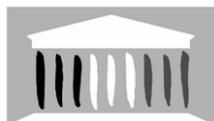


Document
mis en distribution
le 16 octobre 2006



N° 3362

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 11 octobre 2006.

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2007,

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

PRÉSENTÉ

AU NOM DE M. DOMINIQUE DE VILLEPIN,

Premier ministre,

PAR M. XAVIER BERTRAND,

ministre de la santé et des solidarités

PROJET DE LOI

Le Premier ministre,
Sur le rapport du ministre de la santé et des solidarités,
Vu l'article 39 de la Constitution,

Décète :

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, délibéré en Conseil des ministres après avis du Conseil d'État, sera présenté à l'Assemblée nationale par le ministre de la santé et des solidarités qui est chargé d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion.

PREMIÈRE PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2005

Article 1^{er}

- ① Au titre de l'exercice 2005, sont approuvés :
- ② 1° Le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

③

	<i>Recettes</i>	<i>Dépenses</i>	<i>Solde</i>
<i>Maladie</i>	<i>141,8</i>	<i>149,9</i>	<i>- 8,1</i>
<i>Vieillesse</i>	<i>154,8</i>	<i>156,4</i>	<i>- 1,6</i>
<i>Famille</i>	<i>50,5</i>	<i>51,7</i>	<i>- 1,2</i>
<i>Accidents du travail et maladies professionnelles</i>	<i>10,4</i>	<i>10,8</i>	<i>- 0,4</i>
<i>Toutes branches (hors transferts entre branches)</i>	<i>352,3</i>	<i>363,7</i>	<i>- 11,4</i>

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

(En milliards d'euros)

⑤	<i>Recettes</i>	<i>Dépenses</i>	<i>Solde</i>
<i>Maladie</i>	121,0	129,0	- 8,0
<i>Vieillesse</i>	78,8	80,7	- 1,9
<i>Famille</i>	50,0	51,4	- 1,3
<i>Accidents du travail et maladies professionnelles</i>	9,0	9,4	- 0,4
<i>Toutes branches (hors transferts entre branches)</i>	253,9	265,5	- 11,6

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

(En milliards d'euros)

⑦	<i>Recettes</i>	<i>Dépenses</i>	<i>Solde</i>
<i>Fonds de solidarité vieillesse (FSV)</i>	12,6	14,6	- 2,0
<i>Fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (FFIPSA)</i>	14,3	15,7	- 1,4
<i>Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie</i>	0,5	0,5	0,0

- ⑧ 4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 135,1 milliards d'euros ;

- ⑨ 5° Les recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites, s'élevant à 1,5 milliard d'euros ;

- ⑩ 6° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 2,6 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Par rapport aux tableaux d'équilibre présentés dans la partie rectificative de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 (article 3), il est constaté une amélioration des soldes 2005 du régime général (+ 0,3 milliard d'euros), du fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA : + 0,3 milliard d'euros), ainsi que de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (+ 1,5 milliard d'euros).

Les modifications du solde du régime général résultent de l'amélioration du solde de la branche maladie, les écarts sur les autres branches se compensant. Celles affectant le FFIPSA

proviennent en grande partie d'un surplus de recettes sur les droits de consommation sur les tabacs en fin d'année 2005 (+ 300 millions d'euros pour la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), + 360 millions d'euros pour le FFIPSA).

Le solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale s'améliore de 1,5 milliard d'euros. La plus grande partie de cet écart (soit 1,1 milliard d'euros portant sur les branches maladie et vieillesse) s'explique par le choix comptable opéré au moment de la clôture des comptes du régime des exploitants agricoles : contrairement à la présentation de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2006 qui reportait le déséquilibre du financement de ce régime à la fois dans les comptes de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)-exploitants agricoles (intégré à l'agrégat tous régimes) et dans ceux du FFIPSA, dans les comptes définitifs arrêtés pour l'année 2005 et repris dans le présent article, ce report n'est plus effectué qu'une seule fois, au sein du FFIPSA. Le reste de la révision des soldes sur le champ « tous régimes » provient de l'amélioration constatée pour le régime général décrite ci-dessus.

Les autres montants relatifs à l'exercice 2005 sont proches de ceux figurant aux articles 4 et 8 de la loi de financement pour 2006. Le montant de la dette amortie par la CADES a été légèrement supérieur à l'objectif présenté en LFSS pour 2006 (+ 0,1 milliard d'euros). Cette amélioration est le fait de bonnes conditions financières et d'une reprise du déficit de l'assurance maladie de l'exercice 2005 inférieure à celle envisagée initialement.

Article 2

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits constatés à l'occasion de l'approbation, à l'article 1^{er} de la présente loi, des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2005.

DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2006

Section 1

Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale

Article 3

① Au titre de l'année 2006, sont rectifiées, conformément aux tableaux qui suivent :

② 1° Les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

③	<i>Prévisions de recettes</i>	<i>Objectifs de dépenses</i>	<i>Solde</i>
<i>Maladie</i>	159,3	165,2	- 5,9
<i>Vieillesse</i>	161,0	162,7	- 1,6
<i>Famille</i>	52,5	53,6	- 1,2
<i>Accidents du travail et maladies professionnelles</i>	11,1	11,1	0,0
<i>Toutes branches (hors transferts entre branches)</i>	378,8	387,6	- 8,8

④ 2° Les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

⑤	<i>Prévisions de recettes</i>	<i>Objectifs de dépenses</i>	<i>Solde</i>
<i>Maladie</i>	136,7	142,7	- 6,0
<i>Vieillesse</i>	82,4	84,7	- 2,4
<i>Famille</i>	52,0	53,3	- 1,3
<i>Accidents du travail et maladies professionnelles</i>	9,8	9,8	0,0
<i>Toutes branches (hors transferts entre branches)</i>	275,9	285,6	- 9,7

⑥ 3° Les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

⑦	<i>Prévisions de recettes</i>	<i>Prévisions de charges</i>	<i>Solde</i>
<i>Fonds de solidarité vieillesse</i>	13,4	14,6	- 1,2

(FSV)			
Fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (FFIPSA)	14,4	16,3	- 1,9

Exposé des motifs

Par rapport aux tableaux d'équilibre pour l'exercice 2006 présentés dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 (articles 27 à 29), deux modifications techniques sont intervenues : l'une relative au compte des exploitants agricoles (*cf* exposé des motifs de l'article 1^{er}) affectant le solde sur le champ « tous régimes » de 1,8 milliard en 2006 (branches maladie et vieillesse) et l'autre liée au schéma de comptabilisation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) finalement adopté pour 2006. Neutre pour le solde, cette dernière modification accroît symétriquement les recettes et les dépenses de la branche maladie (régime général et tous régimes) du montant de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social, soit 11 milliards d'euros.

Le solde de la branche vieillesse se dégrade essentiellement sous l'effet de la dynamique des départs anticipés (salariés de moins de soixante ans ayant débuté leur carrière jeunes et disposant d'un nombre de trimestres validés suffisant).

Pour le reste, les soldes sont conformes aux objectifs figurant dans la LFSS 2006. C'est tout particulièrement le cas pour la branche maladie du régime général dont le déficit devrait atteindre 6 milliards d'euros en 2006, soit environ la moitié du déficit 2004.

Article 4

Au III de l'article 60 de la loi n°2005-1579 de financement de la sécurité sociale pour 2006, les mots : « 165 millions » sont remplacés par les mots : « 115 millions » et les mots : « 110 millions » sont remplacés par les mots : « 60 millions ».

Exposé des motifs

Le 5 septembre 2006, le Gouvernement a confirmé sa volonté de maîtriser les comptes de l'assurance maladie et d'assurer le respect de l'ONDAM pour 2006.

Ont notamment été annoncées des économies sur le fonds d'aide à la qualité des soins de ville à hauteur de 50 millions, compte tenu de la sous-consommation des crédits. La présente disposition législative se propose donc de rectifier la dotation et le plafond de dépenses du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) fixés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

Article 5

- ① Une contribution exceptionnelle de régulation assise sur le chiffre d'affaires hors taxes pour l'année civile 2006 réalisé en France auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières au titre des spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale est due par les entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques ainsi que par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique.
- ② Le montant des ventes de médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins n'est pas inclus dans l'assiette de la contribution.
- ③ Pour la détermination de l'assiette de la contribution, il n'est tenu compte que de la partie du prix de vente hors taxes aux officines inférieure à un montant de 150 euros augmenté de la marge maximum que les entreprises visées à l'alinéa précédent sont autorisées à percevoir sur cette somme en application de l'arrêté prévu à l'article L. 162-38 du code de la sécurité sociale.
- ④ L'assiette de la contribution est composée de deux parts. Une première part est constituée par le chiffre d'affaires hors taxe réalisé par l'entreprise au cours de l'année 2006 ; une seconde part est constituée par la différence entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de 2006 et celui réalisé au cours de l'année 2005. Le montant de la contribution est calculé

en appliquant un taux de 0,28 % à la première part et un taux de 1,5 % à la seconde part. Si cette dernière est négative, le produit de la seconde part s'impute sur le produit de la première part. La contribution totale ne peut cependant être négative.

- ⑤ La contribution est recouvrée le 1^{er} septembre 2007 dans les conditions prévues aux articles L. 138-20 à L. 138-23 du code de la sécurité sociale. Son produit est réparti dans les conditions prévues à l'article L. 162-37 du code de la sécurité sociale.

Exposé des motifs

Le rapport annuel de juin 2006 du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a souligné le coût important de la distribution de médicaments en France et la nécessité de réguler davantage les marges de distribution. Le rapport précise en effet que : « *le système de distribution engendre des coûts significatifs : 30 % du coût des médicaments délivrés en officine pour un coût unitaire de 2,7 € par boîte (...) Il convient de procéder régulièrement à une analyse de fond de ce système pour en vérifier le bien fondé et en actualiser les fondements et mesures de mise en œuvre* ». Une baisse des marges de distribution en gros et au détail du médicament serait justifiée, mais elle aura un rendement faible en 2006 du fait des délais de « revignettage » et d'écoulement des stocks aux anciens prix.

Il est donc proposé une mesure exceptionnelle de régulation pour 2006 sur les ventes en gros de produits pharmaceutiques, qui touchera principalement les grossistes-répartiteurs. Elle passe par une augmentation exceptionnelle de 0,28 point de leur contribution sur le chiffre d'affaires au titre de l'article L. 138-1 du code de la sécurité sociale et de 1,5 % sur la part variable pour tenir compte de l'évolution d'activité des entreprises.

Le rendement attendu de la mesure serait de cinquante millions d'euros.

Article 6

- ① I. – Au titre de l'année 2006, l'objectif d'amortissement rectifié de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 2,8 milliards d'euros.

- ② II. – Au titre de l'année 2006, les prévisions rectifiées des recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites sont fixées à 1,6 milliard d'euros.

Exposé des motifs

En 2006, les montants dont bénéficie le fonds de réserve pour les retraites (FRR) sont légèrement plus élevés que ceux prévus dans la LFSS 2006 (article 30). En effet le produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital qui lui est affecté atteint environ 1,5 milliards d'euros. Cette forte hausse entre 2005 et 2006 est liée d'une part, à une bonne tenue des marchés financiers et, d'autre part, à la mesure concernant les plans d'épargne logement (PEL) prévue par l'article 10 de la LFSS pour 2006. Le FSV et la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) n'étant pas excédentaires en 2005, aucun versement au FRR n'a pu intervenir en provenance de ces organismes.

Pour la CADES, l'objectif d'amortissement a également été revu à la hausse de plus de 10 %, sous le double effet de recettes de contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) plus importantes que prévues (mesure PEL) et d'une reprise du déficit de l'assurance maladie de l'exercice 2005 inférieure à celle envisagée initialement.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

Article 7

- ① I. – Au titre de l'année 2006, les prévisions rectifiées des objectifs de dépenses, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale sont fixées à :

②

(En milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses
Maladie	165,2
Vieillesse	162,7
Famille	53,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	387,6

- ③ II. – Au titre de l'année 2006, les prévisions rectifiées des objectifs de dépenses, par branche, du régime général de sécurité sociale sont fixées à :

(En milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses
Maladie	142,7
Vieillesse	84,7
Famille	53,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	9,8
Toutes branches (hors transferts entre branches)	285,6

Exposé des motifs

Par rapport aux objectifs de dépenses tableaux pour l'exercice 2006 présentés dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 (articles 66, 78, 84, et 91, repris également dans les articles 27 et 28), une modifications technique est intervenue. Elle porte sur la branche assurance maladie et est liée au schéma de comptabilisation de la CNSA. Neutre pour le solde, cette modification accroît symétriquement les recettes et les dépenses de la branche maladie (régime général et tous régimes) du montant de l'ONDAM médico-social, soit 11 milliards d'euros.

En dehors de ces modifications techniques, les objectifs de dépenses pour 2006 ont été réévalués, principalement pour la maladie, en lien avec la révision de 740 millions d'euros de l'ONDAM et, pour la branche vieillesse, du fait du dynamisme des départs à la retraite.

Article 8

- ① Au titre de l'année 2006, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie rectifié de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à :

(En milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses
Dépenses de soins de ville	66
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	46
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	17,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	4,4
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	6,6
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	0,6
Total	141,3

Exposé des motifs

La loi de financement pour 2006 avait fixé l'objectif national de dépenses d'assurance maladie à 140,7 milliards d'euros. Le dépassement prévisionnel est estimé par la commission des comptes de la sécurité sociale à 740 millions d'euros. Celui-ci résulte principalement d'un dépassement du sous-objectif des soins de ville, en dépit d'une modération sensible des dépenses qui devraient progresser de 1,5 % par rapport à 2006. La commission des comptes note également un risque de dépassement des dépenses des établissements de santé, d'une ampleur plus modeste.

Le présent article rectifie l'objectif national des dépenses d'assurance maladie au regard de ces prévisions.

TROISIÈME PARTIE
**DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES
ET A L'EQUILIBRE GENERAL POUR 2007**

Article 9

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2007-2010), 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.

Section 1

**Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires
de base et des organismes concourant à leur financement**

Article 10

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② A. – Le deuxième alinéa de l'article L. 131-6 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ③ « Le revenu professionnel pris en compte est celui retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu avant les déductions et exonérations mentionnées aux articles 44 *sexies*, 44 *octies*, 44 *octies* A et 44 *undecies* et au deuxième alinéa du I de l'article 154 *bis* du code général des impôts, à l'exception des cotisations versées aux régimes facultatifs par les assurés ayant adhéré à ces régimes avant la date d'effet de l'article 24 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle. Il n'est pas tenu compte des reports déficitaires, des amortissements réputés différés au sens du 2° du 1 de l'article 39 du code général des impôts, des plus-values et moins-values professionnelles à long terme, des provisions mentionnées aux articles 39 *octies* E et 39 *octies* F du code général des impôts et du coefficient multiplicateur mentionné au 7 de l'article 158 du même code. »
- ④ B. – Le deuxième alinéa de l'article L. 136-3 est remplacé par les dispositions suivantes :

- ⑤ « La contribution est assise sur les revenus déterminés par application des dispositions de l'article L. 131-6. Les cotisations personnelles de sécurité sociale mentionnées à l'article 154 *bis* du code général des impôts ainsi que les sommes mentionnées aux articles L. 441-4 et L. 443-8 du code du travail et versées au bénéfice de l'employeur et du travailleur indépendant sont ajoutées au bénéfice pour le calcul de la contribution, à l'exception de celles prises en compte dans le revenu défini à l'article L. 131-6. »
- ⑥ C. – Les deux premières phrases du troisième alinéa du I de l'article L. 136-4 sont remplacées par les dispositions suivantes :
- ⑦ « Pour la détermination des revenus mentionnés au précédent alinéa, il n'est pas tenu compte des reports déficitaires, des amortissements réputés différés au sens du 2° du 1 de l'article 39 du code général des impôts, des plus-values et moins-values professionnelles à long terme, des modalités d'assiette mentionnées aux articles 75-0 A et 75-0 B du code général des impôts ainsi que du coefficient multiplicateur mentionné au 7 de l'article 158 du même code. Les revenus sont majorés des déductions et abattements mentionnés aux articles 44 *sexies*, 44 *undecies* et 73 B du code général des impôts ainsi qu'aux articles 238 *bis* HA à 238 *bis* HC, des cotisations personnelles de sécurité sociale de l'exploitant, de son conjoint et des membres de sa famille ainsi que des sommes mentionnées aux articles L. 441-4 et L. 443-8 du code du travail et versées au bénéfice des intéressés, à l'exception de celles prises en compte dans le revenu défini à l'article L. 731-14 du code rural. »
- ⑧ II. – Le troisième alinéa de l'article L. 731-15 du code rural est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑨ « Il n'est pas tenu compte des reports déficitaires, des plus-values et moins-values professionnelles à long terme, des modalités d'assiette qui résultent d'une option du contribuable et du coefficient multiplicateur mentionné au 7 de l'article 158 du code général des impôts. »
- ⑩ III. – Le code général des impôts est ainsi modifié :
- ⑪ 1° Au troisième alinéa du 1 de l'article 50-0, les taux : « 68 % » et « 45 % » sont remplacés, respectivement, par les taux : « 71 % » et : « 50 % » ;

- ⑫ 2° Au premier alinéa du 1 de l'article 102 *ter*, le taux : « 25 % » est remplacé par le taux : « 34 % ».
- ⑬ IV. – Les dispositions du présent article s'appliquent pour la première fois pour l'imposition des revenus et le calcul des cotisations et contributions assises sur les revenus de l'année 2006.

Exposé des motifs

Les mesures proposées adaptent l'assiette des cotisations et contributions de sécurité sociale des professions indépendantes à la réforme de l'impôt sur le revenu prévue par la loi de finances pour 2006.

En effet, le revenu professionnel servant d'assiette aux cotisations et contributions de sécurité sociale des professions indépendantes correspond, sous certaines réserves, au revenu retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu. Pour ne pas pénaliser les travailleurs indépendants concernés par les mesures de correction d'assiette prises dans le cadre de la réforme du barème de l'impôt sur le revenu, il est proposé de neutraliser la hausse mécanique de l'assiette de cotisations et contributions de sécurité sociale pour les contribuables qui, sur le plan fiscal, voient désormais s'appliquer un coefficient multiplicateur (personnes non adhérentes à un centre ou à une association de gestion agréés, chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole relevant du régime du forfait).

Par ailleurs, dans le même esprit, les taux d'abattement forfaitaire appliqués au chiffre d'affaires ou aux recettes des contribuables titulaires de bénéfices industriels et commerciaux ou de bénéfices non commerciaux relevant des régimes dits « micro » fixés par les articles 50-0 et 102 *ter* du code général des impôts sont augmentés pour revenir à des niveaux très proches de ceux qui étaient applicables avant la réforme du barème de l'impôt réalisée par la loi de finances pour 2006.

Dans l'objectif de traiter également les mandataires sociaux rattachés à un régime de sécurité sociale de salariés, pour lesquels les sommes attribuées au titre de l'intéressement sont d'ores et déjà assujetties à la contribution sociale généralisée (CSG), il est proposé de procéder de même s'agissant des mandataires sociaux relevant des régimes des travailleurs non salariés, agricoles et non agricoles, dès lors qu'en application de

la loi du 26 juillet 2005 pour la confiance et la modernisation de l'économie les intéressés peuvent également bénéficier d'un accord d'intéressement.

Enfin, par analogie avec des dispositions des articles L. 131-6, L. 136-3 dans sa rédaction antérieure au présent article et L. 136-4 du code de la sécurité sociale, il est proposé d'inclure dans l'assiette des cotisations et contributions de sécurité sociale les revenus des dirigeants des entreprises installées en zone franche urbaine (ZFU) ou dans des zones de recherche et de développement soumis à l'impôt sur le revenu mais exonérés de cet impôt, respectivement en application des articles 44 *octies* A et 44 *undecies* du code général des impôts.

Article 11

- ① I. – Après le huitième alinéa de l'article L. 351-24 du code du travail, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :
- ② « 8° Les personnes physiques créant une entreprise implantée au sein d'une zone urbaine sensible ;
- ③ « 9° Les bénéficiaires du complément de libre choix d'activité mentionné à l'article L. 531-4 du code de la sécurité sociale. »
- ④ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑤ 1° L'article L. 161-1 est abrogé ;
- ⑥ 2° Au premier alinéa de l'article L. 161-1-1, les mots : « 1° à 7° de l'article L. 351-24 du code du travail » sont remplacés par les mots : « 1° à 9° de l'article L. 351-24 du code du travail ».
- ⑦ III. – Les personnes pour lesquelles, à la date du 1^{er} janvier 2007, le délai prévu à l'article L. 161-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, n'a pas expiré, peuvent bénéficier, si elles en remplissent les conditions, de la prolongation d'exonération mentionnée à l'article L. 161-1-1 du même code.
- ⑧ IV. – Aux premier et au onzième alinéas de l'article L. 351-24 du code du travail, les mots : « aux articles L. 161-1 et L. 161-1-1 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 161-1-1 ».

Exposé des motifs

Cet article s'inscrit dans le cadre de la politique du Gouvernement en faveur de la création d'entreprise et de la troisième phase de la bataille pour l'emploi en direction des publics et des territoires les plus touchés par le chômage.

Les mesures proposées concrétisent les engagements du Gouvernement pris à l'occasion du comité interministériel de lutte contre l'exclusion du 12 mai 2006 et du séminaire de Troyes du 31 août 2006.

Le I a pour objet d'étendre le dispositif de l'aide aux chômeurs créateurs d'entreprise à de nouveaux bénéficiaires éloignés de l'emploi : les créateurs implantant leur entreprise en zone urbaine sensible et les allocataires du complément de libre choix d'activité.

Le II a pour objet d'étendre aux chômeurs indemnisés créateurs ou repreneurs d'entreprise la prolongation de l'exonération attachée à l'aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'une entreprise (ACCRES) depuis la loi du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale, s'ils en remplissent les conditions.

Le présent projet d'article abroge donc l'article L. 161-1 du code de la sécurité sociale et supprime ainsi tout motif de confusion possible avec l'article L. 161-1-1 du même code dans l'application de la législation de la sécurité sociale. Cette simplification permettra à tous les créateurs d'entreprises d'être affiliés immédiatement au régime de protection sociale dont ils dépendent en fonction de leur statut (régime social des indépendants ou régime général).

Une mesure transitoire de rattrapage est proposée afin de permettre aux chômeurs indemnisés dont l'année initiale d'exonération de cotisations prévue par l'article L. 161-1 du code de la sécurité sociale n'est pas achevée à la date d'effet du présent article de bénéficier de cette prolongation.

Des mesures réglementaires seront prises par ailleurs afin de simplifier le dossier de demande de l'ACCRES et d'autoriser son dépôt dans un délai de quelques semaines après la date de création de l'entreprise.

Article 12

- ① I. – La dernière phrase de l'article L. 129-1 du code du travail est remplacée par les dispositions suivantes :
- ② « Toutefois, les associations intermédiaires, les communes, les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, les établissements publics de coopération intercommunale compétents, ainsi que les organismes publics ou privés gestionnaires d'un établissement ou d'un service autorisé au titre du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, peuvent être agréés au titre du présent article pour leurs activités d'aide à domicile. Peuvent également être agréés les établissements publics relevant de l'article L. 6141-1 du code de la santé publique, ainsi que les organismes publics ou privés gestionnaires d'un établissement ou d'un service mentionné au premier ou au deuxième alinéa de l'article L. 2324-1 du code de la santé publique, pour leurs activités d'aide à domicile rendues aux personnes mentionnées au premier alinéa. Peuvent aussi être agréées les résidences-services relevant du chapitre IV *bis* de la loi n° 65-557 du 10 juillet 1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis, pour les services d'aide à domicile rendus aux personnes mentionnées au premier alinéa qui y résident. »
- ③ II. – Au III *bis* de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, les mots : « par des associations ou des entreprises de services à la personne » sont remplacés par les mots : « par des personnes ».
- ④ III. – Le troisième alinéa de l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles est remplacé par les dispositions suivantes : « 2° Soit à l'agrément prévu à l'article L. 129-1 du code du travail ».
- ⑤ IV. – Le IV de l'article L. 741-27 du code rural est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑥ « IV. – Les dispositions du III *bis* de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale sont applicables aux cotisations patronales d'assurances sociales, d'accidents du travail et d'allocations familiales dues sur les rémunérations des salariés affiliés au régime de protection sociale agricole, employés par les personnes et dans les conditions mentionnées à cet article. »

Exposé des motifs

Le présent article s'inscrit dans la continuité de la politique conduite par le Gouvernement pour développer les services à la personne, notamment en faveur des personnes âgées.

