

Document
mis en distribution
le 5 décembre 2006



N° 3449

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 18 novembre 2006.

PROJET DE LOI

MODIFIÉ PAR LE SÉNAT

de financement de la sécurité sociale pour 2007,

TRANSMIS PAR

M. LE PREMIER MINISTRE

À

M. LE PRÉSIDENT DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE

(Renvoyé à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.)

Le Sénat a modifié, en première lecture, le projet de loi adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, dont la teneur suit :

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 3362, 3384, 3388 et T.A. 613.

Sénat : 51, 59 60 et T.A. 23 (2006-2007).

PREMIÈRE PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2005

Articles 1^{er} et 2

..... Conformes

DEUXIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2006

Section 1

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

Articles 3 et 4

..... Conformes

Article 5

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.

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.

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 € augmenté de la marge maximum que les entreprises visées au premier alinéa 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.

L'assiette de la contribution est composée de deux parts. Une première part est constituée par le chiffre d'affaires hors taxes 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 0,21 % 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 par le taux de 1,5 % s'impute sur le produit de la première part par le taux de 0,21 %. La contribution totale ne peut cependant être négative.

Lorsqu'une entreprise n'a pas eu d'activité commerciale en 2005, elle n'est redevable que de la première part de la contribution. Si, pour le calcul de la seconde part, une entreprise n'a pas eu d'activité commerciale tout au long de l'année 2005, le chiffre d'affaires pris en compte au titre de cette année est calculé au prorata de la durée écoulée afin de couvrir l'année civile dans son intégralité.

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 même code.

Article 6

..... Conforme.....

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

Articles 7 et 8

..... Conformes

TROISIÈME PARTIE
**DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES
ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL 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

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

1° Le deuxième alinéa de l'article L. 131-6 est ainsi rédigé :

« 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 *sexies* A, 44 *octies*, 44 *octies* A, 44 *undecies* et 151 *septies* A 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 même code et du coefficient multiplicateur mentionné au 7 de l'article 158 du même code. » ;

2° Le deuxième alinéa de l'article L. 136-3 est ainsi rédigé :

« 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 professionnel défini à l'article L. 131-6. » ;

3° Les deux premières phrases du troisième alinéa du I de l'article L. 136-4 sont ainsi rédigées :

« 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 même code ainsi que du coefficient multiplicateur mentionné au 7 de l'article 158 du même code. Les revenus sont majorés des déductions, abattements et exonérations mentionnés aux articles 44 *sexies*, 44 *sexies* A, 44 *undecies*, 73 B et 151 *septies* A du code général des impôts, 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. »

II. – L'article L. 731-15 du code rural est ainsi modifié :

1° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« 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. » ;

2° Le dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces revenus sont également majorés du montant des plus-values à court terme exonérées d'impôt sur le revenu en application de l'article 151 *septies* A du code général des impôts. »

III et IV. – *Non modifiés*.....

Article 10 bis

..... Conforme

Article 11

I à IV. – *Non modifiés*.....

V (*nouveau*). – L'article L. 351-24-1 du même code est ainsi modifié :

1° Dans la première phrase du premier alinéa, les mots : « de deux mois » sont remplacés par les mots : « d'un mois » et la dernière phrase du même alinéa est supprimée ;

2° À la fin du troisième alinéa, les mots : « en tenant compte des caractéristiques du projet de création ou de reprise d'entreprise, notamment sa réalité, sa consistance, sa viabilité et la contribution à l'insertion professionnelle durable de l'intéressé, en fonction de l'environnement économique local » sont supprimés.

Article 11 bis (nouveau)

Le premier alinéa et le début du second alinéa du II de l'article L. 121-4 du code de commerce sont ainsi rédigés :

« En ce qui concerne les sociétés, le statut de conjoint collaborateur n'est autorisé qu'au conjoint du gérant associé unique ou majoritaire d'une société à responsabilité limitée, d'une société d'exercice libéral à responsabilité limitée, ou à celui de l'associé d'une société en nom collectif ou d'une société en commandite simple, sous réserve que ces sociétés répondent à des conditions de seuils fixées par décret en Conseil d'État.

