreux de nouvelle génération.

En réponse à l'accélération de ces dépenses, la construction de l'ONDAM pour 2017 s'appuie tout d'abord sur la continuité des actions lancées dans le cadre du plan triennal 2015-2017 déclinant la stratégie nationale de santé, avec une intensification du virage ambulatoire et des actions renforcées de maîtrise des dépenses des établissements de santé, notamment via la poursuite de l'optimisation des achats. Il s'agit également de poursuivre les actions de maîtrise médicalisée et d'une manière générale d'un renforcement de la pertinence du recours au système de soins. Enfin, face au défi de coût de l'innovation pharmaceutique pour la sécurité sociale et à la volonté réaffirmée du Gouvernement de garantir l'accès de tous aux thérapies les plus efficaces, le présent projet de loi met en place un Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique. En lissant dans le temps l'impact sur l'ONDAM du coût de ces nouveaux traitements, ce fonds va permettre à l'assurance maladie de continuer à assurer pleinement ses missions dans le respect d'un ONDAM pour 2017 qui demeure très maîtrisé.

Au delà du respect de la trajectoire financière de l'ONDAM, la modernisation de notre système de santé se poursuit.

Le présent projet de loi procède ainsi à une rénovation du modèle de financement des établissements de santé pour l'adapter aux enjeux actuels de l'offre de soins, en s'appuyant sur les recommandations formulées par M. Olivier Véran. Il s'agit notamment de faire évoluer les règles de tarification des activités à la frontière de l'hospitalisation de jour et l'activité externe des établissements sanitaires, des activités de soins critiques (réanimation, soins intensifs, surveillance continue) ou des activités hospitalières « isolées » (pour mieux tenir compte de certaines spécificités géographiques) ainsi que de procéder à quelques ajustements sur la montée en charge de la réforme de la tarification des soins de suite et réadaptation adoptée dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

L'accent est également placé sur le développement de nouvelles actions de prévention (concernant la prise en charge des jeunes en souffrance psychique). Enfin le présent projet de loi donne toute leur place aux assurés et à leurs représentants via une profonde réforme du financement des associations d'usagers consacrée par la création du Fonds national de la démocratie sanitaire.

III. – Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 porte également des réformes des prélèvements et des prestations visant à les moderniser et à simplifier leur mise en œuvre

1. La modernisation des prélèvements mise en œuvre dans ce projet de loi vise à les adapter aux nouveaux enjeux économiques, sanitaires et sociaux

La mise en œuvre du pacte de responsabilité et de solidarité se poursuit en 2017 en faveur de la compétitivité et de l'emploi par un relèvement du taux du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) de 6 à 7 %, ce qui représente un effort supplémentaire de 4 milliards d'euros.

Pour les travailleurs indépendants qui ne sont pas éligibles au CICE au titre de leur propre rémunération, elle se traduit par une réduction dégressive du taux des cotisations d'assurance maladie-maternité, actuellement fixé à 6,5 %, pour les travailleurs indépendants dont les revenus annuels sont inférieurs à 70 % du plafond annuel de la sécurité sociale pour un coût de 150 millions d'euros, qui s'ajoute à l'exonération de 1 milliard d'euros déjà mise en place en 2015.

Par ailleurs, le développement de l'économie numérique a permis l'émergence de nombreuses plateformes collaboratives dont la caractéristique commune est de proposer la mise à disposition ou l'échange de biens ou de services de pair à pair. Si le seul fait de réaliser des activités par le biais d'une plateforme numérique ne modifie pas la nature même de l'activité et ne doit donc pas impliquer un environnement juridique différent, dans un souci d'équité avec les activités comparables au sein de l'économie traditionnelle, il apparaît toutefois nécessaire de définir une frontière claire entre les revenus du patrimoine et les revenus d'activité, ce qui est opéré dans le projet de loi.

Afin d'accompagner les travailleurs indépendants dans l'application du droit social, les démarches administratives et sociales permettant l'affiliation, l'assujettissement et le recouvrement des cotisations sociales des travailleurs indépendants ayant recours à ces plateformes d'intermédiation pour des activités de faible volume seront facilitées.

Enfin, la lutte contre le tabagisme est un axe marquant du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017. Le tabac est l'une des premières causes de mortalité évitable en France. Le Gouvernement institue donc une contribution sociale permettant de faire contribuer l'industrie du tabac aux externalités négatives qu'elle engendre et, en complément de sa politique de santé publique, augmente significativement les droits perçus sur le tabac à rouler afin d'éloigner les jeunes du tabac.

La création d'une taxe assise sur le chiffre d'affaires des fournisseurs agréés de produits du tabac apportera ainsi 130 millions d'euros au fonds de lutte contre le tabagisme. En s'attachant à révéler les capacités contributives des industriels du secteur, cette taxe limitera les possibilités d'optimisation fiscale au sein de ce marché oligopolistique.