Il s'agit, d'une part, d'apporter une sécurité juridique à différentes structures intervenant historiquement dans le domaine de l'aide à domicile et jouant un rôle essentiel auprès des publics vulnérables, et, d'autre part, d'encourager le développement de nouvelles formes de logement comme les résidences-services pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées, conformément aux objectifs du plan de solidarité grand âge présenté le 27 juin 2006.

Le I de l'article permet d'inclure sans ambiguïté dans le champ de l'agrément prévu à l'article L. 129-1 du code du travail, pour l'ensemble de leurs activités à domicile, notamment auprès des personnes vulnérables, certains organismes qui, antérieurement au vote de la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale, pouvaient être agréés en application de consignes de tolérance permettant de déroger à la condition d'activité exclusive.

Sont intéressés certains organismes qui sont parfois en zone rurale les seuls opérateurs à offrir un service d'aide à domicile aux personnes âgées et aux personnes handicapées (centres communaux ou intercommunaux d'action sociale et autres établissements publics), ais aussi les organismes sociaux et médico-sociaux qui gèrent, outre leur activité d'aide à domicile relevant de l'agrément, une activité au titre du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou de l'article L. 2324-1 du code de la santé publique (Croix-Rouge, association des paralysés de France, autres associations de plus petite taille qui, afin d'assurer une prise en charge globale, proposent un service de soins infirmiers à domicile et un service d'aide et d'accompagnement à domicile).

Cette modification législative permettra par ailleurs de sécuriser pour ces différents organismes l'exercice, comme mandataire, d'activités de services à domicile auprès de personnes vulnérables, en les soumettant aux exigences prévues par le code du travail pour prétendre à l'agrément relatif à la qualité du service.

Sont également intéressées les résidences-services, auxquelles l'article permettra de bénéficier des avantages liés à l'agrément, ce qui encouragera leur développement conformément aux objectifs du « plan de solidarité grand âge ».

Le II de l'article permet aux organismes concernés de bénéficier des exonérations de charges sociales prévues au III *bis* de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, réservées aux organismes agréés. Il convient de rappeler que ces organismes ouvrent déjà droit aujourd'hui, au titre de leurs services à domicile habilités à l'aide sociale ou ayant passé convention avec un organisme de sécurité sociale, aux exonérations de charges sociales prévues au III du même article.

Article 13

- ① I. – L'article L. 320-2 du code du travail est ainsi modifié :
- ② 1° Le premier alinéa est précédé d'un I ;
- ③ 2° Il est ajouté un II ainsi rédigé :
- ④ « II. – La négociation mentionnée au premier alinéa du I peut aussi porter sur la qualification des catégories d'emplois menacés par les évolutions économiques ou technologiques.
- ⑤ « Les indemnités de départ volontaire versées dans le cadre de l'accord collectif résultant, le cas échéant, de la négociation mentionnée à l'alinéa précédent bénéficient des dispositions du 5° du 1 de l'article 80 *duodecies* du code général des impôts lorsque les conditions suivantes sont remplies :
- ⑥ « 1° L'autorité administrative compétente ne s'est pas opposée à la qualification d'emplois menacés retenue par l'accord collectif ;
- ⑦ « 2° Le salarié dont le contrat de travail est rompu occupait effectivement un emploi classé dans une catégorie d'emplois menacés définie par l'accord collectif et a retrouvé un emploi stable à la date de la rupture de son contrat de travail ;
- ⑧ « 3° Un comité de suivi a été mis en place par l'accord collectif et ce comité a reconnu la stabilité de l'emploi de reclassement mentionné au 2°.
- ⑨ « Un décret précise les conditions d'application du II, notamment les caractéristiques de l'emploi retrouvé, ainsi que les principes d'organisation du comité de suivi. »

- ⑩ II. – Il est ajouté au 1 de l'article 80 *duodecies* du code général des impôts un 5° ainsi rédigé :
- ⑪ « 5° La fraction des indemnités de départ volontaire versées aux salariés dans le cadre d'un accord collectif de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences dans les conditions prévues au II de l'article L. 320-2 du code du travail, n'excédant pas quatre fois le plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale en vigueur à la date du versement des indemnités. »
- ⑫ III. – À l'antépénultième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « du code général des impôts, » sont insérés les mots : « ainsi que la fraction des indemnités de départ volontaire versées aux salariés dans le cadre d'un accord collectif de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, ».
- ⑬ IV. – Au 5° du II de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « ou à défaut par la loi ou, en tout état de cause, est assujettie à l'impôt sur le revenu en application de l'article 80 *duodecies* du code général des impôts, ainsi que toutes sommes versées à l'occasion de la modification du travail » sont remplacés par les mots : « ou à défaut par la loi ou, en l'absence de montant légal ou conventionnel pour ce motif, pour la fraction qui excède l'indemnité légale ou conventionnelle de licenciement. En tout état de cause, cette fraction ne peut être inférieure au montant assujetti à l'impôt sur le revenu en application de l'article 80 *duodecies* du code général des impôts. Sont également assujetties toutes sommes versées à l'occasion de la modification du contrat de travail. »
- ⑭ V. – Au troisième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural, après les mots : « code général des impôts, » sont insérés les mots : « ainsi que la fraction des indemnités de départ volontaire versées aux salariés dans le cadre d'un accord collectif de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ».

Exposé des motifs

Le Gouvernement souhaite accompagner les restructurations de notre tissu économique et favoriser l'émergence de solutions nouvelles permettant d'anticiper les mutations de l'emploi.

La loi a instauré une obligation triennale de négocier sur l'avenir de l'emploi et des compétences dans les entreprises de plus de trois cents salariés. Cette obligation doit s'accompagner d'incitations susceptibles de conduire les entreprises à mettre en place une véritable « gestion prévisionnelle des emplois et des compétences » (GPEC).

Aussi, le présent article se propose d'améliorer le cadre fiscal et social de la GPEC afin que les accords d'anticipation des restructurations et de reconversion des emplois menacés bénéficient d'un traitement fiscal et social favorable, grâce à une exonération, dans la limite de quatre fois le plafond de la sécurité sociale, des indemnités de départ volontaire versées aux salariés.

Cet avantage sera strictement encadré : nécessité d'un accord collectif préalable définissant la notion d'emploi menacé, absence d'opposition de l'autorité administrative, accès du salarié à un emploi stable, validation par le comité de suivi de ce projet de reclassement.

Un décret précisera les modalités du contrôle exercé par l'autorité administrative sur la définition des emplois menacés dans l'accord collectif. Ce décret précisera également la notion de reclassement en emploi stable. Cette notion suppose d'avoir retrouvé un emploi en contrat de travail à durée indéterminée, contrat à durée déterminée de six mois et plus, contrat de travail temporaire de six mois et plus, ou d'avoir créé ou repris une entreprise.

Article 14

- ① Le IV de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « À compter de l'exercice 2007, en cas d'écart positif entre le produit des impôts et taxes mentionnées au II et le montant de la perte de recettes liée aux allègements généraux mentionnés au I, le montant correspondant à cet écart est affecté à la Caisse nationale d'assurance maladie et fixé par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale ».

Exposé des motifs

Depuis le 1^{er} janvier 2006, en application de l'article 56 de la loi de finances pour 2006, le financement des allègements généraux de cotisations et contributions sociales est assuré par une affectation à la sécurité sociale d'impôts et taxes.

Depuis le début de l'année, on observe que le produit des impôts et taxes affectées est supérieur aux pertes de cotisations liées aux allègements généraux. Une disposition du projet de loi de finances pour 2007 prévoit d'affecter à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ce surplus de recettes.

À compter de 2007, en application de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, l'État n'assurera plus de compensation intégrale et les éventuels écarts constatés entre les recettes fiscales et le coût des allègements généraux auront donc un impact (favorable ou défavorable selon les cas) sur les comptes des organismes de sécurité sociale.

Le présent article permet, en cas d'excédent de recettes fiscales par rapport aux allègements généraux, de l'affecter à la CNAMTS. Ce montant est évalué à 250 millions d'euros pour l'année 2007.

Article 15

- ① I. – Le code général de la propriété des personnes publiques est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 1126-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ③ « 5° Les sommes dues au titre de contrats d'assurance sur la vie comportant des valeurs de rachat ou de transfert et n'ayant fait l'objet, à compter du décès de l'assuré ou du terme du contrat, d'aucune demande de prestation auprès de l'organisme d'assurance depuis trente années. » ;
- ④ 2° À l'article L. 2222-21, les mots : « aux 1°, 2°, 3° et 4° » sont remplacés par les mots : « aux 1° à 5° ».
- ⑤ II. – L'article L. 114-1 du code des assurances est complété par un alinéa ainsi rédigé :

- ⑥ « Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard par trente ans à compter du décès de l'assuré ».
- ⑦ III. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑧ 1° L'article L. 135-7 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑨ « 11° Les sommes acquises à l'État conformément au 5° de l'article L. 1126-1 du code général de la propriété des personnes publiques. » ;
- ⑩ 2° Il est inséré, après l'article L. 135-10, un article L. 135-10-1 ainsi rédigé :
- ⑪ « *Art. L. 135-10-1.* – Par exception aux dispositions de l'article L. 135-10, les ressources mentionnées au 11° de l'article L. 135-7 sont placées directement en titres mentionnés dans la section 3 du chapitre III du titre I^{er} du livre II du code monétaire et financier et leur gestion est confiée, sous l'autorité du directoire, à la Caisse des dépôts et consignations. » ;
- ⑫ 3° L'article L. 932-13 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑬ « Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard par trente ans à compter du décès du membre participant ».
- ⑭ IV. – L'article L. 221-11 du code de la mutualité est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑮ « Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard par trente ans à compter du décès du membre participant. »
- ⑯ IV. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux contrats d'assurance sur la vie en cours comportant des valeurs de rachat ou de transfert et n'ayant fait l'objet, à compter du décès de l'assuré ou du terme du contrat, d'aucune demande de prestation à la date de publication de la présente loi.

Exposé des motifs

Le fonds de réserve pour les retraites (FRR) a pour mission de constituer des réserves financières afin de préserver l'équilibre à long terme des régimes de retraite. Il est alimenté aujourd'hui par plusieurs ressources régulières ou exceptionnelles.

Ainsi, le fonds reçoit une fraction du produit du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital, ce qui représente un abondement annuel de 1,5 milliard d'euros environ.

La loi de finances rectificative pour 2005 a prévu qu'il puisse également recevoir une partie du produit de cession des participations de l'État.

Afin d'accroître les réserves dont disposera le fonds à l'horizon 2020, il est proposé de le doter d'une ressource supplémentaire à travers l'affectation des avoirs en déshérence de l'assurance vie.

En effet, l'article L. 1126-1 du code général de la propriété des personnes publiques qui prévoit que sont définitivement acquis à l'État tous les avoirs non réclamés depuis trente ans (dépôts, comptes bancaires, valeurs mobilières et contrats de capitalisation) ne s'applique pas aux contrats d'assurance vie.

Toutefois, la proximité de l'assurance vie avec les produits d'épargne devrait conduire à leur réserver le même traitement que les avoirs et dépôts. Il est donc proposé que les contrats d'assurance vie suivent sur ce point le droit commun des produits d'épargne et que leur valeur de rachat ou de transfert soit acquise à l'État au bout de trente ans, délai de prescription de droit commun en matière successorale. Ces sommes seraient alors reversées au FRR.

Selon des travaux conduits par les établissements financiers, le montant des avoirs d'assurance vie en déshérence pourrait atteindre entre 1 et 2 milliards d'euros.

Article 16

- ① I. – Le IV de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② A. – le 1 est remplacé par les dispositions suivantes :

- ③ « 1. La contribution sociale généralisée due par les établissements payeurs au titre des mois de décembre et janvier sur les revenus de placement mentionnés au présent article fait l'objet d'un versement déterminé sur la base du montant des revenus de placement soumis l'année précédente à la contribution sociale généralisée au titre des mois de décembre et janvier.
- ④ « Ce versement est égal au produit de l'assiette de référence ainsi déterminée par le taux de la contribution fixé à l'article L. 136-8. Son paiement doit intervenir le 25 septembre pour 80 % de son montant et le 25 novembre au plus tard pour les 20 % restants. Il est reversé dans un délai de dix jours francs après ces dates par l'État aux organismes affectataires. »
- ⑤ B. – Le 3 est abrogé, le 2 devient 3 et, dans ce nouveau 3, les mots : « en application du 1 » sont remplacés par les mots : « en application des 1 et 2 ».
- ⑥ Le nouveau 2 est ainsi rédigé :
- ⑦ « 2. Lorsque l'établissement payeur estime que le versement dû en application du 1 est supérieur à la contribution dont il sera redevable au titre des mois de décembre et janvier, il peut réduire ce versement à concurrence de l'excédent estimé. »
- ⑧ C. – Il est ajouté un 4 ainsi rédigé :
- ⑨ « 4. Lorsque la contribution sociale généralisée réellement due au titre des mois de décembre et janvier est supérieure au versement réduit par l'établissement payeur en application du 2, la majoration prévue au 1 de l'article 1731 du code général des impôts s'applique à cette différence. L'assiette de cette majoration est toutefois limitée à la différence entre le montant du versement calculé dans les conditions du 1 et celui réduit dans les conditions du 2. »
- ⑩ II. – Dans la deuxième phrase du 2° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « et sous les mêmes sanctions » sont insérés après les mots : « dans les mêmes conditions ».

Exposé des motifs

Le présent article ajuste les modalités de versement par les établissements financiers des contributions sociales sur les revenus de placement afin de permettre d'appliquer pleinement

la règle des droits constatés. Le système d'acompte est ainsi précisé.

Par ailleurs, sur le modèle applicable à l'impôt sur les sociétés, il est proposé de permettre aux établissements financiers de verser un acompte inférieur au montant versé l'année précédente lorsqu'ils jugent que le montant dû sera inférieur.

Article 17

- ① I. – L'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au deuxième alinéa, après les mots : « en fonction de l'évolution », sont insérés les mots : « , avant application de la réduction représentative de frais professionnels mentionnée au I de l'article L. 136-2, » ;
- ③ 2° Le troisième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les montants fixés par cet arrêté peuvent être majorés tous les trois ans, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État, sur demande des régimes intéressés adressée au président de la commission de répartition, lorsque la réactualisation mentionnée à l'alinéa précédent appliquée sur les trois derniers exercices est inférieure à l'accroissement, sur la même période, de l'assiette des cotisations d'assurance maladie du régime demandeur. »
- ④ II. – Les dispositions du 1° du I sont applicables pour la première fois aux montants des attributions de contribution sociale généralisée fixés par arrêté au titre de l'année 2007, celles du 2° à compter des attributions relatives à l'exercice 2008.

Exposé des motifs

Les modalités d'attribution aux régimes obligatoires d'assurance maladie de la fraction de contribution sociale généralisée qui leur est affectée, définies à l'article L. 139-1 du code de sécurité sociale depuis 2000, doivent être aménagées à deux titres.

En premier lieu, suite aux dispositions du I de l'article 72 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, qui ont abaissé de 5 à 3 % le taux forfaitaire de la réduction d'assiette de la CSG sur les salaires afin d'améliorer le

rendement de cette recette en faveur de la CNAMTS, il y a lieu, afin de ne pas reporter l'impact de cette majoration d'assiette sur la réactualisation annuelle des montants de CSG maladie attribués aux régimes autres que la CNAMTS, de préciser que cette réactualisation est calculée en fonction de l'évolution, sur les deux derniers exercices connus, de l'assiette de la CSG sur revenus d'activité et de remplacement avant application de la réduction forfaitaire susmentionnée. En conséquence, la réactualisation des montants attribués aux régimes d'assurance maladie au titre de l'année 2007 sera déterminée sur la base de la progression tendancielle de l'assiette de la CSG entre 2004 et 2005, en neutralisant l'effet mécanique sur cette évolution de la modification du taux de la réduction d'assiette intervenue à compter de l'année 2005. Cette mesure répond à l'objectif visé par les dispositions de l'article 72 susvisé de renforcement du financement de la CNAMTS.

En second lieu, à l'occasion de l'élaboration du bilan de l'application des dispositions de l'article L. 139-1 transmis au Parlement début 2006, la commission de répartition a suggéré la mise en place d'un dispositif de rebasage des montants de CSG maladie attribués aux régimes d'assurance maladie autres que la CNAMTS pour ceux d'entre eux dont le dynamisme de la masse salariale est nettement supérieur aux évolutions de la CSG prises en compte pour la revalorisation annuelle des attributions. Il est donc proposé d'insérer dans le dispositif actuel un mécanisme permettant, tous les trois ans, aux régimes qui en font la demande, d'obtenir une majoration du montant de CSG maladie qui leur est attribué, lorsqu'ils pourront justifier d'une évolution, sur les trois exercices précédents, de l'assiette de leurs cotisations maladie supérieure à l'évolution de la CSG. Ce système bénéficiera notamment à la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN) qui, du fait de la structure démographique de ses affiliés, enregistre une évolution très dynamique de la masse salariale de ses cotisants. En contrepartie, tout rebasage des attributions aux régimes concernés viendra minorer le reliquat de CSG affecté à la CNAMTS.

Article 18

Le taux de la contribution mentionnée à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale due au titre du chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année 2007 est fixé à 1 %.

Exposé des motifs

La taxe sur le chiffre d'affaires avait été portée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 de 0,6 % à 1,76 %.

Eu égard à l'évolution de la dépense de médicaments, le présent article propose de ramener ce taux pour 2007 à 1 %.

Article 19

Les établissements de santé peuvent reverser à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés une partie du produit net comptable des cessions de leurs terrains et bâtiments.

Exposé des motifs

Le plan hôpital 2007 repose sur une relance massive de l'investissement hospitalier. Elle commence à porter ses fruits sur l'ensemble du territoire et permet d'ores et déjà de rattraper le retard accumulé en matière de mise aux normes et participe à l'amélioration de l'offre de soins.

Pour compléter cet effort d'investissement, les établissements doivent mieux valoriser leur patrimoine, à l'instar de ce qui est réalisé par l'État. Une première tranche de cession de 115 millions d'euros est prévue dans ce cadre.

Article 20

- ① I. – La deuxième phrase du sixième alinéa de l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « ou réciproquement ».
- ② II. – Le troisième alinéa de l'article L. 455-2 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée : « À défaut, la nullité du jugement sur le fond peut être demandée pendant deux ans à compter de la date à laquelle le jugement est devenu définitif, soit à la requête du ministère public, soit à la demande des caisses de sécurité sociale intéressées ou du tiers responsable, lorsque ces derniers y ont intérêt. ».
- ③ III. – Au chapitre III du titre VIII du livre V du même code, il est ajouté un article L. 583-4 ainsi rédigé :
- ④ « *Art. L. 583-4.* – Les dispositions du chapitre II de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la

situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures sont applicables aux prestations familiales mentionnées aux livres V et VII du code de la sécurité sociale. Les prestations familiales qui ouvrent droit à un recours contre la personne tenue à réparation ou son assureur sont définies par décret. »

- ⑤ IV. – L'article 475-1 du code de procédure pénale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑥ « Les dispositions du présent article sont également applicables aux organismes tiers payeurs intervenant à l'instance. »
- ⑦ V. – Au quatrième alinéa de l'article L. 752-23 du code rural, après les mots : « en déclaration de jugement commun », sont ajoutés les mots : « ou réciproquement ».

Exposé des motifs

Le I et le II de cet article ont pour objet d'harmoniser dans le code de la sécurité sociale les dispositions relatives à l'exercice des recours contre les tiers responsables de dommages occasionnés à un assuré social. Ainsi, la victime qui engage une action en justice doit informer la caisse de sécurité sociale pour que celle-ci intervienne à l'instance. La même obligation est prévue pour la caisse de sécurité sociale à l'article L. 455-2 du code de la sécurité sociale pour les accidents du travail et les maladies professionnelles mais pas à l'article L. 376-2 pour les assurances sociales du régime général. Le I de l'article prévoit cette obligation pour ces dernières.

Pour les accidents du travail et maladies professionnelles, les textes ne prévoient pas, contrairement à ce que dispose l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale pour les assurances sociales du régime général, que si la caisse n'est pas appelée en déclaration de jugement commun la nullité du jugement sur le fond pourra être demandée pendant deux ans. Le II de l'article étend cette disposition aux accidents du travail et maladies professionnelles.

Le III permet aux caisses d'allocations familiales (CAF) d'exercer un recours contre le tiers responsable des dommages aux fins de récupérer les prestations familiales versées suite à ces dommages. Le code de la sécurité sociale ne contient pas de dispositions spécifiques précisant que les prestations familiales

peuvent faire l'objet d'une récupération auprès des tiers responsables des dommages.

Le IV modifie l'article 475-1 du code de procédure pénale pour permettre au tribunal répressif de condamner l'auteur de l'infraction à payer à la partie intervenante les frais qu'elle a pu exposer. La Cour de Cassation considérant jusqu'alors que les dispositions de cet article ne s'appliquent pas aux organismes sociaux qui ne sont pas parties civiles mais seulement intervenants. Cette mesure constitue une mesure d'harmonisation avec les dispositions du nouveau code de procédure civile puisque l'article 700 de ce code permet aux organismes sociaux de récupérer ces frais devant les juridictions civiles.

Article 21

- ① I. – L'article L. 242-4-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Les dispositions de l'alinéa précédent ne donnent pas lieu à application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale. »
- ③ II. – Les dispositions du I s'appliquent à compter de la publication de la loi n° 2006-396 du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances.
- ④ III. – La mise en oeuvre des deux premiers alinéas de l'article 6 de l'ordonnance n° 2006-433 du 13 avril 2006 relative à l'expérimentation du contrat de transition professionnelle ne donne pas lieu à application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale.
- ⑤ Les dispositions de l'alinéa précédent s'appliquent à compter de la publication de l'ordonnance n° 2006-433 du 13 avril 2006 relative à l'expérimentation du contrat de transition professionnelle et au plus tard jusqu'au 31 mai 2008.
- ⑥ IV. – L'article L. 161-1-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑦ « L'exonération dont bénéficient les personnes mentionnées aux 8° et 9° de l'article L. 351-24 du code du travail, ainsi que la prolongation de la durée d'exonération prévue au premier alinéa du présent article, ne donnent pas lieu à application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale. »

Exposé des motifs

L'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale prévoit que toute nouvelle mesure ou modification de dispositif d'exonération ou de réduction d'assiette sociale donne lieu à compensation intégrale par le budget de l'État. En outre, l'article L.O. 111-3 du même code dispose que seule les lois de financement de la sécurité sociale peuvent déroger à cette règle. En application de ces dispositions, le présent article prévoit la non-compensation de trois mesures.

L'assujettissement des stagiaires en entreprise a été réformé par la loi n° 2006-396 du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances. Elle a permis de clarifier le droit applicable en recentrant les stages sur leur objet initial, qui reposent notamment sur l'existence d'une convention entre le stagiaire d'entreprise et l'établissement d'enseignement. Au total, ce dispositif devrait être financièrement équivalent pour la sécurité sociale par rapport à l'ancien dispositif.

Les rémunérations versées à l'occasion d'un contrat de transition, conclu entre les entreprises envisageant de procéder à des licenciements économiques, et leurs salariés ne sont pas assujetties aux cotisations ou contributions de sécurité sociale. Il s'agit d'un dispositif expérimental introduit par l'ordonnance n° 2006-433 du 13 avril 2006 relative à l'expérimentation du contrat de transition professionnelle, dont l'évaluation sera réalisée en juin 2008.