« Le choix effectué par ces conjoints de bénéficiaire du statut de conjoint collaborateur est porté à la connaissance des associés... (*le reste sans changement*). »

Article 11 ter (nouveau)

I. – Après l'article L. 131-6-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 131-6-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 131-6-2.* – Les cotisations obligatoires de sécurité sociale applicables aux travailleurs non salariés non agricoles visés aux articles 50-0 ou 102 *ter* du code général des impôts font l'objet d'une exonération égale à la différence, si elle est

positive, entre le total des cotisations et contributions sociales dont ils sont redevables et des fractions de leur chiffre d'affaires ou de leurs revenus non commerciaux.

« Les dispositions du premier alinéa ne sont pas applicables pendant les périodes au cours desquelles les travailleurs non salariés non agricoles bénéficient des exonérations mentionnées au premier alinéa de l'article L. 161-1-1, aux articles L. 161-1-2, L. 161-1-3, L. 756-2 et au deuxième alinéa de l'article L. 756-5 du présent code, ainsi qu'à l'article 14 de la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville et à l'article 146 de la loi de finances pour 2002 (n° 2001-1275 du 28 décembre 2001). »

II. – Un décret prévoit les conditions d'application du I, et notamment le montant des fractions prévues au premier alinéa de l'article L. 131-6-2 ainsi que les conditions que doivent remplir les bénéficiaires de l'exonération prévue au même alinéa.

III. – L'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le quatrième alinéa est ainsi rédigé :

« Les cotisations sont établies sur une base annuelle. Elles sont calculées, à titre provisionnel, en pourcentage du revenu professionnel de l'avant-dernière année ou de revenus forfaitaires. Lorsque le revenu professionnel est définitivement connu, les cotisations font l'objet d'une régularisation. » ;

2° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Par dérogation aux quatrième et sixième alinéas, les travailleurs non salariés entrant dans le champ de l'exonération visée à l'article L. 131-6-2 peuvent demander annuellement, pour l'année au cours de laquelle débute leur activité professionnelle et les deux années civiles suivantes, à ce que l'ensemble des cotisations et contributions de sécurité sociale dont ils sont redevables soient calculées trimestriellement en fonction de leur chiffre d'affaires ou de leurs revenus non commerciaux. Ce régime est applicable l'année de création de l'entreprise et le reste pendant l'année civile au cours de laquelle les limites de chiffre d'affaires ou de recettes prévues par les articles 50-0 et 102 *ter* du code général des impôts sont dépassées. »

IV. – Dans le premier alinéa de l'article L. 131-6-1 du même code, après les mots : « code du travail », sont insérés les mots : « et lorsqu'il n'est pas fait application du dernier alinéa de l'article L. 131-6 ».

V. – L'article L. 136-3 du même code est ainsi modifié :

1° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« La contribution est établie à titre annuel. Elle est assise, à titre provisionnel, sur le revenu professionnel de l'avant-dernière année précédant celle au titre de laquelle elle est due. Lorsque le revenu professionnel est définitivement connu, la contribution fait l'objet d'une régularisation. » ;

2° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Par dérogation aux troisième et quatrième alinéas, les dispositions du dernier alinéa de l'article L. 131-6 sont applicables lorsque les employeurs ou les travailleurs indépendants ont exercé l'option prévue par ledit alinéa. »

VI. – L'article L. 133-6-2 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au premier alinéa, les travailleurs indépendants relevant des dispositions du dernier alinéa de l'article L. 131-6 sont dispensés de la déclaration de revenus auprès du régime social des indépendants. »

VII. – Un décret détermine les conditions d'application des III à VI, et notamment les obligations déclaratives des travailleurs non salariés.