La seconde mesure cible le tabac à rouler, produit qui tend à se substituer à la cigarette et dont la fiscalité est pourtant moindre. Cet écart de fiscalité se traduit dans les prix du tabac à rouler, de 26 % inférieurs en moyenne à ceux des cigarettes. Il s'agit d'aligner le poids de la fiscalité sur les produits du tabac à rouler sur celui constaté sur les cigarettes.

2. Différentes réformes visent à simplifier les démarches des assurés et des cotisants

Le Gouvernement porte une attention constante depuis 2012 à l'amélioration des conditions de recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants affiliés au régime social des indépendants (RSI). Très récemment, il a lancé un plan de vingt actions concrètes visant à améliorer durablement les relations entre le RSI et ses plus de six millions d'assurés.

Un comité de suivi de ces vingt mesures a été institué, présidé par le député Fabrice Verdier et composé de personnes indépendantes, notamment des assurés eux-mêmes.

Ces actions ont permis de rétablir dans la durée un fonctionnement sécurisé du recouvrement des cotisations sociales, après plusieurs années de dysfonctionnements liés à la mise en place en 2008 de la répartition des compétences entre les réseaux du RSI et des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale (URSSAF) dénommée « interlocuteur social unique » (ISU). Cette réforme avait créé une organisation complexe, fondée sur un fractionnement des tâches impraticable entre caisses de base du RSI et URSSAF. Le cadre d'intervention des deux réseaux tel qu'issu de l'ordonnance portant création de l'« interlocuteur social unique » ne correspond plus ni aux besoins des travailleurs indépendants ni aux pratiques de travail des deux réseaux. Afin de garantir une organisation simple et un pilotage unifié, autour d'une structure unique et dédiée, du recouvrement des cotisations dues par les travailleurs indépendants ainsi qu'une qualité de services suffisante aux assurés, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 instaure une organisation nouvelle de ce dispositif de recouvrement :

1° En supprimant les mécanismes complexes de fractionnement de compétences entre les deux réseaux, pour établir leur coresponsabilité entière sur la totalité des missions de recouvrement des cotisations et contributions des artisans et commerçants ;

2° En créant une structure de pilotage national dédiée, conduite par un directeur national, responsable de la performance du recouvrement et de la qualité du service rendu aux cotisants, et placée sous l'autorité du directeur général du RSI et du directeur de l'ACOSS et s'appuyant sur des responsables locaux.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 vise également à simplifier l'organisation de la protection sociale pour les professions libérales en faisant progressivement bénéficier les futurs créateurs d'entreprises de la même couverture sociale que les artisans et commerçants, caractérisée par le bénéfice d'indemnités journalières et de droits à retraite plus élevés. Les entrepreneurs actuels relevant des mêmes professions pourront exercer un droit d'option afin de rejoindre cette nouvelle organisation.

3. La lutte contre la fraude et contre le travail dissimulé est renforcée

La lutte contre la fraude constitue une priorité du Gouvernement en raison de son coût, mais également parce que la fraude prive de droit les personnes qui en sont victimes. À cet égard, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 propose différentes évolutions.

Face à l'intervention d'un nombre croissant de travailleurs détachés en France, le Gouvernement a souhaité prendre des mesures pour faciliter la vérification de la situation de ces travailleurs au regard de la sécurité sociale. Lorsque les travailleurs relèvent de la législation de sécurité sociale d'un autre État, ces derniers et leur employeur, ainsi que l'éventuel donneur d'ordres doivent être en mesure de produire les formulaires en attestant.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 prévoit donc que ces formulaires devront être tenus à disposition des agents en charge de lutte contre le travail dissimulé, sous peine d'une pénalité. Cela permettra d'éviter des procédures longues et inutiles contre des entreprises qui respectent les règles, en poursuivant plus rapidement et efficacement celles qui les méconnaissent.

Le texte vise également à intégrer de nouveaux partenaires pour l'alimentation et la consultation du répertoire national commun de la

protection sociale, notamment la Caisse des Français de l'étranger (CFE). L'intégration des données détenues par la CFE dans cette base de données permettra d'éviter les doubles rattachements et de garantir la continuité des droits en cas de changement de situation.

Enfin, l'opposition à tiers détenteur initialement créée au bénéfice des organismes de recouvrement est étendue aux branches prestataires du régime général ainsi qu'aux régimes spéciaux. Ces organismes pourront ainsi bénéficier d'une modalité de recouvrement forcé, ce qui permettra de sauvegarder certaines créances frauduleuses pour lesquelles, actuellement, les délais de procédure laissent le temps au débiteur d'organiser son insolvabilité.