L'aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprises fait l'objet d'une extension à l'article 11 du présent projet de loi.

Article 22

Est approuvé le montant de 2,9 milliards d'euros, correspondant à la compensation des exonérations, des 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 2007.

Exposé des motifs

L'annexe 5 détaille les mesures d'exonérations des cotisations sociales et les modalités de leur compensation. Depuis le 1^{er} janvier 2006, en application de l'article 56 de la loi de

finances pour 2006, les allègements généraux de cotisations sociales sont financés par une affectation d'un ensemble de neuf recettes fiscales. Seules les exonérations ciblées de cotisations sociales continuent d'être compensées par des crédits budgétaires de l'État. Pour l'année 2007, le montant total de ces crédits, tels qu'inscrits dans le projet de loi de finances pour 2007, est de 2,9 milliards d'euros.

Section 2

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 23

① Pour l'année 2007, les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, sont fixées :

② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et par branche à :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Maladie	166,0
Vieillesse	167,7
Famille	54,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,5
Toutes branches (hors transferts entre branches)	394,6

④ 2° Pour le régime général de sécurité sociale et par branche à :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Maladie	142,6
Vieillesse	85,4
Famille	54,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	10,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	287,3

⑥ 3° Pour les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale à :

(En milliards d'euros)

⑦	Prévisions de recettes
Fonds solidarité vieillesse (FSV)	13,9
Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA)	14,5

Exposé des motifs

Le champ des prévisions de recettes pour l'exercice 2007 est le même que pour l'exercice 2006. La progression entre les deux années est de 4,1 % pour le régime général et sur le champ « tous régimes ».

Article 24

- ① Pour l'année 2007, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

②	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	166,0	169,9	- 4,0
Vieillesse	167,7	170,6	- 2,9
Famille	54,6	55,3	- 0,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,5	11,4	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	394,6	402,0	- 7,5

Exposé des motifs

Le déficit, toutes branches, de l'ensemble des régimes obligatoires, pour 2007, est estimé à 7,5 milliards d'euros, soit inférieur de 1,3 milliards d'euros à celui de 2006 et de 3,9 milliards d'euros à celui de 2005. En dehors du régime général, les autres régimes obligatoires seront globalement équilibrés (branches maladie, famille, accidents du travail et maladies professionnelles [AT/MP]) ou excédentaires (+ 0,6 milliard d'euros pour la branche vieillesse).

Article 25

- ① Pour l'année 2007, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	142,6	146,5	- 3,9
Vieillesse	85,4	88,9	- 3,5
Famille	54,1	54,9	- 0,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	10,3	10,2	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	287,3	295,3	- 8,0

Exposé des motifs

Le déficit de l'ensemble des branches du régime général est estimé pour 2007 à 8 milliards d'euros, soit un niveau inférieur de 1,7 milliard d'euros à celui de 2006 et de 3,6 milliards d'euros à celui de 2005. Les différentes mesures affectant les comptes 2007 et fondant ces prévisions de solde sont présentées dans l'annexe 9 jointe au présent projet de loi.

Le solde de la branche maladie atteindra - 3,9 milliards d'euros en 2007 (soit environ le tiers du déficit 2004).

Celui de la branche vieillesse, sous l'effet du dynamisme des départs anticipés pour carrière longue et de l'arrivée à l'âge de la retraite des premières classes nombreuses du « baby boom » se creuse à - 3,5 milliards d'euros.

Le déficit de la branche famille, qui s'était creusé les années précédentes en raison du succès de la mise en place de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), se réduira de près de moitié en 2007.

La branche AT/MP sera très légèrement excédentaire.

Article 26

- ① Pour l'année 2007, est approuvé 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 charges	Solde
Fonds solidarité vieillesse (FSV)	13,9	14,5	- 0,6
Fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (FFIPSA)	14,5	16,6	- 2,1

Exposé des motifs

Pour l'année 2007, le solde du FSV se redresse grâce à l'amélioration du chômage qui permet une diminution de ses dépenses au titre de la validation de ces périodes pour les droits à la retraite, et à une évolution dynamique des recettes (CSG assise sur la masse salariale et CSG sur les revenus de placement suite aux dispositions de l'article 16 du présent projet de loi).

La situation financière du FFIPSA se dégradera légèrement par rapport à 2006, sous l'effet de la revalorisation des petites pensions agricoles récemment décidée.

Article 27

① I. – Pour l'année 2007, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 2,5 milliards d'euros. :

② II. – Pour l'année 2007, les prévisions de recettes par catégorie affectées au fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

(En milliards d'euros)

	<i>Prévisions de recettes</i>
③ <i>Prélèvement social 2 %</i>	<i>1,6</i>
<i>Affectation excédent CNAV</i>	-
<i>Affectation excédent FSV</i>	-
<i>Avoirs d'assurance vie en déshérence</i>	<i>0,0*</i>
<i>Revenus exceptionnels (privatisations)</i>	-
<i>Autres recettes affectées</i>	-
<i>Total</i>	<i>1,6</i>

* 20 millions d'euros

Exposé des motifs

L'objectif d'amortissement de la CADES est en baisse par rapport à 2006 de 0,2 milliard d'euros. Cette situation résulte de l'augmentation des dépenses de remboursement des intérêts d'emprunt, elle-même due à la reprise de déficit prévisionnel de l'assurance maladie de l'exercice 2006 intervenue début octobre et à la hausse des taux d'intérêt.

En 2007, le FRR bénéficiera du produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus du patrimoine à hauteur de 1,581 millions d'euros, en prenant en compte l'effet de la mesure prévue à l'article 16 du présent projet de loi modifiant les modalités de versement des acomptes du prélèvement social de

2 % sur les revenus de placement. En outre, la première année d'affectation des contrats d'assurance vie en déshérence devrait accroître les recettes du FRR de 20 millions d'euros en 2007.

Section 3

Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité

Article 28

- ① L'article L. 213-3 du code monétaire et financier est ainsi modifié :
- ② I. – Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ③ « 10. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. »
- ④ II. – Au dernier alinéa, les mots : « 8 et 9 » sont remplacés par les mots : « 8, 9 et 10 ».

Exposé des motifs

Dans le cadre de la modernisation et de la diversification du financement des besoins de trésorerie de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), il est proposé d'autoriser l'ACOSS à émettre des billets de trésorerie comme c'est le cas actuellement pour l'Unedic.

Cette diversification des moyens de financement de l'ACOSS, qui entre dans le cadre de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion 2006/2009 signée entre l'ACOSS et l'État, permettra d'une part, de diminuer le coût de financement du régime général et, d'autre part, de compléter le financement négocié avec la Caisse des dépôts et consignations.

Ce nouvel outil s'inscrit également dans la recherche d'optimisation de la gestion de trésorerie des administrations publiques permettant de réduire l'endettement public.

Article 29

- ① I. – Le cinquième alinéa de l'article 2425 du code civil est remplacé par les dispositions suivantes :
- ② « L'inscription de l'hypothèque légale des organismes gestionnaires d'un régime obligatoire de protection sociale est réputée d'un rang antérieur à celui conféré à la convention de

rechargement lorsque la publicité de cette convention est postérieure à l'inscription de cette hypothèque. »

- ③ II. – L'article L. 243-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ④ A. – Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ⑤ 1° Au début de l'alinéa sont insérés les mots : « Dès lors qu'elles dépassent un montant fixé par décret, » ;
- ⑥ 2° L'alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le montant mentionné au présent alinéa est fixé en fonction de la catégorie à laquelle appartient le cotisant et de l'effectif de son entreprise. ».
- ⑦ B. – Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑧ « La règle d'antériorité du rang de l'inscription hypothécaire fixée à l'avant-dernier alinéa de l'article 2425 du code civil s'applique aux hypothèques mentionnées aux articles L. 243-4 et L. 244-9 du présent code. »

Exposé des motifs

Le présent article comporte deux mesures.

La première rend applicable aux inscriptions hypothécaires des organismes de recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale une disposition similaire à celle que comporte le projet de loi de finances pour 2007 et qui prévoit une antériorité du rang d'inscription par rapport au rang des conventions de rechargement des hypothèques lorsque la publicité de ces conventions est postérieure à l'inscription de l'hypothèque en cause.

En effet, à défaut d'une telle règle, ces conventions de rechargement prendraient rang à la date de l'inscription initiale et pourraient ainsi primer sur les hypothèques des organismes de sécurité sociale.

La seconde vise à modifier l'article L. 243-5 du code de la sécurité sociale pour réintroduire la référence à un montant de créances pour l'inscription obligatoire du privilège, en prévoyant toutefois des seuils différents selon les entreprises. Ainsi, des seuils différents seront déterminés d'une part pour les travailleurs indépendants et d'autre part pour les employeurs en fonction du nombre de salariés.

En effet, le texte actuellement en vigueur impose aux organismes de recouvrement cette inscription, dans un délai maximum de six mois suivant la date limite de paiement et ce quel que soit le montant de la créance. Or, la publicité systématique du privilège dès le premier euro de dette emporte des conséquences parfois lourdes pour les débiteurs. Au delà du coût de l'inscription qu'ils doivent supporter, elle constitue une mesure de publicité qui dans certains cas est disproportionnée et entraîne une rupture dans le crédit et la confiance accordés à l'entreprise.

En permettant de moduler l'obligation d'inscription en fonction de seuils différents selon la catégorie à laquelle appartient l'entreprise, la mesure rétablit l'équilibre entre les deux objectifs assignés à la publicité du privilège, tant sur le plan de la garantie donnée aux organismes de sécurité sociale d'un paiement privilégié que de celui de l'information donnée aux tiers sur l'état d'endettement des entreprises. Elle contribue également à réduire le coût, pour l'entreprise débitrice, des frais d'inscription et de radiation du privilège.

Article 30

- ① I. – L'intitulé de la section 5 du chapitre III du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé : « Encaissement et déclaration des cotisations, contributions et taxes sociales recouvrées par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 ».
- ② II. – L'article L. 243-14 du même code est ainsi modifié :
- ③ 1° Le I est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « Lorsque le montant des cotisations, contributions et taxes mentionnées à l'alinéa précédent est supérieur à 7 millions d'euros au titre d'une année civile, le mode de paiement dématérialisé est obligatoirement le virement bancaire. » ;
- ⑤ 2° Il est inséré, après le II, un II *bis* ainsi rédigé :
- ⑥ « II *bis*. – Les entreprises ou les établissements d'une même entreprise mentionnés au I et II, redevables de cotisations, contributions et taxes pour un montant supérieur à 800 000 € au titre d'une année civile, sont tenus d'effectuer leurs déclarations sociales, au titre des sommes dont ils sont redevables l'année

suivante, par voie électronique, dans les conditions prévues à l'article L. 133-5. »

- ⑦ III. – Au II *bis* de l'article L. 243-14 du même code, les mots : « 800 000 € » sont remplacés par les mots : « 400 000 € » à compter du 1^{er} janvier 2008 et par les mots : « 150 000 € » à compter du 1^{er} janvier 2009.
- ⑧ IV. – Après l'article L. 651-5-2 du même code, il est créé un article L. 651-5-3 ainsi rédigé :
- ⑨ « *Art. L. 651-5-3.* – Les sociétés et entreprises dont le chiffre d'affaires défini à l'article L. 651-5 est supérieur ou égal à 5 millions d'euros sont tenues d'effectuer la déclaration prévue au même article et le paiement de la contribution sociale de solidarité par voie électronique auprès de l'organisme chargé du recouvrement mentionné à l'article L. 651-4. Pour se conformer à cette obligation, les sociétés et entreprises utilisent les services de télédéclaration et de télérèglement mis à disposition dans les conditions prévues à l'article L. 133-5.
- ⑩ « Lorsque la transmission de la déclaration n'est pas faite suivant les modalités définies à l'alinéa précédent, il est appliqué une majoration de 0,2 % du montant de la contribution sociale de solidarité dont est redevable la société ou l'entreprise.
- ⑪ « Il est également appliqué une majoration de 0,2 % du montant des sommes dont le versement a été effectué dans des conditions différentes de celles prévues au premier alinéa. »
- ⑫ V. – À l'article L. 651-7 du même code, le mot : « L. 243-14, » sont supprimés.
- ⑬ VI. – L'article L. 651-9 du même code est ainsi modifié :
- ⑭ 1° Au premier alinéa, les mots : « et les majorations de retard » sont remplacés par les mots : « et des majorations de retard ainsi que celles des majorations prévues à l'article L. 651-5-3. » ;
- ⑮ 2° Au second alinéa, les mots : « de retard » sont supprimés.
- ⑯ VII. – Les dispositions des IV, V, VI sont applicables pour la première fois à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés due à compter du 1^{er} janvier 2007.
- ⑰ VIII. – Au premier alinéa de l'article L. 651-5-3 du même code, le montant : « 5 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 1 500 000 € » à compter du 1^{er} janvier 2008 et « 760 000 € » à compter du 1^{er} janvier 2009.

Exposé des motifs

Les mesures proposées traduisent des engagements pris par l'État dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion signée avec l'ACOSS le 31 mai 2006 et visent à conforter le mouvement de dématérialisation des déclarations sociales en vue de simplifier les formalités des entreprises et de dégager des gains de productivité.

Les entreprises ou les établissements d'une entreprises qui acquittent annuellement auprès de l'Union pour le recouvrement des cotisations de la sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) plus de 150 000 € de cotisations doivent actuellement procéder au paiement de ces sommes par virement ou par tout autre moyen dématérialisé.

Deux mesures viennent préciser et compléter cette obligation.

La première prévoit un paiement par virement dès lors que le montant annuel des cotisations versées par l'entreprise est supérieur à sept millions d'euros, afin d'accélérer l'encaissement effectif de ces sommes et d'optimiser ainsi la gestion de la trésorerie du régime général.

La seconde prévoit que certaines entreprises seront également tenues d'effectuer leurs déclarations sociales par voie électronique. Le seuil déclenchant cette obligation sera progressivement abaissé, sur une période de trois ans (800 000 euros au 1^{er} janvier 2007, 400 000 euros au 1^{er} janvier 2008 et 150 000 euros au 1^{er} janvier 2009) afin de permettre aux entreprises de prendre leurs dispositions et de bénéficier de l'accompagnement des URSSAF.

Des mesures analogues sont proposées concernant la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S). Les entreprises qui réalisent au moins 5 millions d'euros de chiffre d'affaires annuel seront tenues à compter du 1^{er} janvier 2007 d'utiliser les services de télédéclaration et de téléversement. Ce seuil sera ensuite abaissé à 1,5 million d'euros au 1^{er} janvier 2008 puis à 760 000 € au 1^{er} janvier 2009.

Article 31

- ① Sont habilités à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les régimes obligatoires de base et les organismes concourant à leur financement

mentionnés dans le tableau ci dessous, dans les limites indiquées :

(En milliards d'euros)

	Montants limites
② <i>Régime général</i>	28 000
<i>Régime des exploitants agricoles (Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles)</i>	7 100
<i>Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales</i>	350
<i>Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État</i>	150
<i>Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines</i>	200
<i>Caisse nationale des industries électriques et gazières</i>	500
<i>Caisse de retraite du personnel de la Régie autonome des transports parisiens</i>	50

Exposé des motifs

Pour 2007, il est proposé de fixer le plafond d'emprunt de trésorerie du régime général à 28 milliards d'euros. La variation de ce montant par rapport à celui fixé en 2006 est liée à la prise en compte du déficit du régime général ainsi que des créances sur ses partenaires que le régime général doit supporter en trésorerie, et enfin d'une marge pour aléas techniques et macro-économiques.

Pour les autres régimes, les plafonds sont similaires ou légèrement inférieurs à ceux fixés pour 2006.

Les éléments détaillés sont présentés dans l'annexe 9 au présent projet de loi.

QUATRIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES
AUX DEPENSES POUR 2007

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 32

Au 3° de l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale, les mots : « , qui ne peuvent excéder trois heures consécutives par jour » sont remplacés par les mots : « selon des règles et des modalités prévues par décret en Conseil d'État ».

Exposé des motifs

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a introduit plusieurs dispositions relatives aux obligations des assurés sociaux en cas d'arrêt de travail. Ces obligations visent à renforcer les moyens de contrôle et de sanction des caisses d'assurance maladie. Ainsi, l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale subordonne le service de l'indemnité journalière à l'obligation pour le bénéficiaire notamment de respecter les heures de sortie autorisées par le praticien, qui ne peuvent excéder trois heures consécutives par jour. En cas d'inobservation volontaire de cette obligation, la caisse peut retenir, à titre de pénalité, tout ou partie des indemnités journalières dues.

Cette disposition s'avère trop contraignante pour certaines pathologies (cancer, dépression...) pour lesquelles les sorties font partie intégrante de la thérapie du patient.

Il est proposé d'assouplir ce dispositif en renvoyant à la voie réglementaire la définition d'un cadre et de modalités dont il appartiendrait au praticien, le cas échéant, d'apprécier celle qui est la plus appropriée à la pathologie de son patient.

Article 33

- ① I. – Le titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale (première partie : Législative) est ainsi modifié :

- ② A. – 1° L'intitulé du titre est complété par les mots : « et crédit d'impôt » ;
- ③ 2° L'intitulé du chapitre I^{er} est remplacé par l'intitulé suivant : « Dispositions relatives à la protection complémentaire en matière de santé » ;
- ④ 3° L'intitulé du chapitre III est remplacé par l'intitulé suivant : « Dispositions relatives au crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels ».
- ⑤ B. – Au premier alinéa de l'article L. 863-1, les mots : « et ce même plafond majoré de 15 % » sont remplacés par les mots : « et ce même plafond majoré de 20 % ».
- ⑥ C. – Le premier alinéa de chacun des articles L. 861-1 et L. 863-1 est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Le montant du plafond applicable au foyer considéré est arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1. »
- ⑦ II. – Le B du I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2007 et le C du I entre en vigueur le 1^{er} juillet 2007.

Exposé des motifs

A. – L'article 56 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a ajouté un chapitre dans le titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale pour instituer, à compter du 1^{er} janvier 2005, un crédit d'impôt sur les contrats d'assurance complémentaire de santé individuels, en faveur des foyers disposant de ressources n'excédant pas le plafond de ressources de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire majoré de 15 %. Il convient de tirer les conséquences rédactionnelles de cette insertion d'un nouveau chapitre en modifiant les intitulés de titre et de chapitre concernés. La rédaction proposée reprend la rédaction retenue par le Conseil d'État pour la deuxième partie du code de la sécurité sociale (décrets en Conseil d'État).

B. – Soucieux de garantir un accès aux soins de qualité à tous les assurés, le Gouvernement a procédé en 2006 au relèvement substantiel du montant de l'aide. À la demande du Président de la République, le Gouvernement se propose d'amplifier cet effort, en relevant dès le 1^{er} janvier 2007 le plafond de ressources de l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire de santé au niveau

du plafond de la couverture maladie universelle complémentaire majoré de 20 %. Cela permettra de porter de 2 millions à 2,9 millions le nombre de personnes pouvant bénéficier du dispositif.

C. – Par ailleurs, dans un souci de simplification et de plus grande lisibilité du dispositif de la CMU complémentaire et de l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire de santé, il est proposé d'arrondir le plafond de ressources applicable à un foyer donné à l'euro le plus proche. Cette règle s'appliquera dès la prochaine revalorisation du plafond de ces deux dispositifs, soit le 1^{er} juillet 2007.

Article 34

- ① L'article L. 4311-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers, lorsqu'ils agissent sur prescription médicale, peuvent prescrire à leurs patients sauf en cas d'indication contraire du médecin et sous réserve, pour les dispositifs médicaux pour lesquels l'arrêté le précise, d'une information du médecin traitant désigné par leur patient. »

Exposé des motifs

L'article L. 4321-1 du code de la santé publique autorise les masseurs kinésithérapeutes à prescrire à leurs patients des dispositifs médicaux à l'exclusion de ceux qu'ils utilisent dans le cadre de leur activité.

La présente mesure a pour objet d'étendre cette disposition aux infirmiers en les autorisant à prescrire à leur patient des dispositifs qui relèvent de leur compétence à l'exclusion de ceux qui ont vocation à figurer dans le nécessaire des soins infirmiers utilisés lors de leurs actes, leur permettant d'exercer leur activité sans que le patient n'ait à retourner consulter son médecin traitant. Cette mesure sera ainsi source de simplification pour les professionnels, médecins et infirmiers, et pour les patients, et source potentielle d'économies pour l'assurance maladie. Elle constitue également la reconnaissance d'une compétence nouvelle des infirmiers. Comme le métier médical s'enrichit, il est logique que le métier des professions de santé dites auxiliaires du médecin s'enrichisse parallèlement.

Afin de garantir la coordination des soins, cette prescription devra s'accompagner d'un retour d'information vers le médecin traitant du patient pour les dispositifs médicaux qui le nécessitent (bandes élastiques, chaussures compensées par exemple).

L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et la Haute Autorité de santé seront consultées avant établissement de la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers peuvent prescrire.

Article 35

- ① I. – Après l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré, un article L. 162-16-5-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 162-16-5-1.* – Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'un médicament bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique déclare au comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame aux établissements de santé pour le produit. En l'absence de laboratoire exploitant, toute pharmacie à usage intérieur intéressée à l'achat de ce médicament déclare au comité le montant de l'indemnité qui lui est réclamée pour acquérir le produit, si cette indemnité n'a pas déjà fait l'objet d'une déclaration au comité. Le comité rend publiques ces déclarations.
- ③ « Le laboratoire exploitant la spécialité, ou, à défaut, les pharmacies à usage intérieur qui se sont procuré ce produit informent annuellement le comité économique du chiffre d'affaires correspondant à ces spécialités ainsi que du nombre d'unités fournies ou reçues.
- ④ « Si le prix ou le tarif de remboursement fixé ultérieurement par le comité économique des produits de santé pour le médicament lors de son inscription au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché est inférieur au montant de l'indemnité déclarée au comité, ce dernier demande au laboratoire de reverser, sous forme de remise, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements sur la base de l'indemnité et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix ou au tarif de remboursement fixé par le comité. »
- ⑤ II. – Au sixième alinéa de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, les mots : « il adresse également périodiquement au ministre chargé de la santé des informations sur le coût pour

l'assurance maladie du médicament bénéficiant de l'autorisation octroyée » sont supprimés.

- ⑥ III. – Après l'article L. 162-17-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-17-2-1 ainsi rédigé :
- ⑦ « *Art. L. 162.17-2-1.* – Lorsqu'il n'existe pas d'alternative appropriée, toute spécialité pharmaceutique ou tout produit ou toute prestation prescrit en dehors du périmètre des biens et services remboursables pour le traitement d'une affection de longue durée remplissant les conditions prévues aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 ou d'une maladie rare telle que définie par le règlement (CE) n°141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 peut faire l'objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d'une prise en charge ou d'un remboursement, à condition que la spécialité, le produit ou la prestation figure dans un avis ou une recommandation relatifs à une catégorie de malades formulés par la Haute Autorité de santé après consultation, pour les produits mentionnés à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique, de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. La prise en charge ou le remboursement sont décidés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. L'arrêté peut fixer des conditions de prise en charge et comporter l'obligation pour le laboratoire ou le fabricant de déposer notamment, pour l'indication considérée, une demande d'autorisation de mise sur le marché ou une demande d'inscription du produit ou de la prestation sur les listes mentionnées aux articles L. 162-17 et L. 165-1 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. Il peut également comporter l'obligation pour le laboratoire ou le fabricant de mettre en place un suivi particulier des patients. Cet arrêté peut également fixer les conditions de prise en charge d'une catégorie de spécialités pharmaceutiques, produits ou prestations présentant des caractéristiques analogues.
- ⑧ « Les spécialités, produits ou prestations faisant l'objet de l'arrêté ne peuvent être pris en charge que si leur utilisation est indispensable à l'amélioration de l'état de santé du patient ou pour éviter sa dégradation. Ils doivent en outre être inscrits explicitement dans le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1. L'arrêté précise le délai au terme duquel le médecin conseil et le médecin traitant évaluent conjointement l'oppor-

tunité médicale du maintien de la prescription de la spécialité, du produit ou de la prestation.