VIII. – Le I s'applique pour la première fois pour le calcul des cotisations assises sur les revenus de l'année 2007.

Article 12

I. – La dernière phrase du dernier alinéa de l'article L. 129-1 du code du travail est remplacée par cinq phrases ainsi rédigées :

« Toutefois, les associations intermédiaires, les communes, les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, les établissements publics de coopération intercommunale compétents, les organismes ayant passé convention avec un organisme de sécurité sociale au titre de leur action sociale, 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 agréées les unions et fédérations d'associations pour leurs activités qui concourent directement à coordonner et délivrer les services à la personne. Peuvent également être agréés les établissements de santé relevant de l'article L. 6111-1 du code de la santé publique, les centres de santé relevant de l'article L. 6323-1 du même code, 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 même code, pour leurs activités d'aide à domicile rendues aux personnes mentionnées au premier alinéa du présent article. 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 du présent article qui y résident. De même, les entreprises ou associations gestionnaires d'un service d'aide à domicile, agréé qualité au sens du II de l'article R. 129-1 du présent code, peuvent déposer une demande d'autorisation de créer un établissement ou un service dont l'activité relève du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles sans que leur agrément au titre du présent article puisse être remis en cause de ce simple fait. »

II à IV. – *Non modifiés*.....

Article 12 bis

Dans les entreprises et établissements de la branche des hôtels, cafés et restaurants, les majorations et repos compensateurs pour les heures qui peuvent être effectuées entre la trente-sixième et la trente-neuvième heure par les salariés, autres que ceux exerçant des activités de nature administrative hors sites d'exploitation, sont dues sous la forme forfaitaire de six jours ouvrables supplémentaires aux congés visés à l'article L. 223-2 du code du travail, ainsi que d'un jour férié supplémentaire à partir du 1^{er} juillet 2006. Ces jours supplémentaires peuvent être décomptés des congés de même nature ou ayant le même objet en application d'un accord collectif ou d'une décision de l'employeur.

Les heures comprises entre la trente-sixième et la trente-neuvième heure ouvrent droit aux mêmes exonérations que les heures comprises dans la durée légale du travail.

Ces dispositions sont applicables pour la période allant du 1^{er} janvier 2005 à la conclusion d'un accord de branche sur le temps de travail, et au plus tard jusqu'au 31 janvier 2007.

Article 13

I et II. – *Non modifiés*.....

III. – Dans 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 les indemnités de départ volontaire versées aux salariés dans le cadre d'un accord collectif de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, ».

IV. – *Non modifié*.....

V. – Dans le troisième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural, après les mots : « code général des impôts », sont insérés les mots : « ainsi que les indemnités de départ volontaire versées aux salariés dans le cadre d'un accord collectif de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, ».

Article 13 bis

.....Supprimé.....

Article 14

Le IV de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« 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 sécurité sociale, dans les conditions fixées par la loi de financement de la sécurité sociale. En 2007, il est affecté à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et fixé par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale.

« À compter de l'exercice 2007, en cas d'écart négatif 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 fait l'objet d'une régularisation par la plus prochaine loi de finances suivant la connaissance du montant définitif de la perte. »

Article 15

I à IV. – *Non modifiés*.....

V. – 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 pour lesquels le décès de l’assuré ou le terme du contrat intervient après la date de publication de la présente loi.

Article 15 bis

.....Conforme.....

Article 16

I à VII. – *Non modifiés*.....

VIII. – Par dérogation aux dispositions de l’article L. 136-8 du code de la sécurité sociale, le produit de la contribution mentionnée aux articles L. 136-6 et L. 136-7 du même code est versé en 2007 à la Caisse nationale des allocations familiales pour la part correspondant à un taux de 1,08 %, au fonds institué par l’article L. 135-1 du même code pour la part correspondant à un taux de 1,03 %, à la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie mentionnée à l’article L. 14-10-1 du code de l’action sociale et des familles pour la part correspondant à un taux de 0,10 % et aux régimes obligatoires d’assurance maladie, dans les conditions fixées à l’article L. 139-1 du code de la sécurité sociale, pour la part correspondant à un taux de 5,99 %.