Prévisions de recettes et objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et des organismes concourant au financement de ces régimes

Recettes, dépenses et soldes du régime général

(En milliards d'euros)

	2016	2017	2018	2019	2020
Maladie					
Recettes	195,8	203,2	209,1	215,4	221,9
Dépenses	199,8	205,9	209,9	214,1	218,2
Solde	-4,1	-2,6	-0,9	1,3	3,7
Accidents du travail et maladies professionnelles					
Recettes	12,7	12,8	13,8	14,1	14,0
Dépenses	12,0	12,1	12,2	12,3	12,5
Solde	0,7	0,7	1,6	1,8	1,6
Famille					
Recettes	48,7	49,9	51,4	52,6	53,9
Dépenses	49,7	49,9	50,7	51,7	53,0
Solde	-1,0	0,0	0,7	0,8	1,0
Vieillesse					
Recettes	124,0	126,5	129,1	133,4	138,7
Dépenses	122,9	125,0	128,5	132,7	137,6
Solde	1,1	1,6	0,6	0,7	1,1
Toutes branches consolidées					
Recettes	368,2	379,5	390,3	402,1	415,0
Dépenses	371,6	379,9	388,2	397,5	407,6
Solde	-3,4	-0,4	2,1	4,6	7,4

Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(En milliards d'euros)

	2016	2017	2018	2019	2020
Maladie					
Recettes	197,0	204,5	210,3	216,6	223,2
Dépenses	201,1	207,1	211,2	215,3	219,5
Solde	-4,0	-2,6	-0,9	1,3	3,7
Accidents du travail et maladies professionnelles					
Recettes	14,1	14,2	15,3	15,5	15,5
Dépenses	13,4	13,5	13,6	13,7	13,9
Solde	0,7	0,7	1,7	1,8	1,6
Famille					
Recettes	48,7	49,9	51,4	52,6	53,9
Dépenses	49,7	49,9	50,7	51,7	53,0
Solde	-1,0	0,0	0,7	0,8	1,0
Vieillesse					
Recettes	228,3	232,2	236,8	243,5	251,4
Dépenses	227,1	230,6	236,4	243,3	251,3
Solde	1,2	1,6	0,4	0,1	0,1
Toutes branches consolidées					
Recettes	474,4	487,1	499,9	514,1	529,7
Dépenses	477,6	487,4	498,0	510,1	523,3
Solde	-3,1	-0,3	1,9	4,0	6,4

Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	2016	2017	2018	2019	2020
Recettes	16,5	15,7	16,2	16,7	17,3
Dépenses	20,3	19,6	18,8	18,0	17,0
Solde	-3,8	-3,8	-2,6	-1,3	0,3

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

I. – Recettes par catégorie et par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

Exercice 2017

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail/ maladies profession -nelles	Régimes de base	Fonds de solidarité vieillesse	Régimes de base et Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives	91,7	134,1	30,5	13,3	267,8	0,0	267,8
Cotisations prises en charge par l'État ..	3,3	2,7	1,0	0,1	7,1	0,0	7,1
Cotisations fictives d'employeur	0,4	39,1	0,0	0,3	39,8	0,0	39,8
Contribution sociale généralisée	70,9	0,0	10,2	0,0	80,8	9,6	90,3
Impôts, taxes et autres contributions sociales	32,5	19,3	7,5	0,0	59,3	6,5	65,8
Charges liées au non-recouvrement	-1,1	-0,6	-0,3	-0,2	-2,3	0,0	-2,3
Transferts	3,0	37,4	0,4	0,1	29,1	0,0	10,0
Produits financiers	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Autres produits	3,9	0,3	0,7	0,5	5,4	-0,3	5,2
Recettes	204,5	232,2	49,9	14,2	487,1	15,7	483,7

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

Exercice 2017

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail/ maladies professionnelles	Régime général	Fonds de solidarité vieillesse	Régime général et Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives	90,9	80,7	30,5	12,4	212,8	0,0	212,8
Cotisations prises en charge par l'État ..	3,3	2,4	1,0	0,1	6,7	0,0	6,7
Cotisations fictives d'employeur.....	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée	70,9	0,0	10,2	0,0	80,8	9,6	90,3
Impôts, taxes et autres contributions sociales.....	32,5	14,6	7,5	0,0	54,6	6,5	61,0
Charges liées au non-recouvrement	-1,1	-0,5	-0,3	-0,2	-2,1	-0,3	-2,4
Transferts	3,0	29,1	0,4	0,0	21,4	0,0	3,9
Produits financiers.....	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits.....	3,9	0,3	0,7	0,5	5,3	0,0	5,3
Recettes	203,2	126,5	49,9	12,8	379,5	15,7	377,6

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

Exercice 2017

(En milliards d'euros)

	Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives	0,0
Cotisations prises en charge par l'État	0,0
Cotisations fictives d'employeur.....	0,0
Contribution sociale généralisée	9,6
Impôts, taxes et autres contributions sociales.....	6,5
Charges liées au non-recouvrement	-0,3
Transferts.....	0,0
Produits financiers.....	0,0
Autres produits	0,0
Total	15,7

*Vu pour être annexé au projet de loi adopté
par l'Assemblée nationale dans sa séance du 5 décembre 2016.*

Le Président,
Signé : CLAUDE BARTOLONE

ISBN 978-2-11-144238-2



9 782111 442382

ISSN 1240 - 8468