- ⑨ « Lorsque la spécialité pharmaceutique ou le produit ou la prestation bénéficie d'au moins une indication remboursable, elle est prise en charge ou remboursée en application des dispositions des alinéas précédents dans les mêmes conditions que celles qui s'appliquent à l'indication ou aux indications prises en charge.
- ⑩ « Lorsque la spécialité pharmaceutique ou le produit ou la prestation n'est inscrit sur aucune des listes mentionnées aux articles L. 162-17 ou L. 165-1 du code de la sécurité sociale ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, elle est prise en charge ou remboursée dans la limite d'une base forfaitaire annuelle par patient fixée par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent s'y opposer.
- ⑪ « Si l'arrêté de prise en charge comporte une obligation pour le laboratoire ou le fabricant édictée en application du premier alinéa du présent article et que, passé un délai de vingt-quatre mois après la publication de l'arrêté, cette obligation n'a pas été respectée, le comité économique des produits de santé peut fixer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité annuelle à la charge du laboratoire ou du fabricant. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré ; elle est reconductible, le cas échéant, chaque année.
- ⑫ « Les dispositions de l'article L. 138-20 s'appliquent à la pénalité mentionnée à l'alinéa précédent. Son produit est affecté aux régimes d'assurance maladie selon les règles prévues à l'article L. 138-8 du présent code. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.
- ⑬ « Les modalités d'application du présent article, notamment la procédure de prise en charge dérogatoire prévue au premier alinéa ainsi que les règles et les délais de procédure, les modes de calcul de la pénalité financière mentionnée aux deux alinéas précédents et la répartition de son produit entre les organismes de sécurité sociale, sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

- ⑭ IV. – L'article L. 182-2 du même code est complété par un 6° ainsi rédigé :
- ⑮ « 6° Fixer le montant de la base forfaitaire annuelle mentionnée à l'article L. 162-17-2-1. »

Exposé des motifs

I. – La création et le développement des autorisations temporaires d'utilisation (ATU), pour lesquelles la France a été pionnière, ont permis d'accélérer notablement la mise à disposition de médicaments innovants pour les patients. Elles permettent aux patients de bénéficier d'une prise en charge de ces produits avant même l'obtention par le laboratoire d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) et en dehors du champ des essais cliniques, dans les maladies rares ou graves pour lesquelles il n'existe pas d'alternative.

Cependant, le développement de ces autorisations s'est fait en dehors du contrôle habituel des prix des produits de santé, alors même que le coût de ces produits est devenu très important. Il est proposé que le montant que l'entreprise doit au comité économique des produits de santé constitue une indemnité de mise à disposition plutôt qu'un prix, celui-ci ayant vocation à récompenser une innovation totalement démontrée ou validée. De plus, afin de garantir que les spécialités bénéficiant d'une ATU soient payées au juste prix par l'assurance maladie, le présent article crée un dispositif permettant au comité économique des produits de santé de demander le remboursement de la différence éventuelle entre l'indemnité d'utilisation de l'autorisation temporaire d'utilisation et le prix fixé définitivement au moment de la détermination de l'AMM.

II. – Par souci de cohérence, la disposition du code de la santé publique prévoyant la fourniture d'informations au ministre de la santé sur le coût pour l'assurance maladie des ATU de cohorte est abrogée.

III et IV. – L'amélioration de la prise en charge des malades atteints de maladies graves ou rares constitue une priorité forte du Gouvernement.

En principe, la prise en charge par l'assurance maladie d'un médicament n'est possible qu'après démonstration scientifique de l'intérêt d'un produit, validée par une autorité indépendante,

sur la base d'essais cliniques conduits par le laboratoire attestant d'un rapport bénéfice/risques favorable.

Pour certaines spécialités cependant, aucun laboratoire ne prendra l'initiative de conduire des études spécifiques pour attester de leur sécurité et de leur efficacité dans des indications hors AMM alors même que leur usage dans ces indications est bien établi par une longue pratique de prescriptions. Il s'agit en général de médicaments anciens dont le brevet est tombé dans le domaine public pour des indications concernant un faible nombre de patients.

Par ailleurs, des produits non inscrits au remboursement et néanmoins indispensables à la survie des patients peuvent venir grever le budget des familles ; c'est le cas notamment des écrans solaires pour les enfants souffrant de *xeroderma pigmentosum*.

Il est donc proposé, pour ces cas limités, de prévoir une prise en charge à titre dérogatoire pour ces produits par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sur la base d'une recommandation ou d'un avis de la Haute Autorité de santé pris après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). La prise en charge individuelle de ces produits sera subordonnée à la mention explicite du produit dans le protocole de soins.

Pour renforcer la responsabilisation des laboratoires et s'assurer qu'ils ne se retrancheront pas derrière ce dispositif de prise en charge pour reporter ou s'exonérer de la conduite d'essais cliniques susceptibles de déboucher sur une validation par l'AMM, ou sur une inscription sur les listes de prise en charge, des sanctions sont prévues.

Article 36

- ① I. – Après l'article L. 5121-9 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5121-9-1 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 5121-9-1. – Lorsqu'un médicament est autorisé dans un autre État membre de la Communauté européenne ou un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen mais qu'il ne fait l'objet en France ni de l'autorisation de mise sur le marché prévue à l'article L. 5121-8, ni d'une demande en cours d'instruction en vue d'une telle autorisation, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé peut, pour des raisons de santé publique, autoriser la mise sur le marché de ce

médicament. L'autorisation peut être délivrée pour une durée déterminée et renouvelée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. »

- ③ II. – À l'article L. 5123-2 du même code, après les mots : « aux articles L. 5121-8, » est insérée la référence : « L. 5121-9-1, ».
- ④ III. – Au premier alinéa de l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale, après les mots : « disposant d'une autorisation de mise sur le marché, » sont insérés les mots : « de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5124-17-1 du code de la santé publique ou de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 du même code ».

Exposé des motifs

Les autorisations temporaires d'utilisation (ATU) nominatives délivrées par l'AFSSAPS pour des médicaments importés sont au nombre d'environ 8 000 par an. Or, ces médicaments disposent souvent d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans un autre État membre de l'Union européenne et font l'objet d'un usage bien établi et documenté. Ils ne devraient donc pas en principe faire l'objet d'une ATU mais plutôt d'une demande d'AMM par reconnaissance mutuelle. Il arrive cependant que, du fait de l'ancienneté du produit, certains titulaires ne fassent jamais les demandes nécessaires. L'agence est alors amenée à multiplier les autorisations dérogatoires sans impact sur l'usage ou la surveillance du médicament.

Pour pallier ces difficultés, en particulier dans les nouveaux États membres, l'article 126 *bis* de la directive 2001/83/CE modifiée permet à un État membre d'autoriser la mise sur le marché d'un médicament en l'absence de demande d'AMM de la part du titulaire dès lors que ce médicament dispose d'une AMM dans un autre État membre.

Le II et le III de l'article complètent la liste des catégories de médicaments que les hôpitaux peuvent se procurer pour intégrer ces nouveaux médicaments, et les intègrent également dans les articles relatifs à la fixation des prix des médicaments. L'objectif est d'assurer une cohérence complète avec les dispositions relatives aux médicaments possédant une AMM afin de ne pas favoriser ces médicaments pour lesquels

l'exploitant fait preuve d'une mauvaise volonté à la mise sur le marché.

Article 37

- ① L'article L. 162-4-2 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :
- ② « *Art L. 162-4-2.* – La prise en charge, par l'assurance maladie, de soins ou traitements susceptibles de faire l'objet de mésusage, d'un usage détourné ou abusif dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé est subordonnée à l'obligation faite au patient d'indiquer au prescripteur, à chaque prescription, le nom du pharmacien qui sera chargé de la délivrance et à l'obligation faite au médecin de mentionner ce nom sur la prescription, qui doit alors être exécutée par ce pharmacien.
- ③ « L'arrêté mentionné à l'alinéa précédent désigne, parmi les soins ou traitements figurant sur la liste, ceux pour lesquels, compte tenu des risques importants de mésusage, d'usage détourné ou abusif, la prise en charge par l'assurance maladie est subordonnée à l'élaboration du protocole de soins prévu par l'article L. 324-1, soit pour l'ensemble des patients en cas de risque majeur pour leur santé, soit seulement en cas de constatation par les services du contrôle médical de l'assurance maladie d'usage détourné ou abusif. La prescription des soins et traitements ainsi désignés peut être antérieure à l'établissement du protocole prévu à l'article L. 324-1. »

Exposé des motifs

Les pouvoirs publics ont fait le choix, il y a une dizaine d'années, de privilégier un accès large aux traitements médicamenteux pour les personnes dépendantes aux opiacés. Ce choix a permis une amélioration de l'état de santé de ces personnes, mais il a engendré des détournements d'usage et des trafics de ces produits par un petit nombre de personnes.

Afin d'éviter que certains médicaments ne fassent l'objet d'un usage détourné, l'article L. 162-4-2 du code de la sécurité sociale prévoit que la prise en charge de ces médicaments par l'assurance maladie est soumise à la mise en place d'un protocole de suivi des soins. Toutefois, ce protocole est

susceptible de compliquer l'accessibilité des médicaments concernés chez les patients respectant le bon usage. Désormais, l'élaboration d'un protocole sera imposée soit pour l'ensemble des patients en cas de risque majeur pour leur santé, soit seulement en cas de constatation d'usage détourné ou abusif.

Il est par ailleurs prévu d'étendre l'application de cette mesure à des médicaments de consommation plus large, notamment certains psychotropes. Un encadrement approprié à chaque produit sera prévu.

L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé sera consultée avant établissement de la liste des traitements susceptibles de faire l'objet de mésusage, d'un usage détourné ou abusif.

Article 38

- ① Le chapitre V du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 165-8 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 165-8.* – La publicité auprès du public pour les produits ou prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ne peut mentionner que ces produits ou ces prestations peuvent être remboursés par l'assurance maladie.
- ③ « Cette disposition ne s'oppose pas à ce que tout opérateur vendant au public de tels produits ou prestations fournisse au consommateur, sur le lieu de la vente et au moment de celle-ci, toute information sur son prix ainsi que sur les conditions de prise en charge par l'assurance maladie du produit ou de la prestation offerte à la vente, de ses différents éléments constitutifs dans le cas de dispositifs modulaires et des adjonctions ou suppléments éventuels.
- ④ « Les infractions au présent article sont constatées et poursuivies dans les conditions prévues pour les infractions à l'article L. 121-1 du code de la consommation. Elles sont punies d'une amende de 37 500 €, dont le montant maximum peut être porté à 50 % des dépenses de la publicité constituant l'infraction. »

Exposé des motifs

La publicité professionnelle ou grand public en faveur des dispositifs médicaux ne fait l'objet que d'un encadrement juri-

dique partiel et hétérogène rendant difficile un réel contrôle sur les actions publicitaires en la matière.

Certaines dérives récentes (pansements, chaussures thérapeutiques de série à usage temporaire, lit médical pour obèses) expliquent la nécessité de renforcer, dans un premier temps, l'encadrement juridique et les possibilités de contrôle sur les publicités grand public au bénéfice des dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations pris en charge par l'assurance maladie.

Tel est l'objet du présent article.

Article 39

- ① I. – Le dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :
- ② « Les éléments mentionnés aux 1° et 3° prennent effet le 1^{er} mars de l'année en cours et ceux mentionnés au 2° le 1^{er} janvier de la même année, à l'exception de ceux fixés en application du II. »
- ③ II. – Les dispositions du I, à l'exception de celles de l'avant-dernière phrase du troisième alinéa et de celles du quatrième alinéa, et du II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, ainsi que les dispositions du troisième alinéa du D du V du même article demeurent applicables, au plus tard jusqu'au 31 décembre 2008, selon des modalités et un calendrier fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ④ III. – La dernière phrase du dernier alinéa du IV de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est remplacée par les dispositions suivantes :
- ⑤ « Le coefficient de haute technicité est réduit progressivement dans les conditions définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pour atteindre la valeur 1 au plus tard en 2012. L'écart entre la valeur de ce coefficient et la valeur 1 est réduit d'au moins 50 % en 2009 ».
- ⑥ IV. – L'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

- ⑦ 1° Au premier alinéa, les mots : « des établissements de santé et » sont supprimés ;
- ⑧ 2° Le deuxième alinéa est supprimé ;
- ⑨ 3° La dernière phrase du dernier alinéa est supprimée.
- ⑩ V. – L'article L. 123-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
 - ⑪ « Dans les établissements de santé, les conséquences financières des agréments prévus au premier alinéa ne sont pas opposables à l'autorité de tarification de ces établissements. »
- ⑫ VI. – L'article L. 224-5-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
 - ⑬ « Dans les établissements de santé, les décisions et les accords de l'union des caisses de sécurité sociale ne s'imposent pas à l'autorité de tarification. »
- ⑭ VII. – Le 4° de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :
 - ⑮ « 4° Les activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation dispensées par le service de santé des armées et l'ensemble des activités de soins de l'Institut national des invalides ; ».
- ⑯ VIII. – L'article L. 174-15 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes:
 - ⑰ « *Art. L. 174-15.* – Sont applicables aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie du service de santé des armées les dispositions des articles L. 162-21-1, L. 162-22-6, L. 162-22-7, L. 162-22-8, L. 162-22-10, L. 162-22-11, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15, L. 162-22-18 et L. 162-26.
 - ⑱ « Les compétences du directeur ou de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation mentionnées à ces articles sont exercées en ce qui concerne le service de santé des armées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
 - ⑲ « Les missions des caisses mentionnées aux articles L. 174-2 et L. 174-2-1 sont assurées en ce qui concerne le service de santé des armées par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale mentionnée à l'article L. 713-19.

- ⑳ « Les dépenses afférentes à ces activités sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-9.
- ㉑ « Les dispositions du présent article entrent en vigueur dans les délais et les conditions fixés par le décret en Conseil d'État pris pour son application.
- ㉒ « *Art. L. 174-15-1.* – Les dépenses d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans le cadre des activités réalisées en psychiatrie ou en soins de suite et de réadaptation du service de santé des armées prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au 4° de l'article L. 174-1-1 sont financées sous la forme d'une dotation annuelle. Chaque année, le montant de cette dotation, qui présente un caractère limitatif, est fixé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elle est versée pour l'ensemble des régimes par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale mentionnée à l'article L. 713-19. Pour la répartition entre les régimes d'assurance maladie, les sommes versées au service de santé des armées s'ajoutent à celles prévues au deuxième alinéa de l'article L. 174-2.
- ㉓ « Les dispositions de l'article L. 174-3 sont applicables au service de santé des armées.
- ㉔ « *Art. L. 174-15-2.* – Les dispositions de l'article L. 174-15-1 sont applicables aux dépenses d'hospitalisation de l'ensemble des activités de soins de l'Institut national des invalides.
- ㉕ « *Art. L. 174-15-3.* – Les dispositions de l'article L. 174-4 sont applicables au service de santé des armées et à l'Institut national des invalides. »
- ㉖ IX. – Les dispositions de l'article L. 174-15 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du VIII du présent article entrent en vigueur dans les conditions et à la date fixées par décret en Conseil d'État, et au plus tard le 1^{er} juillet 2009.

Exposé des motifs

I. – Les tarifs nationaux des prestations d'hospitalisation, le montant des forfaits annuels et, le cas échéant, la valeur des coefficients géographiques prennent actuellement effet au 1^{er} mars de l'année en cours. Afin d'harmoniser la date d'entrée en vigueur des forfaits annuels avec celle des dotations annuelles (DAC, DAF, MIGAC), il apparaît souhaitable de la fixer au 1^{er} janvier.

II. – La facturation directe des prestations de soins dispensés par les établissements antérieurement financés par dotation globale aux caisses d'assurance maladie ainsi que la modification des règles de calcul du « ticket modérateur » facturés aux patients et aux organismes complémentaires, requièrent de modifier profondément les systèmes d'information des caisses d'assurance maladie et des établissements de santé. Il est nécessaire de proroger les dispositions transitoires prévues par la loi.

La mise en œuvre de la facturation directe des prestations d'hospitalisation aux caisses par les établissements est différée. Corrélativement, le calcul de la participation de l'assuré est maintenu sur la base des tarifs journaliers de prestation (TJP) fixés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation au niveau de chaque établissement et non sur la base des tarifs de groupes homogènes de séjours (GHS). Au-delà des délais nécessaires à l'adaptation des systèmes d'information, cette disposition permet aussi d'éviter que dans l'attente d'une réforme du ticket modérateur ne s'opère un transfert de charges des assurés vers l'assurance maladie du fait de la réduction du périmètre des charges couvertes par les GHS par rapport aux TJP, les missions d'intérêt général principalement étant désormais financées par le biais d'une dotation annuelle.

Compte tenu de la complexité de la définition du schéma cible, notamment la répartition des compétences entre les caisses pivot et les caisses gestionnaires, il apparaît nécessaire de proroger le dispositif transitoire.

Sont également prorogées les dispositions transitoires relatives à la répartition des sommes versées aux établissements de santé au titre de la dotation annuelle complémentaire, des forfaits annuels et des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

III. – Le coefficient de haute technicité permet d'assurer la transition vers le nouveau mode de financement par des tarifs nationaux des établissements de santé privés titulaires, au moment de l'entrée en vigueur de la tarification à l'activité, de lits de chirurgie à soins particulièrement coûteux ; il permet de majorer l'ensemble de leurs tarifs. Les dispositions initiales de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 prévoyaient que ce coefficient disparaîtrait à la date de mise en œuvre des schémas régionaux d'organisation sanitaire de réanimation, fixée en mars 2007, mais cette échéance a été

supprimée suite à l'adoption d'un amendement parlementaire. La présente mesure vise à permettre la suppression progressive de ce coefficient et à mettre ainsi un terme à une situation figée, source d'inégalités entre établissements. Les sommes générées par l'application de ce coefficient, qui représentent en 2005 200 millions d'euros, seront intégrées dans des tarifs de GHS et des suppléments et bénéficieront ainsi à tous les établissements de santé exerçant les activités concernées. Cette mesure fait suite aux recommandations de la Cour des comptes et de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) qui invitent à faire disparaître ce coefficient dans les meilleurs délais.

IV. – La loi prévoit que « *les conventions collectives de travail, conventions d'entreprise ou d'établissement et accords de retraite applicables aux salariés des établissements de santé [...] ne prennent effet qu'après agrément donné par le ministre compétent [...]* » et que « *ces conventions ou accords s'imposent aux autorités compétentes en matière de tarification.* » Or, le mode de financement par des tarifs et forfait nationaux, applicables indifféremment à tous les établissements de santé, publics ou privés, s'oppose à la prise en compte des conséquences financières de la modification d'une convention collective puisqu'il n'est pas possible d'ajuster ponctuellement ces tarifs. La suppression de l'agrément redonnera liberté d'action et responsabilité aux gestionnaires d'établissements qui auront toute latitude pour mener leurs politiques salariales et sociales dans le cadre des ressources fixées en début d'année, et fondées sur la prévision d'évolution de la masse salariale des établissements publics de santé.

V et VI. – Les établissements de santé gérés par les Unions pour la gestion des établissements de l'assurance maladie (UGECAM) appliquent la convention collective de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS). L'agrément des conventions collectives de l'UCANSS ne peut être supprimé puisqu'il s'applique également aux personnels des caisses ; néanmoins les conséquences financières de cet agrément et celles de l'application de plein droit de ces accords collectifs nationaux ne doivent pas être opposables à l'autorité de tarification, d'autant moins qu'il ne saurait y avoir de traitement différent selon les catégories d'établissements.

L'article L. 123-1 prévoit que « *les dispositions de ces conventions ne deviennent applicables qu'après avoir reçu l'agrément de l'autorité compétente de l'État.* ». L'article L. 224-5-3 prévoit : « Par dérogation aux articles L. 123-1 et L. 123-2, les décisions et les accords de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale s'appliquent de plein droit dès lors qu'ils sont d'application automatique d'un accord collectif national. »

VII à IX. – Afin de laisser au service de santé des armées le délai nécessaire pour mettre en place les systèmes d'information nécessaires au codage de l'activité de ses hôpitaux d'instruction des armées comme prévu à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, n'a pas intégré ce service dans le champ de la tarification à l'activité. Les prestations de diagnostic, de surveillance et de traitement dispensées aux assurés sociaux, sont financées par une dotation annuelle de financement. Le système d'information du service de santé des armées permet aujourd'hui, d'envisager la réforme de son financement. Des mesures législatives spécifiques lui étendant la tarification à l'activité pour la médecine, la chirurgie, l'obstétrique et l'odontologie (MCO) sont nécessaires.

Les dépenses d'assurance maladie afférentes aux activités de MCO des hôpitaux d'instruction des armées sont retracées dans l'objectif de dépenses MCO.

Les activités de psychiatrie, de soins de suite ou de réadaptation du service de santé des armées ainsi que l'ensemble des activités de soins de l'Institut national des invalides resteront financées par une dotation annuelle de financement.

Article 40

- ① L'article L. 6152-4 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Toutefois, lorsque les médecins libéraux sont en nombre insuffisant pour assurer les soins définis au *a* du 1° de l'article L. 6111-2, l'hôpital local peut recruter des praticiens mentionnés aux 1° ou 2° de l'article L. 6152-1 dans des conditions fixées par voie réglementaire. »

Exposé des motifs

Établissements de proximité, l'activité des hôpitaux locaux repose, conformément à l'article L. 6152-4 du code de la santé publique, sur l'exercice de médecins généralistes libéraux. La réglementation permet cependant aux hôpitaux locaux de recruter des praticiens à statut hospitalier en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en soins de longue durée (SLD).

Dans le double objectif de renforcer la médicalisation des hôpitaux locaux, et de conforter l'attractivité des zones rurales qu'ils desservent, est proposée la possibilité aux conseils d'administration des hôpitaux locaux de recourir, pour chacune des activités de l'établissement (médecine, SSR, SLD) à l'exercice médical libéral et à l'exercice « salarié » sous statut hospitalier.

Afin que l'hôpital local puisse être ouvert en priorité aux médecins généralistes, cette ouverture ne pourrait être envisagée qu'après avis de la commission médicale d'établissement, au regard de l'activité de l'établissement.

Article 41

- ① I. – Le I de l'article L. 4111-2 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :
- ② « I. – Le ministre chargé de la santé peut, après avis d'une commission comprenant notamment des délégués des conseils nationaux des ordres et des organisations nationales des professions intéressées, choisis par ces organismes, autoriser individuellement à exercer les personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre permettant l'exercice de la profession de médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme dans le pays d'obtention de ce diplôme, certificat ou titre.
- ③ « Ces personnes doivent avoir satisfait à des épreuves de vérification de leur maîtrise de la langue française et des connaissances organisées par profession, discipline ou spécialité. Des dispositions réglementaires fixent les conditions d'organisation de ces épreuves et le nombre maximal de candidatures par personne. Le nombre maximum de candidats susceptibles d'être reçus à ces épreuves pour chaque profession et pour chaque discipline ou spécialité est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.