IX. – *Non modifié*.....

Articles 17 et 18

.....Conformes.....

Article 18 bis (nouveau)

Après l’article L. 245-6 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 245-6-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 245-6-1. – I. – Peuvent bénéficier d’un abattement de contribution, imputable sur le montant de contribution de l’année fiscale suivante dû en application de l’article L. 245-6 du présent code, les entreprises définies au I de l’article 244 *quater* B du code général des impôts qui assurent l’exploitation, au sens de l’article L. 5124-1 du code de la santé

publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou des spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités.

« II. – Cet abattement de contribution est égal à la somme :

« – d'une part égale à 1,2 % des dépenses visées au *b* du II de l'article 244 *quater* B du code général des impôts exposées au cours de l'année civile au titre de laquelle la contribution visée à l'article L. 245-6 du présent code est due,

« – d'une autre part égale à 40% de la différence entre les dépenses visées au *b* du II de l'article 244 *quater* B du code général des impôts exposées au cours de l'année civile au titre de laquelle la contribution visée à l'article L. 245-6 du présent code est due, et la moyenne des dépenses de même nature, revalorisées de la hausse des prix à la consommation hors tabac, exposées au cours des deux années précédentes, dite part en accroissement.

« III. – Pour les seuls besoins de l'application de l'article 244 *quater* B du code général des impôts, ce crédit de contribution est considéré comme ayant la nature des sommes définies à la première phrase du premier alinéa du III du même article.

« IV. – Lorsqu'une entreprise visée au I du présent article appartient à un groupe tel que défini aux articles 223 A et suivants du code général des impôts, le crédit de contribution se trouve calculé sur la base des dépenses définies au II engagées par l'ensemble des sociétés appartenant à ce groupe. Dans cette hypothèse, le crédit de contribution est considéré, pour les besoins du III, être reçu, dans la limite de ses dépenses définies au II de l'article 244 *quater* B du code général des impôts par la société visée au I du présent article et, pour le solde éventuel, par les autres sociétés du groupe exposant de telles dépenses dans la même limite.

« V. – Lorsqu'un groupe tel que visé à l'article 223 A du code général des impôts intègre plusieurs entreprises définies au I du présent article présentant les caractéristiques d'un groupe tel que visé à l'article L. 138-19 du présent code, le montant du crédit de contribution est réparti, après application individuelle

de la règle définie au II, au prorata du montant de contribution dû par chacune des entreprises.

« VI. – Lorsque le montant de l’abattement de contribution excède le montant de contribution de l’année fiscale suivante dû en application de l’article L. 245-6 du présent code, le solde non imputé n’est ni restituable, ni reportable.

« VII. – Les conditions d’application du présent article sont fixées par décret. L’abattement de contribution est obtenu pour la première fois sur l’activité de recherche et développement au titre de l’année 2007. »

Article 19

Les établissements de santé peuvent reverser à la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés une partie du produit net comptable des cessions de leurs terrains et bâtiments. Les sommes ainsi reversées sont exclusivement affectées au financement des investissements hospitaliers.

Article 20

I et II. – *Non modifiés*.....

III. – Le troisième alinéa de l’article L. 376-1 du même code est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« Les recours subrogatoires des caisses contre les tiers s’exercent poste par poste sur les seules indemnités qui réparent des préjudices qu’elles ont pris en charge, à l’exclusion des préjudices à caractère personnel.

« Conformément à l’article 1252 du code civil, la subrogation ne peut nuire à la victime subrogeante, créancière de l’indemnisation, lorsqu’elle n’a été prise en charge que partiellement par les prestations sociales ; en ce cas, l’assuré social peut exercer ses droits contre le responsable, par préférence à la caisse subrogée.