- ④ « Le nombre maximum mentionné à l'alinéa précédent n'est pas opposable aux réfugiés, apatrides et bénéficiaires de l'asile territorial et aux Français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises.
- ⑤ « Les lauréats, candidats à la profession de médecin, doivent en outre justifier de trois ans de fonctions accomplies dans un service ou organisme agréé pour la formation des internes. Toutefois, les fonctions exercées avant la réussite à ces épreuves peuvent être prises en compte après avis de la commission mentionnée au premier alinéa, dans des conditions fixées par voie réglementaire.
- ⑥ « Nul ne peut être candidat plus de deux fois aux épreuves de vérification des connaissances et à l'autorisation d'exercice. »
- ⑦ II. – Après le I de l'article L. 4111-2 du même code, il est inséré un I *bis* ainsi rédigé :
- ⑧ « I *bis*. – Le ministre chargé de la santé peut également, après avis de la commission mentionnée au I, autoriser individuellement à exercer des ressortissants d'un État autre que ceux membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen et titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre obtenu dans l'un de ces États, conformément aux obligations communautaires. Le nombre maximum de candidats susceptibles d'être autorisés à exercer pour chaque profession, et en ce qui concerne la profession de médecin, pour chaque discipline ou spécialité, ainsi que le nombre de fois où un candidat peut solliciter l'autorisation sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.
- ⑨ « Nul ne peut être candidat plus de deux fois à l'autorisation d'exercice. »
- ⑩ III. – L'article L. 4221-12 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑪ « Art. L. 4221-12. – Le ministre chargé de la santé peut, après avis du conseil supérieur de la pharmacie, autoriser individuellement à exercer la pharmacie les personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre permettant l'exercice de la profession de pharmacien dans le pays d'obtention de ce diplôme, certificat ou titre.
- ⑫ « Ces personnes doivent avoir satisfait à des épreuves de vérification de leur maîtrise de la langue française et des

connaissances qui peuvent être organisées par spécialité. Des dispositions réglementaires fixent les conditions d'organisation de ces épreuves et le nombre maximal de candidatures par personne. Le nombre maximum de candidats susceptibles d'être reçus à ces épreuves est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.

- ⑬ « Le nombre maximum mentionné à l'alinéa précédent n'est pas opposable aux réfugiés, apatrides et bénéficiaires de l'asile territorial et aux Français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises.
- ⑭ « Les lauréats doivent en outre justifier de trois ans de fonctions accomplies dans un service agréé pour la formation des internes. Toutefois, les fonctions exercées avant la réussite à ces épreuves peuvent être prises en compte après avis du conseil mentionné au premier alinéa, dans des conditions fixées par voie réglementaire.
- ⑮ « Nul ne peut être candidat plus de deux fois aux épreuves de vérification des connaissances et à l'autorisation d'exercice. »
- ⑯ IV. – Le nombre maximum mentionné au deuxième alinéa du I de l'article L. 4111-2 du code de la santé publique et au deuxième alinéa de l'article L. 4221-12 du même code n'est pas opposable aux praticiens ayant exercé des fonctions rémunérées avant le 10 juin 2004 dans un établissement de santé public ou privé participant au service public hospitalier ayant passé une convention en application des dispositions des articles L. 6142-5 et L. 6162-5 du même code, totalisant trois ans de fonctions et justifiant de fonctions rémunérées au cours des deux années précédant la publication de la présente loi. Les conditions et les modalités d'inscription aux épreuves de vérification des connaissances sont fixées par voie réglementaire.
- ⑰ Les personnes ayant satisfait aux épreuves mentionnées au premier alinéa du B du III de l'article 60 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle et justifiant de fonctions rémunérées au cours des deux années précédant la publication de la présente loi sont réputées avoir satisfait aux épreuves de vérification des connaissances mentionnées au deuxième alinéa du I de l'article L. 4111-2 du code de la santé publique.
- ⑱ Par exception aux dispositions du sixième alinéa du I de l'article 60 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, les personnes

mentionnées au premier alinéa du présent IV peuvent poursuivre leurs fonctions en qualité de praticien attaché associé ou d'assistant associé jusqu'à épuisement de leurs droits à se présenter aux épreuves mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 4221-12 du code de la santé publique et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2011.

Exposé des motifs

Cet article permet d'adapter la procédure relative à l'autorisation d'exercice des professions de médecin, pharmacien, chirurgien-dentiste et sage-femme à diplômes hors Union européenne.

Le Gouvernement est particulièrement attentif à ce que l'exercice des professions médicales et pharmaceutiques repose sur une exigence de qualité et sur la prise en compte de la sécurité des soins délivrés aux patients.

La loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle a créé une nouvelle procédure d'autorisation d'exercice des praticiens titulaires d'un diplôme obtenu hors de l'Union européenne. Elle est mise en œuvre par un concours dont le nombre de postes est fixé par le ministre de la Santé en fonction des besoins de santé publique, par spécialité. Ce concours ne peut être présenté que deux fois, dans un souci d'équité vis-à-vis des étudiants français soumis au numerus clausus de première année. Il comprend trois épreuves écrites : une épreuve de connaissances académiques, une épreuve de connaissances pratiques et une épreuve permettant de démontrer une bonne maîtrise de la langue française, chacune de ces épreuves étant affectée d'une note éliminatoire. Les lauréats de ce concours doivent ensuite obligatoirement exercer des fonctions dans un établissement de santé pendant une durée de trois ans, permettant ainsi d'évaluer la qualité de leur pratique professionnelle.

Le caractère très sélectif et contraignant de cette procédure d'autorisation est garant de l'excellence du niveau de compétence des candidats à l'autorisation d'exercice et de leur aptitude à s'intégrer dans une communauté de travail. Par ailleurs, il garantit durablement une maîtrise des flux compatible avec les besoins démographiques et leur évolution.

À l'expérience, le Gouvernement souhaite faire évoluer cette procédure, afin de mieux prendre en compte l'expérience acquise depuis de nombreuses années par certains praticiens recrutés dans des établissements publics de santé avant le 10 juin 2004 (date de publication du décret n° 2004-508 pris en application de la loi du 27 juillet 1999 et désormais codifié aux articles D. 4111-1 à D. 4111-17 et D. 4221-1 à D. 4221-11 du code de la santé publique).

Ils pourront se présenter deux fois à des épreuves de contrôle des connaissances sous forme d'un examen et non pas d'un concours dès lors qu'ils remplissent certaines conditions de durée d'exercice et de date de recrutement dans un établissement de santé.

Le nombre maximum de candidats susceptibles d'être autorisés à exercer sera fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Par ailleurs, les personnes ayant satisfait aux épreuves de l'ancienne procédure dite « loi 72 » sont réputées avoir satisfait aux épreuves de vérification des connaissances.

Ces dispositions qui revêtent un caractère transitoire seront applicables jusqu'au 31 décembre 2011, date à laquelle tous les candidats potentiels auront pu présenter l'examen deux fois.

Il convient de préciser que ces dispositions législatives s'inscrivent en outre dans une politique plus globale de réforme des formations proposées aux étudiants étrangers dans le cadre des projets de coopération avec les pays en développement. Ainsi, une réflexion est engagée afin que l'accès à ces formations revête un caractère plus sélectif qu'actuellement, garanti notamment par l'organisation d'épreuves de vérification des connaissances et de maîtrise de la langue française dans le pays d'origine, assorti d'un engagement mutuel de retour dans ce pays à l'issue de la formation. Le non respect de cet engagement pourrait avoir pour conséquence le remboursement des frais engagés par la France dans le cadre de cette formation.

Article 42

- ① L'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 est ainsi modifié :
- ② 1° Le III est remplacé par les dispositions suivantes :

- ③ « III. – Par exception aux dispositions de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le préfet du département fixent avant le 30 juin 2009, par arrêté conjoint, la répartition des capacités d'accueil et des ressources de l'assurance maladie relevant respectivement des objectifs mentionnés aux articles L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale des établissements, pour chaque établissement mentionné au 2° de l'article L. 6111-2 après avis de son organe délibérant.
- ④ « Pour chaque établissement, l'arrêté conjoint est pris au plus tard le 30 juin de l'année précédant celle au cours de laquelle il prend effet, au vu du résultat des analyses transversales réalisées sous le contrôle médical des organismes d'assurance maladie présents au niveau régional à partir du référentiel définissant les caractéristiques des personnes relevant de soins de longue durée, arrêté par les ministres chargés des personnes âgées, de la santé et de la sécurité sociale après avis des fédérations d'établissements les plus représentatives, et tient compte du schéma régional d'organisation sanitaire et du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.
- ⑤ « Cet arrêté prend effet le 1^{er} janvier de l'année suivant sa publication.
- ⑥ « Afin d'évaluer les moyens nécessaires à la mise en adéquation du budget de la section des unités de soins de longue durée avec le résultat de l'analyse transversale, chaque établissement fait connaître au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et au préfet, par décision de son organe délibérant, l'exercice annuel au cours duquel cette répartition est arrêtée. Cette délibération doit parvenir au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et au préfet avant le 31 mars de l'exercice annuel retenu. » ;
- ⑦ 2° Le IV est abrogé ;
- ⑧ 3° Au V, dans la première et la seconde phrase, les mots : « aux III et IV » sont remplacés par les mots : « au III ».

Exposé des motifs

Afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées, l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 a prévu la répartition des capacités d'accueil et des crédits des unités de soins de longue durée (USLD) mentionnées à l'article L. 6111-2 du code de la santé publique entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Cette répartition est effectuée en fonction du résultat des analyses réalisées à partir d'un référentiel définissant les caractéristiques des personnes relevant des soins de longue durée. Ces analyses ont été réalisées dans chacune des régions, dans le respect du calendrier imparti par le législateur.

Afin de permettre aux structures concernées de conduire les réorganisations nécessaires pour mettre en œuvre cette réforme, cet article prévoit que chaque établissement décidera par lui-même de la date de sa transformation, dans la limite du 30 juin 2009.

Les lits relevant des objectifs mentionnés à l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale bénéficient de montants de crédits équivalents à ceux qui leur sont accordés aujourd'hui. Ceux qui relèvent des objectifs mentionnés à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale recevront un abondement budgétaire pour tenir compte de la lourdeur de prise en charge des patients relevant de la section des unités de soins de longue durée redéfinie, par nature plus importante que celles des patients relevant d'une section médico-sociale.

Les dispositions de l'arrêté conjoint du directeur de l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) et des préfets entrent en vigueur le 1^{er} janvier de l'année suivante.

Article 43

- ① I. – L'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié:
- ② 1° Au premier alinéa, les mots : « un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale » sont remplacés par les mots : « l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux » ;

- ③ 2° Au deuxième alinéa, les mots : « par arrêté du ministre chargé de l'action sociale, après avis du Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale » sont remplacés par les mots : « par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux » ;
- ④ 3° Au quatrième alinéa, les mots « le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale » sont remplacés par les mots : « l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux » ;
- ⑤ 4° Le cinquième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑥ « L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux est un groupement d'intérêt public constitué entre l'État, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et d'autres personnes morales conformément aux articles L. 341-1 à L. 341-4 du code de la recherche sous réserve des dispositions suivantes :
- ⑦ « 1° Les ressources de l'agence sont notamment constituées par :
- ⑧ « a) Des subventions de l'État ;
- ⑨ « b) Une dotation globale versée par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;
- ⑩ « c) Une contribution financière perçue en contrepartie des services rendus par l'agence aux organismes gérant des établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1.
- ⑪ « Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'applications du présent 1° ;
- ⑫ « 2° Outre les personnes mentionnées à l'article L. 341-4 du code de la recherche, le personnel de l'agence peut comprendre des fonctionnaires régis par le statut général de la fonction publique de l'État, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière, placés en position de détachement, des agents contractuels de droit public régis par les dispositions applicables aux agents non titulaires de la fonction publique de l'État, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière, recrutés par l'agence, ainsi que des agents contractuels de droit privé également recrutés par l'agence. »

⑬ II. – Le I de l'article L. 14-10-5 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

⑭ « La dotation globale versée à l'organisme mentionné à l'article L. 312-8 est imputée sur le financement à la charge des organismes de sécurité sociale soumis à l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 314-3. »

Exposé des motifs

L'objectif principal de notre système de santé est d'apporter des prestations de qualité croissantes à l'ensemble de la population. Dans ce sens, à l'instar du processus mis en place dans le secteur sanitaire, la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale institue une évaluation interne et externe des activités et de la qualité des prestations délivrées par les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Cependant, les missions, les moyens et la visibilité du Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, créé pour accompagner cette obligation, ne lui permettent pas de mettre en œuvre cette évaluation.

En conséquence, dans le souci conjoint d'amélioration de la qualité et d'extension de la dynamique de la maîtrise médicalisée au secteur médico-social, il est nécessaire de mettre en place une structure qui assure la coordination générale du processus d'évaluation et émette, en toute indépendance et à l'écart de toutes pressions politiques, administratives, industrielles et professionnelles, des avis, recommandations et référentiels concernant les pratiques professionnelles faisant autorité.

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux reconnaît les spécificités du champ par rapport au secteur sanitaire. Elle prend la forme d'un groupement d'intérêt public. Cette forme juridique permet, dans le respect de l'autonomie administrative de ses composantes, de mettre en synergie l'ensemble des acteurs experts du secteur, au premier rang desquels la Haute Autorité de santé (HAS) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), assurant ainsi une meilleure cohérence opérationnelle.

En outre, la mutualisation de fonctions communes et transverses entre la HAS et l'agence et le regroupement dans les mêmes locaux doivent permettre à l'Agence de monter en

charge graduellement tout en tirant profit du transfert de compétences et des économies d'échelle attendues. L'économie générale du dispositif proposé doit ainsi permettre de redéployer des moyens pour répondre aux nouvelles attentes des usagers, avec l'exigence d'une meilleure efficacité au regard des moyens alloués.

Article 44

En vue de faciliter des investissements immobiliers dans les établissements relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ayant conclu la convention prévue au I de l'article L. 313-12 du même code, les intérêts des emprunts contractés à cet effet peuvent être pris en charge par l'assurance maladie dans la limite, d'une part, des dotations départementales limitatives mentionnées au III de l'article L. 314-3 du code précité et, d'autre part, selon des modalités et des conditions fixées par décret.

Exposé des motifs

En 2007, 25 millions d'euros sont prévus sur l'ONDAM personnes âgées afin de neutraliser les surcoûts d'exploitation générés par des emprunts. Le décret devra prévoir que le montant limitatif de ces crédits est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale et que le préfet fixe par arrêté les opérations retenues et leurs montants dans le respect des crédits dont la gestion lui sera déléguée.

Afin de réduire les coûts de l'hébergement en établissement à la charge des personnes âgées, une mesure réglementaire précisera les modalités d'amortissement spécifiques lorsque des investissements ont des incidences tarifaires financées par les enveloppes de crédits prévues à l'article L. 313-8 et aux articles L. 314-3 à L. 314-5 du code de l'action sociale et des familles.

Conformément aux recommandations de la MECSS, cette modification permettra d'accélérer la modernisation des établissements médico-sociaux sans peser sur le coût d'hébergement facturé aux familles.

Article 45

- ① I. – Après l'article L. 5126-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5126-6-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 5126-6-1.* – Les établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles qui ne disposent pas de pharmacies à usage intérieur ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur concluent, avec un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine, une ou des conventions relatives à la fourniture en médicaments des personnes hébergées en leur sein.
- ③ « Ces conventions précisent les conditions destinées à garantir la qualité et la sécurité de la dispensation pharmaceutique ainsi que le bon usage des médicaments en lien avec le médecin coordonnateur mentionné au V de l'article L. 313-12 du même code. Elles sont transmises par les établissements à l'autorité administrative compétente ainsi qu'à la caisse primaire d'assurance maladie dont ils relèvent et par les pharmaciens au conseil compétent de l'ordre. Les personnes hébergées ou leurs représentants légaux conservent la faculté de demander que leur approvisionnement soit assuré par un pharmacien de leur choix.
- ④ « Les conventions doivent reprendre les obligations figurant dans une convention type définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »
- ⑤ II. – La dernière phrase de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est remplacée par deux phrases ainsi rédigées : « Ces dispositions s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2008. Elles sont applicables aux conventions mentionnées au I de l'article L. 313-12 en cours à cette date. »
- ⑥ III. – Avant la première phrase du V de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré deux phrases ainsi rédigées :
- ⑦ « Le personnel des établissements mentionnés au I comprend un médecin coordonnateur dont les missions sont définies par décret. Le médecin coordonnateur de l'établissement est associé à l'élaboration et à la mise en œuvre des contrats prévus à l'article L. 183-1-1 du code de la sécurité sociale. »
- ⑧ IV. – Après le deuxième alinéa de l'article L. 161-36-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

- ⑨ « Le médecin coordonnateur de l'établissement mentionné au I. de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles a accès au dossier médical personnel de la personne hébergée dans cet établissement sous réserve de l'accord de celle-ci. ».

Exposé des motifs

I. – Aujourd'hui, les établissements médico-sociaux hébergeant des personnes âgées dépendantes – les EHPAD – ne prennent plus en charge les médicaments de leurs résidents lorsqu'ils ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur (PUI). Du fait de l'état de dépendance de leurs résidents, il est de pratique courante que les établissements sans PUI se substituent à leurs résidents pour l'achat des médicaments en se fournissant auprès d'officines sans que cela s'inscrive dans une démarche d'achat global, les établissements n'en assumant pas la charge financière.

Le groupe de travail mené en 2005 par l'inspection générale des affaires sociales a jugé que cette situation nécessitait des aménagements tant sur le plan économique que sur le plan sanitaire (approvisionnement, dispensation et administration des médicaments). Pour cela, il est proposé de reprendre la proposition du groupe de travail en permettant aux EHPAD de passer une convention avec la pharmacie d'officine les approvisionnant en médicaments. Il s'agit de donner un cadre légal à des pratiques qui existent, en garantissant une intervention des pharmacies plus qualitative. Aussi, la convention comportera-t-elle des dispositions de nature à optimiser les relations entre l'établissement et la pharmacie. Elle définira le rôle et la responsabilité du pharmacien d'officine au sein de l'EHPAD et aura pour but de sécuriser le circuit du médicament en termes de traçabilité et de lutte contre la polymédication et la iatrogénie.

L'implication du pharmacien d'officine, en lien avec le médecin coordonnateur, et la mise en œuvre d'actions d'amélioration des pratiques permettront de rationaliser les prescriptions au sein de l'EHPAD et donc de lutter contre la iatrogénie (établissement d'une liste de médicaments à privilégier, élaboration de protocoles thérapeutiques, tenue d'un dossier pharmaco-thérapeutique, etc.). C'est, en effet, un problème majeur dans les populations âgées et une source de dépenses évitables pour l'assurance maladie.

II. – La loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a prévu la prise en charge systématique par le forfait de soins des EHPAD des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations remboursables (LPP) qui sont nécessaires à l'activité des établissements, étant d'usage collectif et non individualisable.

La date de cette intégration a été fixée au 1^{er} janvier 2007.

Cependant, l'estimation du montant à intégrer dans le forfait de soins des EPHAD et du transfert financier à opérer entre les sous-enveloppes « soins de ville » et « médico-sociale » de l'ONDAM risquent de ne pas être disponibles lors de la préparation de la prochaine campagne budgétaire qui débute dès octobre 2006, compte tenu des délais de réalisation et d'exploitation des enquêtes en cours réalisés par la CNAMTS, le ministère de la santé et des solidarités et la CNSA.

Dans ces conditions, il est proposé de reporter au 1^{er} janvier 2008 la date d'entrée en vigueur de la disposition. Elles s'appliqueront dès cette date à l'ensemble des conventions en cours d'exécution.

III et IV. – L'article L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale limite aux médecins de ville et hospitaliers l'accès au dossier médical personnel, avec l'accord du patient, à l'occasion de consultations ou de soins. Afin de faciliter la coordination des soins en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, il est proposé d'autoriser le médecin coordonnateur de ces établissements d'accéder au dossier médical personnel des personnes hébergées, sous réserve d'avoir au préalable obtenu l'accord de celles-ci. Cette modification du régime législatif d'accès au dossier médical personnel nécessite de prendre en compte au niveau législatif l'existence du médecin coordonnateur, dont les missions ont été définies par le décret n° 2005-560 du 27 mai 2005.

Article 46

- ① Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② I. – Le IV de l'article L. 14-10-5 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ③ « IV. – Une section consacrée à la promotion des actions innovantes et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service, qui est divisée en deux sous-sections.

- ④ « 1° La première sous-section consacrée aux personnes âgées retrace :
- ⑤ « a) En ressources, une fraction du produit mentionné au 3° de l'article L. 14-10-4, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, qui ne peut être inférieure à 5 % ni supérieure à 12 % de ce produit ;
- ⑥ « b) En charges, le financement de dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes une assistance dans les actes quotidiens de la vie, ainsi que de dépenses de formation et de qualification des personnels soignants recrutés dans le cadre des mesures de médicalisation des établissements et services mentionnés au 3° de l'article L. 314-3-1 ;
- ⑦ « 2° La deuxième sous-section consacrée aux personnes handicapées retrace :
- ⑧ « a) En ressources, une part de la fraction du -produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 affectée au a du 1 du I du présent article ; cette part est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget dans la limite de 12 % de cette fraction ;
- ⑨ « b) En charges, le financement de dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, ainsi que de dépenses de formation et de qualification des personnels soignants des établissements et services mentionnés au 1° de l'article L. 314-3-1.
- ⑩ « Les projets financés par cette section doivent être agréés par l'autorité compétente de l'État, qui recueille le cas échéant, dans les cas et conditions fixés par voie réglementaire, l'avis préalable de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. »
- ⑪ II. – Au deuxième alinéa de l'article L. 314-3, après les mots : « mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 » sont insérés les mots : « ainsi, le cas échéant, que de tout ou partie du montant prévisionnel de l'excédent de la section mentionnée au I de l'article L. 14-10-5 ».

Exposé des motifs

La mobilisation de ces crédits s'inscrit dans le cadre de l'effort collectif engagé pour prendre en compte la problématique globale de la perte d'autonomie et intervenir auprès de toutes les populations concernées : personnes âgées et personnes handicapées.

Cette demande a été notamment portée par le conseil national consultatif des personnes handicapées. Ceci justifie l'élargissement des dépenses de la section IV du budget de la CNSA, aujourd'hui exclusivement consacré aux personnes âgées, aux personnes handicapées.

À titre au moins transitoire, il paraît nécessaire de maintenir toutefois deux sous-sections distinctes de façon à pouvoir leur affecter des ressources d'origine différente.

Il est proposé de financer les dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers par prélèvement sur la fraction de 10 % à 14 % de la contribution de solidarité pour l'autonomie destinée au financement des établissements et services accueillant des personnes handicapées en application des dispositions du a) du 1 du I de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles.

Un arrêté déterminera les moyens mobilisables strictement nécessaires afin de répondre aux besoins non satisfaits en matière de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, ainsi que de dépenses de formation et de qualification des personnels soignants.

Ces moyens seront fixés afin de ne pas obérer les capacités de financement dans le cadre de l'objectif global de dépenses.

II. – En application de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, le financement des dépenses, à la charge des organismes de sécurité sociale, des établissements médico-sociaux en faveur des personnes âgées et handicapées est soumis à un objectif de dépenses fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale de l'économie et du budget.

Cet objectif est fixé d'une part en fonction des sous-objectifs de l'ONDAM « Contribution de l'assurance maladie

aux dépenses en faveur des établissements pour personnes âgées » et « Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en faveur des établissements pour personnes handicapées », d'autre part en fonction du rendement attendu de la contribution de solidarité pour l'autonomie affectée à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, dont une partie, définie par le législateur, est fléchée vers les dépenses en faveur de ces établissements.

Alors même que le code prévoit, en son article L. 14-10-8, que les excédents constatés sur les sections de la caisse donnent lieu à report automatique sur les exercices suivants, il n'est pas prévu que l'objectif global de dépenses tienne compte de ces éventuels excédents : une sous-consommation réalisée une année donnée ne peut donc être intégrée dans le calcul des dotations qui seront versées l'année suivante aux établissements. Le présent article vise à corriger cette situation, qui ne présente pas de logique.

L'arrêté prévu à l'article L. 314-3 intervenant avant la clôture définitive des comptes, c'est un montant prévisionnel qui sera pris en compte.

Article 47

Au 16° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, après les mots : « destinées aux mineurs », sont insérés les mots : « et aux personnes de plus de soixante-dix ans ».

Exposé des motifs

La loi de santé publique de 2004 prévoit la mise en place de consultations de prévention dans le cadre de programmes de santé destinés à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou incapacités.

Dans ce cadre, le plan solidarité grand âge présenté par le Premier ministre le 27 juin 2006 a décidé la mise en place d'une consultation de prévention gratuite pour toutes les personnes atteignant soixante-dix ans pour le repérage précoce des troubles cliniques liés aux polypathologies dues au vieillissement.

En effet, la majorité des maladies liées au vieillissement peut et doit être prévenue tout au long de la vie par une détection

précoce et une prise en charge des facteurs de risque, une hygiène de vie adaptée et des traitements appropriés.

Réalisée par le médecin généraliste formé à cet effet selon un protocole standardisé, elle aura pour but la détection des risques et des maladies à leur stade de début. Elle visera à la prévention des facteurs médicaux ou sociaux conduisant à la dépendance : troubles de l'équilibre, troubles de mémoire, facteurs favorisant l'ostéoporose, la dénutrition, l'isolement, la dépression, les chutes, l'incontinence, notamment.

Elle devra permettre la compensation des handicaps existants, la prolongation de l'activité et le maintien de la personne âgée à son domicile dans les meilleures conditions.

À l'issue d'une phase d'expérimentation, cette consultation sera mise en place à partir du 1^{er} juillet 2007. Elle sera prise en charge intégralement par l'assurance maladie et les bénéficiaires seront dispensés de tout reste à charge et de toute avance de frais. Le présent article prévoit donc une exonération du ticket modérateur pour cette consultation.

Article 48

- ① I. – À l'article L. 174-9-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « spécialisés de soins aux toxicomanes mentionnés à l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, » sont remplacés par les mots : « de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, », et les mots : « même code » sont remplacés par les mots : « code de l'action sociale et des familles ».
- ② II. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ③ 1° À l'article L. 3311-2, les mots : « cure ambulatoire » sont remplacés par les mots : « soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie », et le mot : « notamment » est inséré après le mot : « assurent » ;
- ④ 2° À l'article L. 3411-2, les mots : « mentionnées au sixième alinéa de » sont remplacés par les mots : « médico-sociales des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie mentionnées à » ;
- ⑤ 3° À l'article L. 3411-5, les mots : « spécialisés de soins aux toxicomanes » sont remplacés par les mots : « de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ».

- ⑥ III. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ⑦ 1° Au cinquième alinéa de l'article L. 313-1, les mots : « spécialisés de soins aux toxicomanes » sont remplacés par les mots : « de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie » ;
- ⑧ 2° L'article L. 314-3-3 est modifié comme suit :
- ⑨ a) Le 1° et le 2° sont abrogés ;
- ⑩ b) La mention : « 3° » est supprimée ;
- ⑪ c) Après les mots : « pour usagers de drogue, » sont insérés les mots : « les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie » ;
- ⑫ 3° À l'article L. 314-8, les mots : « spécialisés de soins aux toxicomanes » sont remplacés par les mots : « de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ».
- ⑬ IV. – Les gestionnaires des centres spécialisés de soins aux toxicomanes et des centres de cure ambulatoire en alcoologie disposent d'un délai de trois ans à compter de la date de publication de la présente loi pour solliciter l'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles, en vue de la transformation de ces établissements en centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.
- ⑭ Dans l'attente de cette transformation, les articles du code de la sécurité sociale, du code de la santé publique et du code de l'action sociale et des familles mentionnés aux I, II et III s'appliquent, dans leur rédaction antérieure à la présente loi, aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes et centres de cure ambulatoire en addictologie bénéficiant à la date du 1^{er} janvier 2007 de l'autorisation prévue à l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles.

Exposé des motifs

La loi du 2 janvier 2002 a créé les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Aujourd'hui cette réforme inscrite dans le plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool doit être mise en place. Elle vise à fusionner le cadre juridique et financier des CSST (centres spécialisés de soins aux

toxicomanes) et des CCAA (centres de cure ambulatoire en alcoologie).

Il s'agit aussi de l'une des mesures phares du plan « Addictions » annoncé par le Président de la République dans le cadre de la célébration des trois ans du plan « Cancer » en avril 2006.

Afin de mettre en place les CSAPA et de les financer à compter du 1^{er} janvier 2007, une disposition législative est nécessaire.

La réforme des CSAPA permettra aux structures qui le souhaitent de développer une prise en charge multidisciplinaire et de ce fait de diversifier l'offre pour une meilleure accessibilité des soins.

Cette évolution juridique correspond à une attente forte et ancienne des professionnels du champ de la toxicomanie et de l'alcoologie qui intègrent de plus en plus une approche transversale des consommations et des produits dans leurs projets.

Article 49

- ① I. – L'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est ainsi modifié :
- ② 1° Le III est remplacé par les dispositions suivantes :
- ③ « III. – Ce fonds finance des dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé et des groupements de coopération sanitaire au moyen de subventions ou d'avances remboursables, dans le cadre d'opérations de modernisation et de restructuration de ces établissements et groupements ou de réorganisation de l'offre de soin. » ;
- ④ 2° Il est inséré après le III *bis* un III *ter* et un III *quater* ainsi rédigés :
- ⑤ « III *ter*. – Le fonds prend en charge les frais de fonctionnement d'une mission chargée de concevoir les modalités de financement des activités de soins des établissements de santé et de conduire les expérimentations visées à l'article L. 6122-19 du code de la santé publique.

- ⑥ « III *quater*. – Le fonds prend en charge les frais de fonctionnement d'une mission d'expertise et d'audit hospitaliers placée auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, chargée de procéder ou de faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé et de diffuser auprès de ces établissements des références et recommandations de gestion hospitalière.
- ⑦ « Le fonds prend également en charge les frais de fonctionnement d'une mission nationale d'appui à l'investissement, placées auprès du ministre chargé de la santé et de missions régionales ou interrégionales d'appui à l'investissement placées auprès des directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation. » ;
- ⑧ 3° Le IV est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑨ « Le montant de chaque subvention ou avance du fonds est arrêté par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, dans la limite des montants régionaux arrêtés par le ministre chargé de la santé. » ;
- ⑩ 4° Au V, la première phrase est complétée par les mots : « , ainsi que par le reversement des avances remboursables mentionnées au III » ;
- ⑪ 5° Après le premier alinéa du V, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑫ « Les sommes apportées par les organismes de sécurité sociale mentionnées à l'article L. 6161-3-2 du code de la santé publique sont versées au fonds. »
- ⑬ II. – À l'article L. 6141-7-2 du code de la santé publique, les mots : « dans le cadre d'une mission de coordination financée par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés, » sont supprimés.
- ⑭ III. – L'article L. 6161-3-2 du même code est ainsi modifié :
- ⑮ 1° Au premier alinéa, les mots : « à une collectivité publique ou à un établissement privé poursuivant un but similaire » sont remplacés par les mots : « au 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 » ;
- ⑯ 2° Au deuxième alinéa, les mots : « aux collectivités mentionnées au premier alinéa ou à un établissement privé

poursuivant un but similaire ou un établissement public » sont remplacés par les mots : « au fonds mentionné au premier alinéa » ;

⑰ 3° L'avant dernier alinéa est abrogé.

⑱ IV. – 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 est fixé, pour l'année 2007, à 376 millions d'euros.

Exposé des motifs

Le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est un instrument contribuant au financement des dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé et des groupements de coopération sanitaire, ainsi que des trois missions chargées de favoriser la mise en œuvre des réformes mises en œuvre depuis 2003 dans le champ de l'hospitalisation. Outre le versement de subventions, il est proposé que ce fonds puisse verser des avances dans le cadre d'opérations de modernisation et de restructuration de ces établissements et groupements ou de réorganisation de l'offre de soin. Ces avances seront remboursées par les établissements en ayant bénéficié.

Le financement de l'expérimentation menée en vue de la validation des référentiels de qualité revient aujourd'hui à la haute autorité de santé. Le financement par le fonds est désormais sans objet ; le dernier alinéa de l'ancien III est supprimé.

Le financement de la création d'activités nouvelles et de certaines opérations d'investissement requiert souvent des subventions mais parfois simplement des avances sur les recettes d'activités qu'induiront le démarrage ou le développement de l'activité ou la mise en service d'un bâtiment ou d'un équipement. L'État ne disposant pas actuellement d'instrument financier permettant de faire ces avances, cette mission est confiée au fonds.

Le financement de la rémunération des conseillers généraux des établissements de santé doit incomber intégralement à l'établissement public national chargé de la gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, créé par

l'ordonnance du Gouvernement du 1^{er} septembre 2005, auxquels ils seraient rattachés et non au fonds. L'article L. 6141-7-2 du code de la santé publique est modifié en conséquence.

Les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par le Parlement. Il est proposé d'ajouter une ressource supplémentaire issue du reversement des fonds publics reçus par les établissements privés en cas de fermeture définitive de ces établissements.

Le montant annuel alloué au fonds est fixé à 376 millions d'euros.

Le programme de modernisation du patrimoine hospitalier de grande ampleur, lancé en 2003 par le ministère de la santé, dans le cadre du plan « Hôpital 2007 » dont il constituait le volet investissement, a permis une modernisation rapide des équipements hospitaliers qui permettra de rattraper en grande partie du retard accumulé, notamment en matière de mise aux normes et participera à la recomposition de l'offre de soins et à la mise en œuvre des plans nationaux de santé publique.

Article 50

- ① I. – Dans la première et la dernière phrase du deuxième alinéa du II de l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « Jusqu'au 31 décembre 2006 » sont remplacés par les mots : « Jusqu'au 31 décembre 2007 ».
- ② II. – Pour 2007, le montant maximal des dépenses du fonds institué à l'article L. 221-1-1 est fixé à 195 millions d'euros.
- ③ Ce fonds est doté de 178 millions d'euros au titre de l'exercice 2007.

Exposé des motifs

Le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) a pour vocation de financer des démarches innovantes, qui permettent notamment d'expérimenter en matière de coordination des soins et de développement des réseaux.

Ainsi, ce fonds finance des actions concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville ou à des regroupements de ces mêmes

professionnels, et, le cas échéant, d'aides au développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de soins liant des professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé. Il finance également des actions concourant aux mêmes objectifs dans le cadre de centres de santé.

L'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale prévoit actuellement que jusqu'au 31 décembre 2006, le fonds peut contribuer aux expérimentations, dans quelques sites pilotes, d'une offre d'hébergement des données de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales. Jusqu'au 31 décembre 2006, il peut également contribuer à la mise en œuvre du dossier médical personnel institué par la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004.

Dans ces deux cas, il convient de prolonger jusqu'au 31 décembre 2007 la possibilité pour le fonds de contribuer à ces deux types d'actions.

Il convient enfin, comme chaque année, de fixer la dotation du fonds ainsi que son plafond de dépenses. La dotation pour 2007 est fixée à 178 millions d'euros et le plafond de dépenses est fixé à 195 millions d'euros.

Article 51

- ① I. – Le chapitre préliminaire du titre I^{er} du livre I^{er} de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② A. – Après l'article L. 3110-5 sont insérés trois articles L. 3110-5-1 à L. 3110-5-3 ainsi rédigés :
- ③ « *Art. L. 3110-5-1.* – Le fonds de prévention des risques sanitaires finance la prévention des risques sanitaires exceptionnels, notamment l'achat, le stockage et la livraison de produits destinés à la prophylaxie ou au traitement d'un grand nombre de personnes exposées à une menace sanitaire grave, quelles que soient son origine ou sa nature.
- ④ « Le fonds est un établissement public de l'État administré par un conseil d'administration constitué de représentants de l'État.
- ⑤ « *Art. L. 3110-5-2.* – Les dépenses du fonds sont constituées par :
- ⑥ « 1° La prise en charge, dans la limite des crédits disponibles, des dépenses de prévention des risques sanitaires

exceptionnels notamment l'achat, le stockage et la livraison de produits destinés à la prophylaxie ou au traitement d'un grand nombre de personnes exposées à une menace sanitaire grave, quelles que soient son origine ou sa nature. Les produits et traitements achetés pour la réalisation de ces mesures sont la propriété de l'État, qui est l'autorité adjudicatrice des marchés. Le fonds effectue l'ordonnancement et le paiement de la dépense ;

- ⑦ « 2° Les frais de gestion administrative du fonds.
- ⑧ « *Art. L. 3110-5-3.* – Les recettes du fonds sont constituées par :
- ⑨ « 1° Une contribution à la charge des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, et répartie entre les régimes selon les règles définies à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale ;
- ⑩ « 2° Des subventions de l'État ;
- ⑪ « 3° Les produits financiers ;
- ⑫ « 4° Les dons et legs qui lui seraient affectés. »
- ⑬ B. – L'article L. 3110-10 est ainsi modifié :
- ⑭ 1° Le premier alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑮ « Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par décret en conseil d'État, notamment : » ;
- ⑯ 2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑰ « *f)* La composition du conseil d'administration ainsi que les conditions d'organisation et de fonctionnement de l'établissement public mentionné à l'article L. 3110-5-1. »
- ⑱ II. – À titre transitoire et jusqu'à une date fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, le fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale est chargé de la gestion du fonds mentionné à l'article L. 3110-5-1 du code de la santé publique.

Exposé des motifs

Rendu public le 5 octobre 2001, le plan « Biotox » détermine les responsabilités incombant à chaque ministère en cas d'acte terroriste de nature biologique et prévoit un ensemble de mesures en matière de prévention, de surveillance, d'alerte et d'intervention en cas de crise. Le financement du plan « Biotox » repose sur des crédits provenant pour partie de l'assurance maladie, *via* le fonds de concours, mentionné à l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, relatif à l'achat, au stockage et à la livraison de traitements pour les pathologies résultant d'actes terroristes. L'article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a étendu l'objet du fonds à l'exposition à « une menace sanitaire grave, quelle que soit son origine ou sa nature ».

Les lois de financement pour 2002, 2004, 2005 et 2006 comportaient des dispositions fixant la contribution de l'assurance maladie à ce fonds de concours.

Dans sa décision du 15 décembre 2005 relative à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 (DC n° 2005-528), le Conseil constitutionnel a indiqué que le financement du fonds de concours par l'assurance maladie, du fait de son caractère obligatoire, ne pouvait figurer parmi les recettes autorisées pour un tel fonds, en raison des dispositions de la loi organique relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001 et indiqué que le financement de ces actions devrait être mis en conformité, à compter de l'année 2007, avec ces règles.

En application de cette décision, l'objet du présent article est de proposer un nouveau mode de financement des dépenses de prévention des risques sanitaires exceptionnels. Il est proposé de créer un fonds se substituant au fonds de concours dit « biotox et situations sanitaires exceptionnelles » sous la forme d'un établissement public ayant pour mission de prendre en charge l'ensemble des dépenses requises pour la prévention des risques sanitaires exceptionnels, notamment l'achat, le stockage et la livraison des produits correspondants. Ces produits seront propriété de l'État, le fonds effectuant l'ordonnancement et le paiement de la dépense.

Ce fonds sera financé par une contribution des régimes d'assurance maladie, dont le montant serait fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, ainsi que par l'État. Une organisation pérenne visant à assurer la

préparation du pays aux risques d'une pandémie grippale ou de toute autre menace sanitaire grave pourrait ainsi être assurée. Il est en effet essentiel de doter la collectivité nationale d'un dispositif de stockage et de distribution des produits nécessaires à la détection, à la prévention et au traitement d'un grand nombre de personnes exposées et de victimes.

L'arrêté prévu à l'article L. 3110-5-2 nouveau sera pris rapidement après la promulgation de la loi de financement pour 2007.

La nécessité de mettre en place une organisation opérationnelle au 1^{er} janvier 2007 conduit enfin à proposer, à titre transitoire, de déléguer la gestion du fonds au fonds de solidarité vieillesse, qui dispose d'une grande expérience en ce domaine, ayant eu par le passé à gérer le fonds de réserve des retraites, le fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale ou le fonds de financement de l'allocation personnalisée pour l'autonomie.

Article 52

- ① Pour l'année 2007, les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :
- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale à 169,9 milliards d'euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 146,5 milliards d'euros.

Article 53

- ① Pour l'année 2007, 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)

②

	Objectif de dépense
Dépenses de soins de ville	66,5
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	47,5
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,3
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	4,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,0
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	0,7
Total	144,6

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 54

- ① I. – L'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale est modifié ainsi qu'il suit :
- ② 1° Au deuxième alinéa, après les mots : « sont inférieurs », sont insérés les mots : « à 160 % du salaire minimum de croissance ou » ;
- ③ 2° Après le 7°, il est inséré un 8° ainsi rédigé :
- ④ « 8° Activités de tutorat d'un ou de plusieurs salariés par un ancien salarié de l'entreprise exerçant, après la liquidation de sa pension, cette activité, à titre exclusif, auprès du même employeur sous le régime d'un contrat de travail à durée déterminée pour une durée maximale et dans la limite d'un montant de cumul fixés par décret. Ce décret détermine également les conditions d'ancienneté acquise dans l'entreprise que doit remplir l'intéressé ainsi que le délai maximum séparant son départ de l'entreprise et son retour dans celle-ci. »
- ⑤ II. – Le chapitre II du titre IX du livre IX du code du travail est complété par un article L. 992-9 ainsi rédigé :
- ⑥ « *Art. L. 992-9.* – Le contrat de travail à durée déterminée pour l'exercice des activités de tutorat définies au 8° de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale par un salarié, après la liquidation de sa pension, auprès du même employeur est conclu en application de l'article L. 122-2.
- ⑦ « Un décret détermine la durée du contrat. »

Exposé des motifs

Cet article contient deux mesures assouplissant les règles du cumul emploi-retraite dans un sens plus favorable aux personnes percevant des bas salaires en fin de carrière et au développement du tutorat en entreprises.

Pour les salariés du régime général et des régimes spéciaux, la loi portant réforme des retraites a assoupli le cumul emploi-retraite. Cependant, la règle générale du plafond de revenus s'avère défavorable lorsque les assurés ont perçu des bas salaires en fin de carrière. Afin d'atténuer cet inconvénient, le I de

l'article autorise le cumul emploi-retraite sous réserve que la somme des revenus professionnels après liquidation et des revenus de pensions de base et complémentaires n'excède pas 160 % du salaire minimum de croissance (SMIC).

Pour sa part, le II du projet d'article accroît l'attractivité du tutorat en entreprise en soustrayant les revenus perçus au titre du tutorat des règles de cumul emploi-retraite. Si le développement du tutorat doit reposer prioritairement sur des salariés encore en activité, il convient également de permettre le retour dans l'entreprise du salarié volontaire, qui aurait déjà pris sa retraite, pour y exercer des missions de tutorat.

Ces deux mesures portent application du Plan national d'action concerté pour l'emploi des seniors, présenté par le Premier ministre le 6 juin 2006 et reprennent la demande des partenaires sociaux exprimées dans l'accord national inter-professionnel sur l'emploi des seniors du 13 octobre 2005.

Article 55

- ① I. – Les deuxième et troisième phrases du troisième alinéa de l'article L. 122-14-13 du code du travail sont remplacées par les dispositions suivantes :
- ② « En cas de cessation d'activité organisée en application d'un accord professionnel mentionné à l'article L. 352-3 ou d'une convention mentionnée au 3° de l'article L. 322-4 ou lors de l'octroi de tout autre avantage de préretraite défini antérieurement à la publication de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, un âge inférieur peut être fixé dès lors que le salarié peut bénéficier d'une pension de vieillesse à taux plein au sens du code de la sécurité sociale, sans pouvoir être inférieur à celui qui est fixé au premier alinéa de l'article L. 351-1 du même code. »
- ③ II. – Les accords conclus et étendus avant la publication de la présente loi, déterminant des contreparties en termes d'emploi ou de formation professionnelle et fixant un âge inférieur à celui mentionné au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale dès lors que le salarié peut bénéficier d'une pension de vieillesse à taux plein et que cet âge n'est pas inférieur à celui fixé au premier alinéa de l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale, cessent de produire leurs effets au 31 décembre 2009.

Exposé des motifs

Cette mesure est au nombre des actions du plan national d'action concerté pour l'emploi des seniors, présenté le 6 juin 2006 par le Premier ministre qui s'inscrit dans la bataille pour l'emploi.

Afin de développer l'emploi des seniors, la mesure propose de mettre fin à la possibilité pour les branches de conclure des accords abaissant en dessous de soixante-cinq ans l'âge à partir duquel les employeurs peuvent recourir à la mise à la retraite d'office de leurs salariés.

Afin de ménager une période de transition pour les branches concernées, les accords déjà conclus cesseront de produire leurs effets au-delà de 2009.

Article 56

- ① La loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites est ainsi modifiée :
- ② 1° Le V de l'article 5 est complété par un alinéa rédigé ainsi qu'il suit :
- ③ « L'assuré qui remplit la condition d'âge prévue à l'alinéa précédent continue de bénéficier des règles qui lui étaient applicables, à la date à laquelle il remplit cette condition, pour la détermination de la durée d'assurance maximale et du nombre d'années de salaire ou de revenu servant de base au calcul de la pension dans chacun des régimes mentionnés à l'alinéa précédent. » ;
- ④ 2° Le II de l'article 22 est complété par les mots : « pour les assurés nés après 1947 ».

Exposé des motifs

La loi portant réforme des retraites a pour objectif de favoriser l'allongement de l'activité tout en donnant aux assurés une visibilité suffisante sur le niveau de leur retraite future, ce dont témoignent la mise en oeuvre d'une véritable droit à l'information et l'augmentation progressive et par génération de la durée d'assurance de référence.

Toutefois, la perspective du prochain rendez-vous de la réforme prévu en 2008 pourrait conduire certains salariés qui ont

déjà atteint l'âge de soixante ans à anticiper leurs départs par crainte de nouvelles modifications législatives.

Il convient donc de rassurer les salariés en posant le principe que dès lors qu'ils ont atteint l'âge légal de la retraite les paramètres de calcul liés à la durée de cotisation et au salaire ne seront pas remis en cause par de nouvelles dispositions. C'est l'objet du I.

Dans le même esprit, il convient de faire disparaître certains effets de seuil qui peuvent inciter à un départ prématuré en 2007. C'est l'objet du II pour l'effet de seuil s'agissant de la durée de cotisations – une mesure réglementaire équivalente devant être prise pour le salaire annuel moyen.

Article 57

- ① I. – Les personnes exerçant ou ayant exercé, avant le 31 décembre 2006, à titre indépendant, la profession de moniteur de ski sont réputées avoir satisfait, à cette date, aux obligations résultant de leur affiliation à titre obligatoire à l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales au titre des périodes d'exercice comprises entre le 1^{er} janvier 1978 et le 31 décembre 2006.
- ② II. – Les périodes mentionnées au I du présent article au titre desquelles les personnes mentionnées ont cotisé au dispositif professionnel de retraite mis en place par le syndicat professionnel auquel elles ont adhéré en raison de l'exercice de leur activité de moniteur de ski sont prises en compte pour la détermination de la durée d'assurance fixée en application des dispositions de l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale et donnent lieu à l'attribution de points de retraite du régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales mentionné à l'article L. 643-1 du même code, à raison du montant du nombre de points résultant des cotisations acquittées par les intéressés dans ce dispositif.
- ③ Les périodes mentionnées au I du présent article ne sont pas prises en compte pour l'application des dispositions du dernier alinéa de l'article L. 643-1 du même code.
- ④ Un décret fixe les conditions d'application du présent II.
- ⑤ III. – Les périodes mentionnées au I du présent article au titre desquelles les personnes mentionnées au même paragraphe

ont cotisé au dispositif professionnel de retraite mis en place par le syndicat professionnel auquel elles ont adhéré en raison de l'exercice de leur activité de moniteur de ski, donnent lieu à l'attribution de points de retraite du régime d'assurance vieillesse complémentaire mentionné au I du présent article, à raison du montant du nombre de points résultant des cotisations acquittées par les intéressés dans ce dispositif.