« Cependant, si le tiers payeur établit qu’il a effectivement et préalablement versé à la victime une prestation indemnisant de manière incontestable un poste de préjudice personnel, son recours peut s’exercer sur ce poste de préjudice. »

III *bis (nouveau)*. – L’article 31 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l’amélioration de la situation des

victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation est ainsi rédigé :

« *Art. 31.* – Les recours subrogatoires des tiers payeurs s'exercent poste par poste sur les seules indemnités qui réparent des préjudices qu'elles ont pris en charge, à l'exclusion des préjudices à caractère personnel.

« Conformément à l'article 1252 du code civil, la subrogation ne peut nuire à la victime subrogeante, créancière de l'indemnisation, lorsqu'elle n'a été indemnisée qu'en partie ; en ce cas, elle peut exercer ses droits contre le responsable, pour ce qui lui reste dû, par préférence au tiers payeur dont elle n'a reçu qu'une indemnisation partielle.

« Cependant, si le tiers payeur établit qu'il a effectivement et préalablement versé à la victime une prestation indemnisant de manière incontestable un poste de préjudice personnel, son recours peut s'exercer sur ce poste de préjudice. »

IV et V. – *Non modifiés*.....

Article 20 bis A (nouveau)

Après l'article L. 726-2 du code rural, il est inséré un article L. 726-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 726-3.* – Le conseil d'administration de la caisse de mutualité sociale agricole ainsi que les assureurs mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-13 peuvent financer des actions destinées à venir en aide aux assurés éprouvant des difficultés pour régler les cotisations légales de sécurité sociale, la contribution sociale généralisée et la contribution pour le remboursement de la dette sociale. Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article. Il fixe notamment les cotisations et contributions éligibles à ces actions, la nature des aides, les modalités de fixation de l'enveloppe annuelle maximum affectée à chaque caisse et aux assureurs mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-13, ainsi que la procédure applicable. »

Article 20 bis

..... Conforme

Article 20 *ter*

I. – *Non modifié*.....

II (*nouveau*). – Le II de l'article 22 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 est ainsi modifié :

1° À la fin du premier alinéa, l'année : « 2006 » est remplacée par l'année : « 2007 » ;

2° À la fin du second alinéa, l'année : « 2007 » est remplacée par l'année : « 2008 ».

Articles 21 et 22

.....Conformes.....

Section 2

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Articles 23 à 27

.....Conformes.....

Section 3

Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité

Articles 28 à 30 *ter* et 31

.....Conformes.....

QUATRIÈME PARTIE
**DISPOSITIONS RELATIVES
AUX DÉPENSES POUR 2007**

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 32 A (nouveau)

Dans le premier alinéa de l'article L. 6133-5 du code de la santé publique, les mots : « trois ans » sont remplacés par les mots : « cinq ans ».

Article 32 B (nouveau)

Les trois premiers alinéas de l'article L. 6221-9 du code de la santé publique sont ainsi rédigés :

« Les directeurs et directeurs adjoints de laboratoires d'analyses de biologie médicale doivent exercer personnellement et effectivement leurs fonctions.

« Ils ne peuvent les exercer dans plus d'un laboratoire.

« Ils ne peuvent exercer une autre activité pharmaceutique ou vétérinaire. »

Article 32

Dans le 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 après avis de la Haute autorité de santé ».

Article 32 bis A (nouveau)

À défaut de conclusion avant le 31 janvier 2007 d'un avenant conventionnel, pris en application des articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, autorisant des médecins relevant de certaines spécialités, sous des conditions tenant notamment à leur formation, à leur expérience professionnelle, à la qualité de leur pratique et à l'information des patients sur leurs honoraires, à pratiquer de manière encadrée

des dépassements d'honoraires pour une partie de leur activité, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut, pendant un délai de quatre mois, modifier à cet effet les dispositions de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes conclue le 12 janvier 2005.