- ⑥ Un décret fixe les conditions d'application du présent III.
- ⑦ IV. – Les réserves du dispositif professionnel spécifique constituées au 31 décembre 2006 sont transférées, respectivement, à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et à la caisse chargée de la gestion du régime d'assurance vieillesse complémentaire mentionné au III du présent article. Un arrêté fixe le montant transféré à chacun de ces organismes. Cet arrêté peut prévoir qu'une partie de ces réserves est consacrée au financement d'un contrat d'assurance qui serait souscrit par le syndicat mentionné au II auprès d'un organisme assureur habilité, aux fins de verser des prestations aux personnes mentionnées au I, ayant atteint en 2007 un âge minimal fixé par décret et âgés de moins de soixante et un ans, ainsi que de verser à leurs ayants-droit les prestations en cas de décès.
- ⑧ V. – Les dispositions du présent article sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2007.
- ⑨ Avant le 31 janvier 2007, le syndicat mentionné au II du présent article transmet à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et à la caisse chargée de la gestion du régime d'assurance vieillesse complémentaire mentionné au III du présent article l'ensemble des données nécessaires à l'application des dispositions du présent article.

Exposé des motifs

Le présent article permet de porter application aux moniteurs de ski du principe d'affiliation obligatoire auprès des régimes de retraite des professions libérales de l'ensemble des activités d'enseignement de toute discipline.

Suite à des contacts approfondis engagés depuis deux ans par le Gouvernement avec l'ensemble des parties concernées –

syndicat des moniteurs de ski et caisses de retraite – une solution équilibrée permet de réaliser l’affiliation des moniteurs de ski.

Ainsi, pour la retraite, la carrière antérieure à 2007 réalisée dans le dispositif professionnel mis en place par le syndicat national des moniteurs de ski français pourra être validée, compte tenu des cotisations acquittées auprès de ce dispositif professionnel (III de l’article pour le régime de base ; IV de l’article pour le régime complémentaire). Cette disposition garantit aux intéressés, actifs ou pensionnés, le versement d’une pension viagère au titre de ces périodes à compter de l’âge de soixante et un ans.

Un décret fixera les règles d’équivalence entre le versement des cotisations et la validation des droits, d’une part, en termes de durée d’assurance et, d’autre part, de nombre de points, dans des conditions cohérentes avec les modalités de validation de carrière de l’ensemble des professionnels libéraux. Les périodes ainsi validées dans le régime des professions libérales vaudront, pour les intéressés, au titre de leur carrière dans l’ensemble des régimes de retraite.

Le dispositif professionnel est naturellement fermé (V de l’article). Ses réserves sont affectées au financement des droits repris par le régime de base et le régime complémentaire, à la participation aux réserves du régime complémentaire et à un dispositif transitoire organisant la fermeture du dispositif professionnel.

Article 58

- ① Les établissements publics de santé et les autres établissements de santé ou organismes publics ou privés associés par convention en application de l’article L. 6142-5 du code de la santé publique participent à la constitution de droits à retraite dans le cadre d’opérations régies par l’article L. 441-1 du code des assurances, par l’article L. 932-24 du code de la sécurité sociale ou par l’article L. 222-1 du code de la mutualité, au bénéfice des personnels enseignants et hospitaliers titulaires mentionnés à l’article L. 952-21 du code de l’éducation qui ne sont pas assujettis à cotisations dans le régime de retraite complémentaire dont bénéficient les agents non titulaires de la fonction publique, sous réserve que ces personnels acquittent au titre de ces opérations un montant minimal de cotisations.

- ② Cette participation est assise sur les émoluments hospitaliers versés ou pris en charge par ces établissements ou organismes dans des limites fixées par décret notamment en fonction des cotisations personnelles des bénéficiaires. Elle est à la charge des mêmes établissements ou organismes que les émoluments sur lesquels elle est assise.

Exposé des motifs

Actuellement, les personnels enseignants et hospitaliers titulaires ne cotisent au régime vieillesse de base que sur une partie de leur rémunération. Afin de leur donner la possibilité d'acquérir davantage de droits à la retraite, une participation de l'employeur est créée, dans le cadre d'un protocole signé le 31 mars 2005 avec leurs représentants syndicaux.

Ce dispositif sera transitoire en vue d'un assujettissement à cotisations dans le régime de retraite complémentaire de l'Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques (IRCANTEC), de tout ou partie de la part hospitalière de leurs revenus.

Article 59

- ① Pour l'année 2007, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés :
- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 170,6 milliards d'euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 88,9 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Le champ des objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour l'exercice 2007 est le même que pour l'exercice 2006. Ils sont en hausse de 5 % pour le régime général et de 4,8 % pour le champ tous régimes, avec une revalorisation des pensions de 1,8 %. Ces hausses sont comparables à celles des deux dernières années (hors adossement du régime des industries électriques et gazières).

Section 3

Dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail et de maladies professionnelles

Article 60

- ① 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 de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 800 millions d'euros au titre de l'année 2007.
- ② 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 d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 315 millions d'euros au titre de l'année 2007.

Exposé des motifs

Le montant fixé pour la contribution au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP) par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 était de 700 millions d'euros.

Compte tenu de l'évolution des charges en 2007, la contribution de la branche devrait être fixée à hauteur de 800 millions d'euros au titre de l'année 2007.

En ce qui concerne le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, au vu de la demande exprimée par le fonds (365 millions d'euros) et de la dotation de l'État (50 millions d'euros), la contribution de la branche AT/MP au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) est maintenue en 2007 à 315 millions d'euros.

Article 61

Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2007, à 410 millions d'euros.

Exposé des motifs

En application de l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, cet article fixe le montant du versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie, au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Cette année, il s'appuie sur le rapport rendu par la commission, prévue au deuxième alinéa de l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, qui s'est réunie à l'été 2005 sous la présidence de M. Noël Diricq, conseiller-maître à la Cour des comptes.

Pour 2007, ce montant est ainsi fixé à 410 millions d'euros.

Article 62

- ① Pour l'année 2007, les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail sont fixés :
- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 11,4 milliards d'euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 10,2 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Le champ des objectifs de dépenses de la branche accidents du travail pour l'exercice 2007 est le même que pour l'exercice 2006. L'évolution prévue des dépenses est de 3 % pour l'ensemble des régimes et 3,4 % pour le régime général.

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

Article 63

- ① À l'article L. 531-6 du code de la sécurité sociale, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Par dérogation au premier alinéa du présent article, le complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant peut être versé au ménage ou à la personne qui recourt, pour assurer la garde d'un enfant, à un établissement d'accueil de jeunes enfants mentionné à l'article

L. 2324-1 du code de la santé publique, dont la capacité d'accueil maximale ne dépasse pas un seuil fixé par décret. »

Exposé des motifs

Le complément de libre choix du mode de garde (CMG) de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) est actuellement attribué aux familles qui recourent à un mode de garde individuel – assistant maternel agréé ou garde à domicile – pour un enfant âgé de moins de six ans. Les modalités de versement du CMG diffèrent toutefois selon que les parents sont directement employeurs de l'assistant maternel agréé ou de la garde à domicile ou selon qu'ils recourent à une association ou une entreprise mettant à leur disposition ces personnels (CMG dit « structure »).

Compte tenu des difficultés actuelles de certaines familles dans la recherche d'un mode de garde sur le territoire, il est nécessaire d'encourager la création et le développement de modes d'accueil alternatifs et innovants, permettant de répondre aux attentes des familles.

La réforme du décret du 1^{er} août 2000, prévue par le plan « petite enfance », prévoit des modalités de création ou d'autorisation de structures expérimentales. Ces structures dérogent à la réglementation de droit commun des établissements d'accueil de jeunes enfants, notamment au regard du niveau de qualification des personnels chargés d'assurer la garde des enfants, ainsi que de la capacité d'accueil maximale de la structure qui sera, dans ce cas, de neuf enfants. Ces structures, qui peuvent être publiques ou privées, se situent donc à mi chemin entre l'accueil individuel et l'accueil collectif. Cette réforme contribuera ainsi à développer et à diversifier l'offre de garde globale sur le territoire, notamment en milieu rural.

La présente mesure a pour objectif de permettre aux familles de percevoir le CMG « structure » lorsqu'elles recourent, pour la garde de leur enfant, à ces structures expérimentales, assurant ainsi le financement de ces modes de garde innovants.

Article 64

- ① I. – Dans la première phrase du premier alinéa et au deuxième alinéa de l'article L. 531-3 du code de la sécurité sociale, les mots : « à compter du premier jour du mois de » sont

remplacés par les mots : « à compter du premier jour du mois civil suivant ».

- ② II. – Au premier alinéa de l'article L. 552-1 du même code, les mots : « de l'allocation de base, » sont supprimés.

Exposé des motifs

L'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) est destinée à prendre en charge le coût lié à l'entretien de l'enfant depuis sa naissance jusqu'à son troisième anniversaire.

Cette disposition vise à aligner la règle actuelle d'ouverture du droit de l'allocation de base sur celle du droit commun des prestations familiales : il est ainsi proposé de fixer la date d'ouverture du droit de l'allocation de base au premier jour du mois civil suivant la naissance ou de l'arrivée du ou des enfants.

Article 65

- ① Il est inséré, après le premier alinéa de l'article L. 521-2 du code de la sécurité sociale, un alinéa ainsi rédigé :

- ② « En cas de résidence alternée de l'enfant au domicile de chacun des parents telle que prévue à l'article 373-2-9 du code civil, mise en œuvre de manière effective, les parents désignent l'allocataire. Cependant la charge de l'enfant pour le calcul des allocations familiales est partagée par moitié entre les deux parents, soit sur demande conjointe des parents, soit si les parents sont en désaccord sur la désignation de l'allocataire. Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent alinéa. »

Exposé des motifs

Les dispositions actuelles du code de la sécurité sociale ne prévoient pas le cas de la résidence alternée de l'enfant à la suite d'un divorce ou d'une séparation des parents qui, dans ce cas, assument pourtant tous deux la charge effective de l'enfant.

En l'absence de textes, à défaut d'accord entre les parents, les prestations continuent d'être versées, à titre exclusif, à la personne allocataire.

Il convient de remédier à une situation qui n'est pas satisfaisante compte tenu des injustices qu'elle suscite, et donc de permettre au parent qui assume une partie de la charge de l'enfant en résidence alternée de faire prendre en compte cette charge dans le calcul des prestations familiales.

Cependant, un partage de toutes les prestations familiales soulève de redoutables difficultés techniques.

Si une réforme globale portant sur l'ensemble des prestations est difficile à élaborer à court terme, il est possible, toutefois, d'apporter une réponse spécifique à certaines difficultés, en particulier en matière d'allocations familiales, qui représentent plus du tiers des prestations familiales servies. Ainsi, le partage de la charge de l'enfant pour le calcul des allocations familiales permettra, sous certaines conditions précisées par voie réglementaire, de reconnaître la qualité d'allocataire à chacun des deux parents séparés.

Article 66

① I. – Le chapitre V du titre II du livre II du code du travail est complété par une section 7 ainsi rédigée :

② « Section 7

③ « *Congé de soutien familial*

④ « Art. L. 225-20. – Tout salarié justifiant d'une ancienneté minimale de deux ans dans l'entreprise, dont le conjoint, le concubin, la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité, l'ascendant, le descendant, l'enfant dont il assume la charge au sens de l'article L. 512-1 du code de la sécurité sociale, ou le collatéral jusqu'au quatrième degré, ou l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité, présente un handicap ou une perte d'autonomie d'une particulière gravité a le droit de bénéficier, une fois durant sa carrière professionnelle, d'un congé de soutien familial non rémunéré.

⑤ « Pour le bénéfice des dispositions du premier alinéa, la personne aidée doit résider en France de façon stable et régulière et ne pas faire l'objet d'un placement en établissement ou chez un tiers autre que le salarié.

- ⑥ « Le congé de soutien familial est d'une durée de trois mois. Il peut être renouvelé. Il ne peut excéder la durée d'un an pour l'ensemble de la carrière.
- ⑦ « Les modalités d'application du présent article, notamment, les critères d'appréciation de la particulière gravité du handicap ou de la perte d'autonomie de la personne aidée, sont fixées par décret.
- ⑧ « *Art. L. 225-21.* – Le salarié est tenu d'informer son employeur dans des conditions fixées par décret.
- ⑨ « *Art. L. 225-22.* – Le salarié peut mettre fin de façon anticipée au congé de soutien familial ou y renoncer dans les cas suivants :
- ⑩ « 1° Décès de la personne aidée ;
- ⑪ « 2° Admission dans un établissement de la personne aidée ;
- ⑫ « 3° Diminution importante des ressources du salarié.
- ⑬ « Il en fait la demande à l'employeur dans des conditions fixées par décret.
- ⑭ « *Art. L. 225-23.* – Le salarié en congé de soutien familial ne peut exercer aucune activité professionnelle.
- ⑮ « Toutefois, le salarié en congé de soutien familial peut être employé par la personne aidée dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 232-7 et au deuxième alinéa de l'article L. 245-12 du code de l'action sociale et des familles.
- ⑯ « *Art. L. 225-24.* – À l'issue du congé de soutien familial, le salarié retrouve son emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente.
- ⑰ « *Art. L. 225-25.* – La durée du congé de soutien familial est prise en compte pour la détermination des avantages liés à l'ancienneté. Le salarié conserve le bénéfice de tous les avantages qu'il avait acquis avant le début du congé.
- ⑱ « *Art. L. 225-26.* – Le salarié qui suspend son activité par un congé de soutien familial a droit à un entretien avant son congé et à un entretien après son congé, relatifs à son orientation professionnelle.
- ⑲ « *Art. L. 225-27.* – Toute convention contraire aux articles L. 225-20 à L. 225-26 est nulle de plein droit. »

- ⑳ II. – Au second alinéa de l'article L. 933-1 du code du travail, après les mots : « présence parentale », sont insérés les mots : « , de soutien familial ».
- ㉑ III. – L'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :
- ㉒ 1° Les troisième et quatrième alinéas sont supprimés ;
- ㉓ 2° Après le cinquième alinéa, il est inséré deux alinéas ainsi rédigés :
- ㉔ « Est également affiliée obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale, pour autant que ses ressources ou celles du ménage ne dépassent pas le plafond du complément familial, la personne bénéficiaire du congé de soutien familial prévu à l'article L. 225-20 du code du travail. Cette affiliation est subordonnée à la production de justificatifs, définis par décret.
- ㉕ « Le travailleur non salarié mentionné aux articles L. 611-1 ou L. 722-1 du code de la sécurité sociale, à l'article L. 722-4 du code rural ou au 2° de l'article L. 722-10 du code rural, ainsi que le conjoint collaborateur mentionné à l'article L. 622-8 du code de la sécurité sociale ou aux articles L. 321-5 et L. 732-34 du code rural, qui interrompt son activité professionnelle pour s'occuper de son conjoint, de son concubin, de la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité, d'un ascendant, d'un descendant, de l'enfant dont il assume la charge au sens de l'article L. 512-1 du code de la sécurité sociale, d'un collatéral jusqu'au quatrième degré ou de l'ascendant, du descendant ou du collatéral jusqu'au quatrième degré de son conjoint, de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité, présentant un handicap ou une perte d'autonomie d'une particulière gravité, est affilié obligatoirement, pour une durée de trois mois, à l'assurance vieillesse du régime général, pour autant que ses ressources ou celles du ménage ne dépassent pas le plafond du complément familial. Cette affiliation peut être renouvelée, dans la limite d'une durée maximale d'une année. Elle est subordonnée à la production de justificatifs, définis par décret » ;
- ㉖ 3° Le dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Cependant, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie rembourse à la caisse nationale des allocations familiales les cotisations acquittées par les organismes débiteurs

des prestations familiales au titre des personnes mentionnées aux quatrième et cinquième alinéas lorsque la personne aidée est une personne âgée ».

②⑦ IV. – Le II de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :

②⑧ « Est également retracée en charges la subvention due à la Caisse nationale des allocations familiales en application de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale, lorsque la personne aidée est une personne âgée. »

②⑨ V. – Le titre VII du livre III du code de la sécurité sociale est complété par un chapitre VIII ainsi rédigé :

③① « *CHAPITRE VIII*

③② « *Bénéficiaires de congés spécifiques d'aide à une personne dépendante ou handicapée*

③③ « *Section I*

③④ « *Bénéficiaires du congé de soutien familial*

③⑤ « *Art. L. 378-1. – Pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations en espèces à l'issue du congé de soutien familial prévu à l'article L. 225-20 du code du travail, l'assuré, sous réserve toutefois de reprendre son activité et de n'avoir perçu aucune rémunération au titre de l'aide familiale apportée, doit justifier des conditions prévues aux articles L. 313-1 et L. 341-2, la période de congé n'entrant pas en compte pour l'appréciation des périodes mentionnées aux dits articles. »*

Exposé des motifs

La génération pivot des cinquante-cinq-soixante-quinze ans a souvent la charge d'un parent plus âgé et dépendant. L'aide apportée par cette génération est primordiale et doit être non seulement préservée mais encore facilitée, sous peine de transférer cette charge à la solidarité nationale.

Il s'agit donc d'aider au mieux celles et ceux qui ont la charge d'un parent dépendant, en reconnaissant leur rôle, en les aidant à accomplir au mieux cette tâche.

À l'occasion de la conférence de la famille 2006, le Premier ministre a souhaité que soit créé un congé de soutien familial.

La mesure proposée offre aux aidants potentiels qui exercent une activité professionnelle un cadre juridique protecteur.

Il s'agit de reconnaître le droit pour toute personne de réduire ou de cesser son activité professionnelle pendant quelques mois pour s'occuper d'un parent dépendant.

Ce nouveau congé est de droit, sous réserve de respecter une condition d'ancienneté dans l'entreprise: il ne peut être refusé par l'employeur.

Il concerne les aidants familiaux auprès des personnes âgées, les aidants familiaux de personnes handicapées dont le handicap est particulièrement lourd (taux d'incapacité supérieur à 80 %), ainsi que les parents assumant la charge d'un enfant handicapé et bénéficiant à ce titre de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) versée par les caisses d'allocations familiales.

Le congé de soutien familial est lié à la personne qui le demande. Il est d'une durée de trois mois, renouvelable dans la limite d'un an. Au terme du congé, le salarié retrouvera son emploi ou un emploi équivalent dans l'entreprise.

Le salarié en congé de soutien familial pourra continuer à acquérir des droits à retraite via l'assurance vieillesse du parent au foyer (AVPF). Créée en 1972, elle garantit à la personne qui cesse ou réduit son activité professionnelle pour s'occuper d'un ou plusieurs enfants (par exemple le congé parental) ou d'un enfant handicapé une continuité de ses droits à la retraite. Le nouveau dispositif permettra de limiter les conséquences défavorables de la renonciation (temporaire) à une activité professionnelle.

En outre, pendant la période du congé, les bénéficiaires resteront couverts par l'assurance maladie.

Enfin, le départ et le retour de l'aidant dans l'entreprise seront préparés par deux entretiens entre le salarié et son employeur.

Les professions non salariées bénéficieront aussi de la constitution des droits à la retraite; ils restent également couverts par l'assurance-maladie.

Le coût de l'affiliation à l'assurance vieillesse du régime général évalué à 10,5 millions d'euros sera pris en charge par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Article 67

- ① Le fonds de cohésion sociale mentionné au III de l'article 80 de la loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale peut garantir des avances remboursables à taux bonifié accordées, par des établissements de crédit avec lesquels il a passé convention, à des personnes de moins de vingt-cinq ans pour les aider dans leur insertion professionnelle.
- ② Le coût de la bonification d'intérêts est à la charge de la caisse nationale des allocations familiales qui peut également participer au financement de la garantie.

Exposé des motifs

Lors de la conférence de la famille du 3 juin 2006, le Premier ministre a annoncé la création d'un prêt « avenir jeunes ». Il s'agit de prêts à taux zéros bénéficiant d'une garantie de l'État, grâce au fonds de cohésion sociale, destinés aux jeunes adultes de dix-huit à vingt-cinq ans pour financer des dépenses liées à leur entrée dans la vie active (achat d'un véhicule, habillement, équipement professionnel, etc.).

La conférence de la famille 2006 était consacrée aux solidarités intergénérationnelles. Les travaux conduits à cette occasion ont démontré la nécessité d'élargir les problématiques traditionnelles de la politique familiale à ce moment charnière que constitue l'entrée dans le monde adulte. Les prêts « avenir jeunes » sont destinés à matérialiser de façon concrète la nécessaire solidarité de la Nation envers ses jeunes.

Ces prêts seront d'un montant maximal unitaire de 5 000 €, pour une durée de remboursement de cinq ans. Ils seront distribués par les réseaux bancaires partenaires, selon des modalités définies par convention. La première année, une enveloppe de 150 millions d'euros de prêts devrait pouvoir être garantie et bonifiée.

La branche famille participe au financement de ce dispositif.

Article 68

- ① Pour l'année 2007, les objectifs de dépenses de la branche famille sont fixés :

- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 55,3 milliards d'euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 54,9 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Le champ des objectifs de dépenses de la branche famille pour l'exercice 2007 est le même que pour l'exercice 2006. Leur évolution sera de 3,1 %, soit près d'un demi point de moins qu'en 2006, principalement en raison de la diminution des effets de montée en charge de la PAJE.

Section 5

Dispositions relatives à la gestion du risque et à l'organisation ou à la gestion interne des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement

Article 69

- ① I. – L'article L. 380-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « 5° Les travailleurs détachés temporairement en France pour y exercer une activité professionnelle et exemptés d'affiliation au régime français de sécurité sociale en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement communautaire, ainsi que les personnes appartenant aux catégories mentionnées aux articles L. 164-14 et L. 313-3. »
- ③ II. – L'article L. 512-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « Le précédent alinéa ne s'applique pas aux travailleurs détachés temporairement en France pour y exercer une activité professionnelle et exemptés d'affiliation au régime français de sécurité sociale en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement communautaire ainsi qu'aux personnes à leur charge, sous réserve de stipulation particulière de cette convention. »

Exposé des motifs

Il s'agit de modifier à la fois les articles L. 380-3 et L. 512-1 du code de la sécurité sociale, afin de clarifier la situation des travailleurs et leur famille, venus en France dans le cadre d'un détachement organisé par un accord international de sécurité sociale, au regard du système de sécurité sociale français.

La procédure de détachement permet en effet le maintien au régime de sécurité sociale du pays d'envoi du salarié. Elle exonère par là même les salariés détachés en France et leur employeur de toutes contributions ou cotisations au régime français, y compris les cotisations patronales pour la famille, les travailleurs détachés n'entrant pas dans la masse salariale de l'entreprise française qui les reçoit.

Or, actuellement ces travailleurs et leurs familles, bien qu'ayant souhaité s'exclure du régime français, peuvent accéder, de par leur simple résidence en France, à la couverture maladie universelle et aux prestations familiales françaises, aucune interdiction du bénéfice de ces prestations n'étant expressément prévue par la loi française.

Ainsi, il apparaît nécessaire de modifier l'article L. 380-3 du code de la sécurité sociale, afin de permettre aux caisses primaires d'assurance maladie de refuser l'affiliation à la couverture médicale universelle (CMU) des travailleurs détachés et de leurs ayants droit.

De même, il convient de modifier l'article L. 512-1 du code de la sécurité sociale, afin d'offrir la même possibilité aux caisses d'allocation familiales de refuser le bénéfice des prestations familiales françaises aux travailleurs détachés et à leur famille.

L'objectif central de cette disposition est de garantir, pour ces catégories de personnes, l'effectivité du lien entre contribution au système de solidarité nationale et bénéfice des prestations.

Article 70

Au troisième alinéa de l'article L. 613-20 du code de la sécurité sociale, les mots : « soit en l'octroi d'indemnités journalières dans tout ou partie des cas entraînant l'incapacité de travail prévue au 5° du même article » sont remplacés par les mots : « soit en l'octroi, dans tout ou partie des cas entraînant

une incapacité de travail, des indemnités journalières prévues au 5° du même article ».

Exposé des motifs

La loi relative à l'assurance maladie a prévu à l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale que le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut décider, après respect de certaines formalités, de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical notamment le versement des indemnités journalières en cas soit de non respect par le médecin des conditions de prescription des arrêts de travail soit de constatation d'un nombre ou d'une durée d'arrêts de travail prescrits supérieurs aux données moyennes constatées au sein d'une union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM).

Le 1° de l'article L. 162-1-15 renvoie au 5° de l'article L. 321-1 relatif aux indemnités journalières versées aux salariés. En l'état des textes, cet article L. 162-1-15 ne s'applique donc pas aux indemnités journalières du régime social des indépendants, régies par l'article L. 613-20 relatif aux prestations supplémentaires de ce régime.

Le présent article a pour objet de rendre l'article L. 162-1-15 applicable aux indemnités journalières du régime social des indépendants en réécrivant l'article L. 613-20 de manière à ce qu'il inclue lui-même un renvoi aux indemnités journalières prévues au 5° de l'article L. 321-1.

Section 6

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 71

- ① Pour l'année 2007, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées à :

②

	<i>(En milliards d'euros)</i>
	<i>Prévisions de charges</i>
<i>Fonds de solidarité vieillesse (FSV)</i>	<i>14,5</i>
<i>Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA)</i>	<i>16,6</i>

Exposé des motifs

Le champ des objectifs de dépenses du FSV et du FFIPSA pour l'exercice 2007 est le même que pour l'exercice 2006. Avec la poursuite de la baisse du chômage, les dépenses du FSV seront en baisse de près de 1 %. Les dépenses du FFIPSA progresseront quant à elles de 1,8 %, sous l'effet de la revalorisation des petites pensions agricoles récemment décidées.

Fait à Paris, le 11 octobre 2006.

Signé : Dominique de VILLEPIN

Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé et des solidarités

Signé : Xavier BERTRAND

*Le ministre délégué à la sécurité sociale,
aux personnes âgées, aux personnes handicapées
et à la famille*

Signé : Philippe BAS

ANNEXES

ANNEXE A

RAPPORT DÉCRIVANT LES MESURES PRÉVUES POUR LA COUVERTURE DES DÉFICITS CONSTATÉS SUR L'EXERCICE 2005

I. – Pour le régime général, l'exercice 2005 fait apparaître un déficit de 11,6 milliards d'euros. Il porte majoritairement sur la branche maladie.

1° Couverture du déficit de la branche maladie

Pour cette branche, le déficit de 8 milliards d'euros a été couvert par un versement de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES).

En effet, l'article 76 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a prévu que la CADES couvrirait :

- les déficits cumulés de la branche maladie au 31 décembre 2003 et le déficit prévisionnel au titre de l'exercice 2004 dans la limite globale de 35 milliards d'euros ;
- les déficits prévisionnels des années 2005 et 2006 dans la limite globale de 15 milliards d'euros.

En 2004, quatre versements ont été effectués par la CADES pour un montant total de 35 milliards d'euros en 2004. Néanmoins, le déficit constaté de la branche maladie en 2004 a été inférieur à celui prévu au moment du débat parlementaire relatif à la loi du 13 août 2004 (33,31 milliards d'euros de déficits cumulés, au lieu des 35 milliards d'euros alors envisagés).

En conséquence, la reprise du déficit 2005, évalué à 8,3 milliards d'euros dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale, a tenu compte d'une régularisation de 1,69 milliard d'euros sur l'exercice précédent, et s'est traduite par un versement de 6,61 milliards d'euros (en date du 7 octobre 2005).

Le déficit réel de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ayant atteint *in fine* 8 milliards d'euros pour l'exercice 2005, une nouvelle régularisation de 300 millions d'euros sera opérée par la CADES lors du versement correspondant à la reprise du déficit prévisionnel de la CNAMTS au titre de 2006.

2° Couverture des déficits des branches vieillesse, famille et accidents du travail – maladies professionnelles

La branche vieillesse du régime général a enregistré en 2005 un déficit de 1,876 milliard d'euro, la branche famille de 1,315 milliard d'euros, et la branche accidents du travail et maladies professionnelles de 0,438 milliard d'euros.

Ces déficits ont été couverts par les emprunts de trésorerie que peut conclure l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) auprès de la Caisse des dépôts et consignations, dans la limite du plafond fixé dans la loi de financement de la sécurité sociale (13 milliards pour 2005 et 18,5 milliards pour 2006).

II. – S'agissant des organismes concourant au financement des régimes :

1° Couverture du déficit du Fonds de financement de la protection sociale agricole (FFIPSA) :

Le Fonds de financement de la protection sociale agricole a été substitué au budget annexe des prestations sociales agricoles à compter du 1^{er} janvier 2005 et a hérité de la dette ce dernier qui s'élevait en 2004 à 3,2 milliards d'euros. Cette dette a été apurée à hauteur de 2,5 milliards par un versement par l'Agence France Trésor en janvier 2006. Pour l'exercice 2005, le déficit du FFIPSA atteint 1,4 milliard d'euros.

Le financement de ces déficits a été assuré par les emprunts de trésorerie que peut conclure le FFIPSA auprès du consortium CALYON dans la limite du plafond fixé par la loi de financement de la sécurité sociale (6,2 milliards pour 2005, 7,1 milliards pour 2006).

2° Couverture du déficit du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) :

Le résultat du FSV pour l'exercice 2005 est déficitaire de 2 milliards d'euros.

Le FSV ne disposant plus de réserve, n'ayant pas le droit d'emprunter et ne recevant pas de dotation d'équilibre de l'État, le déficit cumulé qui s'élève à 3,7 milliards d'euros au 31/12/2005, est inscrit au bilan en fonds de roulement négatif.

Le fonds se retrouve largement en position de débiteur vis à vis de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs

salariés (CNAVTS – 2,7 milliards d’euros au 31/12/2005) et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (0,06 milliard d’euros à cette même date).

Ces montants sont donc financés in fine par les emprunts de trésorerie de l’ACOSS, dans les mêmes conditions que les déficits propres à la CNAVTS.

3° La Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie a été excédentaire de 0,5 milliard d’euros en 2005. Ces montants ont été reportés sur 2006 et affectés au financement d’investissements dans les établissements médico-sociaux (notamment pour des mises aux normes techniques).

ANNEXE B

**RAPPORT DECRIVANT LES PREVISIONS DE RECETTES
ET LES OBJECTIFS DE DEPENSES PAR BRANCHE DES REGIMES
OBLIGATOIRES DE BASE ET DU REGIME GENERAL, LES PREVISIONS
DE RECETTES ET DE DEPENSES DES ORGANISMES CONCOURANT
AU FINANCEMENT DE CES REGIMES AINSI QUE L'OBJECTIF
NATIONAL DE DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE
POUR LES QUATRE ANNEES A VENIR**

Hypothèses d'évolution – moyennes sur la période 2008-2010

	<i>Scénario haut</i>	<i>Scénario bas</i>
<i>PIB volume</i>	3,0 %	2,25 %
<i>Masse salariale du secteur privé</i>	5,2 %	4,4 %
<i>ONDAM</i>	2,5 %	2,2 %
<i>Inflation hors tabac</i>	1,75 %	1,75 %

Les projections quadriennales sont présentées sous deux scénarios économiques et en l'absence de toute affectation de ressources supplémentaires.

Ces deux scénarios reprennent les hypothèses d'évolution du PIB, de la masse salariale et de l'inflation retenues dans les scénarios présentés dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2007. Dans ces deux scénarios et en retenant une progression moyenne de l'ONDAM de 2,5 % dans le scénario haut et de 2,2 % dans le scénario bas, le solde global du régime général et de l'ensemble des régimes de base s'améliore régulièrement sur la période 2007-2010. Le retour à l'équilibre du régime général est atteint en 2009 dans le scénario haut, et en 2010 dans le scénario bas.

Le déficit de la branche maladie se réduit rapidement, la branche redevenant excédentaire dès 2009 dans les deux scénarios. La forte progression apparente des charges et des produits de la branche entre 2005 et 2006 est due à la prise en compte des nouveaux transferts entre l'assurance maladie et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) : en application de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, outre le versement des dépenses médico-sociales, les régimes d'assurance maladie doivent à partir de 2006 comptabiliser en charges un transfert égal à l'ONDAM médico-social vers la CNSA et en contrepartie reçoivent en produits le remboursement par la CNSA des prestations médico-sociales.

L'excédent de la branche accidents du travail – maladies professionnelles augmente régulièrement sur la période.

La branche famille renoue avec une situation excédentaire dès 2008 dans les deux scénarios, notamment du fait de l'achèvement de la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant.

S'agissant de la branche vieillesse, l'anticipation du départ en retraite de certains travailleurs et le grand nombre de bénéficiaires de la mesure « carrière longue » amènent à constater un déficit plus important qu'en 2006. Cette dégradation ne remet pas en cause le sens des projections de moyen et de long terme réalisées dans le cadre du Conseil d'orientation des retraites. Conformément au choix fait de présenter ces tableaux sans affectation de ressources supplémentaire, les présentes projections sont bâties sans préjuger des mesures qui pourraient être prises dans le cadre du premier rendez-vous quinquennal d'examen du financement de la branche pour assurer un retour du régime général à l'équilibre en 2009 et qui devront notamment tenir compte de l'amélioration de la situation de l'emploi.

Les soldes calculés sur l'ensemble des régimes de base sont assez proches de ceux du seul régime général. De nombreux régimes bénéficient en effet de mécanismes garantissant leur équilibre financier (contribution du régime général, subvention de l'État ou attribution d'une ressource externe). Le poids des quelques régimes ne bénéficiant pas de tels dispositifs d'équilibrage étant faible, leurs résultats n'affectent que marginalement celui du régime général.

Le fonds de solidarité vieillesse devrait quant à lui bénéficier de l'amélioration de la conjoncture, qui se traduit par une accélération des recettes, et par un ralentissement des charges au titre de la prise en charge des cotisations de retraite des chômeurs. Son solde s'améliorerait notablement sur la période.

Le fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA) connaît une progression relativement modérée de ses charges comme de ses recettes. Le déficit de ce fonds ne se retrouve pas au sein des comptes de l'ensemble des régimes de base, puisque, avec la mise en place du FFIPSA en 2005, le régime des non salariés agricoles comptabilise un produit à recevoir du FFIPSA.

Prévision de recettes et de dépenses sur la période 2007-2010
 – scénario économique bas –

Régime général

(En milliards d'euros)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Maladie						
Recettes	121,0	136,7	142,6	148,0	154,0	160,4
Dépenses	129,0	142,7	146,5	150,0	153,9	157,8
Solde	- 8,0	- 6,0	- 3,9	- 2,1	0,1	2,6
AT/MP						
Recettes	9,0	9,8	10,3	10,7	11,1	11,6
Dépenses	9,4	9,8	10,2	10,5	10,8	10,9
Solde	- 0,4	0,0	0,1	0,2	0,4	0,7
Famille						
Recettes	50,0	52,0	54,1	56,1	58,4	60,7
Dépenses	51,4	53,3	54,9	56,0	57,3	58,6
Solde	- 1,3	- 1,3	- 0,7	0,1	1,1	2,1
Vieillesse						
Recettes	78,8	82,4	85,4	88,4	91,7	95,5
Dépenses	80,7	84,7	88,9	92,9	96,8	100,7
Solde	- 1,9	- 2,4	- 3,5	- 4,5	- 5,1	- 5,1
Toutes branches consolidé						
Recettes	253,9	275,9	287,3	297,9	309,7	322,5
Dépenses	264,5	285,6	295,3	304,2	313,3	322,3
Solde	- 11,6	- 9,7	- 8,0	- 6,3	- 3,5	0,2

Ensemble des régimes obligatoires de base

(En milliards d'euros)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Maladie						
Recettes	141,8	159,3	166,0	171,6	178,4	185,5
Dépenses	149,9	165,2	169,9	174,1	178,7	183,3
Solde	- 8,1	- 5,9	- 4,0	- 2,5	- 0,2	2,2
AT/MP						
Recettes	10,4	11,1	11,5	12,0	12,5	13,0
Dépenses	10,8	11,1	11,4	11,8	12,1	12,3
Solde	- 0,4	0,0	0,1	0,2	0,4	0,7
Famille						
Recettes	50,5	52,5	54,6	56,6	58,8	61,1
Dépenses	51,7	53,6	55,3	56,4	57,7	59,0
Solde	- 1,2	- 1,2	- 0,7	0,2	1,1	2,1
Vieillesse						
Recettes	154,8	161,0	167,7	174,0	180,3	187,3
Dépenses	156,4	162,7	170,6	178,2	185,3	192,4
Solde	- 1,6	- 1,6	- 2,9	- 4,2	- 4,9	- 5,1
Toutes branches consolidé						
Recettes	352,3	378,8	394,6	408,8	424,5	441,1
Dépenses	363,7	387,6	402,0	415,1	428,1	441,1
Solde	- 11,4	- 8,8	- 7,5	- 6,3	- 3,6	0,0

Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Recettes	12,6	13,4	13,8	14,1	14,7	15,3
Dépenses	14,6	14,6	14,5	14,6	14,7	15,3
Solde	- 2,0	- 1,2	- 0,7	- 0,5	0,0	0,0

Fonds de financement des prestations sociales agricoles

(En milliards d'euros)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Recettes	14,3	14,4	14,5	14,7	14,9	15,1
Dépenses	15,7	16,3	16,6	16,8	17,0	17,3
Solde	- 1,4	- 1,9	- 2,1	- 2,2	- 2,2	- 2,2

Prévision de recettes et de dépenses sur la période 2007-2010

- scénario économique haut -

Régime général

(En milliards d'euros)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Maladie						
Recettes	121,0	136,7	142,6	148,8	155,7	163,0
Dépenses	129,0	142,7	146,5	150,0	154,1	158,9
Solde	- 8,0	- 6,0	- 3,9	- 1,3	1,6	4,1
AT/MP						
Recettes	9,0	9,8	10,3	10,8	11,3	11,9
Dépenses	9,4	9,8	10,2	10,5	10,8	11,0
Solde	- 0,4	0,0	0,1	0,2	0,5	0,9
Famille						
Recettes	50,0	52,0	54,1	56,4	58,9	61,6
Dépenses	51,4	53,3	54,9	56,0	57,3	58,6
Solde	- 1,3	- 1,3	- 0,7	0,4	1,7	3,0
Vieillesse						
Recettes	78,8	82,4	85,4	88,9	92,9	97,4
Dépenses	80,7	84,7	88,9	92,9	96,8	100,7
Solde	- 1,9	- 2,4	- 3,5	- 4,1	- 3,8	- 3,3
Toutes branches consolidé						
Recettes	253,9	275,9	287,3	299,5	313,3	328,1
Dépenses	265,5	285,6	295,3	304,2	313,4	323,3
Solde	- 11,6	- 9,7	- 8,0	- 4,7	0,0	4,7

Ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Maladie						
Recettes	141,8	159,3	166,0	172,4	180,1	188,2
Dépenses	149,9	165,2	169,9	174,0	178,8	184,4
Solde	- 8,1	- 5,9	- 4,0	- 1,7	1,3	3,8
AT/MP						
Recettes	10,4	11,1	11,5	12,1	12,7	13,2
Dépenses	10,8	11,1	11,4	11,8	12,1	12,3
Solde	- 0,4	0,0	0,1	0,3	0,6	1,0
Famille						
Recettes	50,5	52,5	54,6	56,9	59,4	62,1
Dépenses	51,7	53,6	55,3	56,4	57,7	59,0
Solde	- 1,2	- 1,2	- 0,7	0,5	1,7	3,1
Vieillesse						
Recettes	154,8	161,0	167,7	174,5	181,6	189,1
Dépenses	156,4	162,7	170,6	178,3	185,3	192,4
Solde	- 1,6	- 1,6	- 2,9	- 3,7	- 3,7	- 3,3
Toutes branches consolidé						
Recettes	352,3	378,8	394,6	410,5	428,1	446,7
Dépenses	363,7	387,6	402,0	415,1	428,2	442,2
Solde	- 11,4	- 8,8	- 7,5	- 4,7	- 0,1	4,5

Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Recettes	12,6	13,4	13,9	14,2	14,8	15,5
Dépenses	14,6	14,6	14,5	14,6	14,8	15,4
Solde	- 2,0	- 1,2	- 0,6	- 0,4	0,0	0,0

Fonds de financement des prestations sociales agricoles

(En milliards d'euros)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Recettes	14,3	14,4	14,5	14,7	14,9	15,2
Dépenses	15,7	16,3	16,6	16,8	17,0	17,3
Solde	- 1,4	- 1,9	- 2,1	- 2,1	- 2,1	- 2,1

ANNEXE C

ÉTAT DES RECETTES PAR CATEGORIE ET PAR BRANCHE :

- des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ;
- du régime général de la sécurité sociale ;
- des fonds concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale.

1° Recettes par catégorie et par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

Exercice 2005

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Total par catégorie
Cotisations effectives	67,7	85,8	29,2	7,7	190,5
Cotisations fictives	1,0	31,5	0,1	0,3	32,9
Cotisations prises en charge par l'État	7,8	5,8	3,3	1,6	18,5
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Autres contributions publiques	1,1	5,4	6,0	0,1	12,5
Impôts et taxes affectées	61,2	5,6	10,8	0,2	77,8
dont CSG	50,4	0,0	10,4	0,0	60,9
Transferts reçus	1,0	20,0	0,1	0,0	16,2
Revenus des capitaux	0,0	0,2	0,1	0,0	0,4
Autres ressources	1,9	0,5	0,6	0,5	3,5
Total par branche	141,8	154,8	50,5	10,4	352,3

Exercice 2006 (Prévisions)

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Total par catégorie
Cotisations effectives	69,7	89,3	30,3	8,2	197,5
Cotisations fictives	1,0	33,1	0,1	0,3	34,5
Cotisations prises en charge par l'État	1,5	1,3	0,6	0,3	3,7
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Autres contributions publiques	1,6	6,4	6,4	0,1	14,5
Impôts et taxes affectées	71,2	11,1	14,5	1,7	98,6
dont CSG	53,6	0,0	11,0	0,0	64,6
Transferts reçus	12,1	19,1	0,0	0,0	26,4
Revenus des capitaux	0,0	0,2	0,1	0,0	0,3
Autres ressources	2,1	0,5	0,2	0,4	3,3
Total par branche	159,3	161,0	52,5	11,1	378,8

Exercice 2007 (Prévisions)

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Total par catégorie
<i>Cotisations effectives</i>	72,4	93,3	31,5	8,6	205,8
<i>Cotisations fictives</i>	1,1	34,6	0,1	0,3	36,1
<i>Cotisations prises en charge par l'État</i>	1,7	1,4	0,6	0,3	4,0
<i>Cotisations prises en charge par la sécurité sociale</i>	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
<i>Autres contributions publiques</i>	1,6	7,0	6,5	0,1	15,2
<i>Impôts et taxes affectées</i>	74,1	11,5	15,1	1,8	102,6
<i>dont CSG</i>	55,5	0,0	11,4	0,0	66,9
<i>Transferts reçus</i>	13,1	19,3	0,0	0,0	27,5
<i>Revenus des capitaux</i>	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2
<i>Autres ressources</i>	1,9	0,5	0,4	0,4	3,2
Total par branche	166,0	167,7	54,6	11,5	394,6

Les montants figurant en total par branche et par catégorie peuvent être différents de l'agrégation des montants détaillés du fait des opérations réciproques (notamment transferts)

2° Recettes par catégorie et par branche du régime général de sécurité sociale

Exercice 2005

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Total par catégorie
<i>Cotisations effectives</i>	60,4	55,2	29,0	7,0	151,6
<i>Cotisations fictives</i>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Cotisations prises en charge par l'État</i>	7,3	5,4	3,3	1,5	17,4
<i>Cotisations prises en charge par la sécurité sociale</i>	0,2	0,0	0,3	0,0	0,3
<i>Autres contributions publiques</i>	0,4	0,1	6,0	0,0	6,5
<i>Impôts et taxes affectées</i>	49,7	0,9	10,8	0,2	61,5
<i>dont CSG</i>	44,0	0,0	10,4	0,0	54,4
<i>Transferts reçus</i>	0,8	17,1	0,1	0,0	13,2
<i>Revenus des capitaux</i>	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
<i>Autres ressources</i>	2,2	0,1	0,6	0,4	3,3
Total par branche	121,0	78,8	50,0	9,0	253,9

Exercice 2006 (Prévisions)

(En milliards d'euros)

	<i>Maladie</i>	<i>Vieillesse</i>	<i>Famille</i>	<i>AT-MP</i>	Total par catégorie
<i>Cotisations effectives</i>	62,2	57,8	30,1	7,5	157,7
<i>Cotisations fictives</i>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Cotisations prises en charge par l'État</i>	1,4	1,1	0,6	0,3	3,3
<i>Cotisations prises en charge par la sécurité sociale</i>	0,3	0,0	0,3	0,0	0,3
<i>Autres contributions publiques</i>	0,4	0,1	6,4	0,0	6,9
<i>Impôts et taxes affectées</i>	59,4	6,0	14,4	1,6	81,5
<i>dont CSG</i>	46,9	0,0	11,0	0,0	58,0
<i>Transferts reçus</i>	11,0	17,1	0,0	0,0	23,4
<i>Revenus des capitaux</i>	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
<i>Autres ressources</i>	2,0	0,2	0,2	0,4	2,8
Total par branche	136,7	82,4	52,0	9,8	275,9

Exercice 2007 (Prévisions)

(En milliards d'euros)

	<i>Maladie</i>	<i>Vieillesse</i>	<i>Famille</i>	<i>AT-MP</i>	Total par catégorie
<i>Cotisations effectives</i>	64,8	60,6	31,3	7,9	164,5
<i>Cotisations fictives</i>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Cotisations prises en charge par l'État</i>	1,5	1,2	0,6	0,3	3,6
<i>Cotisations prises en charge par la sécurité sociale</i>	0,3	0,0	0,3	0,0	0,4
<i>Autres contributions publiques</i>	0,4	0,1	6,5	0,0	7,1
<i>Impôts et taxes affectées</i>	61,7	6,4	15,0	1,7	84,9
<i>dont CSG</i>	48,6	0,0	11,4	0,0	60,0
<i>Transferts reçus</i>	12,1	17,0	0,0	0,0	24,3
<i>Revenus des capitaux</i>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Autres ressources</i>	1,8	0,1	0,3	0,4	2,6
Total par branche	142,6	85,4	54,1	10,3	287,3

Les montants figurant en total par branche et par catégorie peuvent être différents de l'agrégation des montants détaillés du fait des opérations réciproques (notamment transferts)

3° Recettes par catégorie des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

Exercice 2005

(En milliards d'euros)

	FSV	FFIPSA
Cotisations effectives	0,0	1,7
Cotisations fictives	0,0	0,0
Cotisations prise en charge par l'État	0,0	0,0
Autres contributions publiques	0,0	0,0
Impôts et taxes affectées	10,5	6,2
dont CSG	9,9	0,9
Transferts reçus	2,1	5,8
Revenus des capitaux	0,0	0,0
Autres ressources	0,0	0,6
Total par organisme	12,6	14,3

Exercice 2006 (Prévisions)

(En milliards d'euros)

	FSV	FFIPSA
Cotisations effectives	0,0	1,7
Cotisations fictives	0,0	0,0
Cotisations prise en charge par l'État	0,0	0,0
Autres contributions publiques	0,0	0,0
Impôts et taxes affectées	11,2	6,0
dont CSG	10,4	0,9
Transferts reçus	2,2	6,3
Revenus des capitaux	0,0	0,0
Autres ressources	0,0	0,4
Total par organisme	13,4	14,4

Exercice 2007 (Prévisions)

(En milliards d'euros)

	FSV	FFIPSA
Cotisations effectives	0,0	1,6
Cotisations fictives	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'État	0,0	0,0
Autres contributions publiques	0,0	0,0
Impôts et taxes affectées	11,6	6,1
dont CSG	10,8	1,0
Transferts reçus	2,3	6,3
Revenus des capitaux	0,0	0,0
Autres ressources	0,0	0,5
Total par organisme	13,9	14,5

Imprimé pour l'Assemblée nationale par JOUVE
11, bd de Sébastopol, 75001 PARIS

Prix de vente : 3 €
ISBN : 2-11-121491-4
ISSN : 1240 – 8468

En vente à la Boutique de l'Assemblée nationale
7, rue Aristide Briand - 75007 Paris - Tél : 01 40 63 00 33