Afin de faciliter l'accès à des soins à tarifs opposables, cet arrêté peut également modifier les tarifs et rémunérations des médecins spécialistes autorisés à pratiquer des dépassements, lorsqu'aucun dépassement n'est facturé, pour les rendre égaux aux tarifs applicables aux médecins qui ne sont pas autorisés à en pratiquer.

Article 32 bis B (nouveau)

I. – Après le premier alinéa de l'article L. 6312-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le transport de personnes décédées, en vue de prélèvement à des fins thérapeutiques, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet, est considéré comme un transport sanitaire depuis le lieu de prise en charge de la personne décédée jusqu'à l'établissement de santé autorisé à pratiquer ces prélèvements. »

II. – L'article L. 2223-43 du code général des collectivités territoriales est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions des deux premiers alinéas de cet article ne s'appliquent pas aux établissements de santé publics ou privés qui assurent le transport des corps de personnes décédées, en vue de prélèvement à des fins thérapeutiques, vers les établissements de santé autorisés à pratiquer ces prélèvements. »

Articles 32 bis, 33 et 34

.....Conformes.....

Article 34 bis (nouveau)

Le délai d'application prévu au deuxième alinéa de l'article 14 de l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions est prorogé pour ce qui concerne les dispositions des 1° et 2° du IV de l'article 2 de ladite ordonnance. Ces dispositions entreront en vigueur, pour chaque chambre de discipline,

à la date de désignation des membres en fonction ou honoraires du corps des conseillers des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel appelés à la présider.

Article 34 ter (nouveau)

Dans l'article L. 4141-2 du code de la santé publique, le mot : « médicaments » est remplacé par les mots : « actes, produits et prestations ».

Article 34 quater (nouveau)

I. – L'article L. 4342-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 4342-1.* – Est considérée comme exerçant la profession d'orthoptiste toute personne qui exécute habituellement des actes professionnels d'orthoptie, définis par décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine.

« Les orthoptistes ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance médicale ou, dans le cadre notamment du cabinet d'un médecin ophtalmologiste, sous la responsabilité d'un médecin. »

II. – Le chapitre II du titre VI du livre III de la quatrième partie du même code est complété par deux articles L. 4362-10 et L. 4362-11 ainsi rédigés :

« *Art. L. 4362-10.* – Les opticiens-lunetiers peuvent adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales de verres correcteurs datant de moins de trois ans dans des conditions fixées par décret, à l'exclusion de celles établies pour les personnes âgées de moins de seize ans et sauf opposition du médecin.

« L'opticien-lunetier informe la personne appareillée que l'examen de la réfraction pratiqué en vue de l'adaptation ne constitue pas un examen médical.

« *Art. L. 4362-11.* – Les opticiens-lunetiers sont tenus de respecter les règles d'exercice et, en tant que de besoin, les équipements fixés par décret. »

Article 34 quinquies (nouveau)

L'article L. 6211-2-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art L. 6211-2-1.* – Les laboratoires établis dans un autre État membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen peuvent effectuer des analyses de biologie médicale au sens de l'article L. 6211-1 sur des prélèvements réalisés en France à destination d'assurés d'un régime français de sécurité sociale dans les conditions définies aux alinéas suivants.

« Lorsque le laboratoire est installé dans un État membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen dont les conditions d'autorisation ou d'agrément ont été préalablement reconnues équivalentes à celles du présent livre, il adresse une déclaration attestant qu'il bénéficie d'une autorisation ou d'un agrément délivré par les autorités compétentes.

« Lorsque le laboratoire ne répond pas aux conditions définies au deuxième alinéa, l'exécution des analyses est subordonnée à l'obtention d'une autorisation administrative qui lui est délivrée après vérification que ses conditions de fonctionnement sont équivalentes à celles définies par le présent livre. »

Article 35

I, I bis, II à IV. – *Non modifiés*.....

V (*nouveau*). – L'article L. 162-16-7 du même code est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« La dispense d'avance de frais totale ou partielle mentionnée au 4° de l'article L. 162-16-1 consentie aux assurés, ainsi qu'aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L. 861-1, lors de la facturation à l'assurance maladie de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, est subordonnée à l'acceptation par ces derniers de la délivrance d'un médicament générique, sauf dans les groupes génériques soumis au tarif forfaitaire de responsabilité défini à l'article L. 162-16 ou lorsqu'il existe des génériques commercialisés dans le groupe dont le prix est supérieur ou égal à celui du princeps. Cette disposition ne s'applique pas non plus dans les cas pour lesquels la substitution peut poser des problèmes

particuliers au patient, y compris les cas prévus à l'article L. 5125-23 du code de la santé publique.

« L'accord national mentionné au premier alinéa peut limiter l'extension du mécanisme de suspension de la dispense d'avance de frais mentionnée au précédent alinéa à certaines zones géographiques en fonction des retards constatés sur le développement de la substitution. Ce mécanisme s'exerce dans les zones géographiques n'ayant pas atteint, au début d'une année, les objectifs fixés pour l'année précédente par les partenaires conventionnels mentionnés au premier alinéa. »

VI (*nouveau*). – Le septième alinéa de l'article L. 861-3 du même code est complété par les mots : « dans les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. »

Article 35 bis (*nouveau*)

Après le 5° de l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'accord cadre visé ci-dessus peut prévoir également les modalités d'information des laboratoires titulaires d'une autorisation de mise sur le marché d'un médicament princeps sur l'avancement de la procédure d'inscription au remboursement des spécialités génériques de ce médicament. »

Article 36

I à III. – *Non modifiés*.....

IV (*nouveau*). – L'article L. 5124-13 du code de la santé publique est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Une telle autorisation n'est pas requise pour le particulier qui transporte personnellement un médicament.

« Lorsqu'un particulier procède à l'importation d'un médicament par une autre voie que le transport personnel, il n'est pas non plus soumis à l'obligation d'une autorisation préalable si ce médicament fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché au sens de l'article 6 de la directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil, du 6 novembre 2001, instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain ou d'un enregistrement au sens des articles 14 et 16 *bis* de la même directive dans un État membre de la Communauté européenne

ou un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen. »

Article 36 bis A (nouveau)

I. – Dans l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale, les mots : « précise les conditions » sont remplacés par les mots : « précise la procédure, les conditions ».

II. – Dans l'avant-dernier alinéa du I de l'article L. 162-16-6 du même code, les mots : « précise la procédure et les conditions » sont remplacés par les mots : « précise la procédure, les conditions ».

Article 36 bis B (nouveau)

Après le deuxième alinéa de l'article L. 6121-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les activités de soins prévues au livre II de la troisième partie du présent code ne peuvent faire l'objet d'objectifs quantifiés de l'offre de soins exprimés en volume. »

Article 36 bis

I. – *Non modifié*.....

II (*nouveau*). – L'article L. 161-45 du même code est ainsi modifié :

1° Le 2° est ainsi rédigé :

« 2° Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, versée et répartie dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2 ; »

2° Le 7° est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« 7° Une contribution financière due par les établissements de santé ainsi que par les groupements, réseaux et installations de chirurgie esthétique à l'occasion de la procédure prévue par les articles L. 6113-3, L. 6113-4 et L. 6322-1 du code de la santé publique au titre de chacun de leurs sites d'implantation donnant lieu à certification. La certification des installations de chirurgie esthétique implantées dans les établissements de santé ne donne pas lieu à versement d'une contribution distincte.

« Les montants de cette contribution sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction du nombre cumulé des journées d'hospitalisation et des venues dans l'établissement de santé, le groupement, le réseau ou l'installation de chirurgie esthétique au cours de l'année précédant la visite. Ils ne peuvent être inférieurs à 2 500 €, ni supérieurs à 55 000 €. Cette contribution est exigible dès la notification de la date de la visite de certification. Elle est recouvrée selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'État. »

III (*nouveau*). – Dans le second alinéa de l'article L. 6113-4 du code de la santé publique, les mots : « autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé en vertu de l'article L. 6132-2 ainsi que les groupements de coopération sanitaire mentionnés à l'article L. 6133-1 » sont remplacés par les mots : « et les groupements de coopération sanitaire autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé en vertu, respectivement, des articles L. 6132-2 et L. 6133-1 ».

IV (*nouveau*). – Dans le deuxième alinéa de l'article L. 1411-6 du même code, après les mots : « dont la liste est fixée », sont insérés les mots : « , après avis de la Haute autorité de santé, ».

V (*nouveau*). – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le 5° de l'article L. 161-37, il est inséré un 6° ainsi rédigé :

« 6° Rendre un avis sur tout projet de loi ou de décret instituant des modes particuliers de soins préventifs ou curatifs. » ;

2° Après le 2° de l'article L. 161-40, il est inséré un 2° *bis* ainsi rédigé :

« 2° *bis* Rendre un avis sur la liste des consultations médicales périodiques de prévention et des examens de dépistage mis en œuvre dans le cadre des programmes de santé visés à l'article L. 1411-6 du code de la santé publique ; ».

Article 36 ter (nouveau)

L'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le 4°, il est inséré un 4° *bis* ainsi rédigé :

« 4° *bis* Les conditions et les modalités de mise en œuvre des études pharmaco-épidémiologiques, postérieurement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché visée à l'article L. 5121-8 du code de la santé publique ou dans le règlement (CEE) n° 2309/93 du Conseil, du 22 juillet 1993, établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance des médicaments à usage humain et à usage vétérinaire et instituant une agence européenne pour l'évaluation des médicaments ; »

2° Dans le 5°, les mots : « mentionnés au 3° et au 4° » sont remplacés par les mots : « mentionnés aux 3°, 4° et 4° *bis* ».

Article 36 quater (nouveau)

L'article L. 162-1-13 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa, après la référence : « L. 162-14 », est insérée la référence : « , L. 162-16-1 » ;

2° Dans le troisième alinéa, après les mots : « aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre », sont insérés les mots : « , à l'article L. 162-16-1 ».

Article 37

.....Conforme.....

Article 37 bis (nouveau)

I. – Après l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5125-23-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 5125-23-1.* – Dans le cadre d'un traitement chronique, à titre exceptionnel et sous réserve d'informer le médecin prescripteur, lorsque la durée de validité d'une ordonnance renouvelable est expirée et afin d'éviter toute interruption de traitement préjudiciable à la santé du patient, le pharmacien peut dispenser, dans le cadre de la posologie initialement prévue et dans la

limite d'une seule boîte par ligne d'ordonnance, les médicaments nécessaires à la poursuite du traitement.

« Les conditions d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'État. Les catégories de médicament exclues du champ d'application du présent article sont déterminées par arrêté du ministre en charge de la santé sur proposition de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. »

II. – L'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les médicaments dispensés par un pharmacien en application de l'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie dans la limite d'une seule boîte par ligne d'ordonnance au-delà de la durée de traitement initialement prescrite. »

Article 38

Le chapitre V du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par deux articles L. 165-8 et L. 165-9 ainsi rédigés :

« *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 ou par un régime complémentaire.

« 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.

« 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.

« *Art. L. 165-9 (nouveau)*. – Tout audioprothésiste est tenu de remettre à l'assuré ou à son ayant droit, avant la conclusion du contrat de vente, un devis détaillé comportant le prix de vente hors taxe de chaque appareil proposé et de chaque prestation d'adaptation associée, ainsi que le prix net toutes taxes comprises à payer et le tarif de responsabilité correspondant figurant sur la liste des produits et prestations remboursables mentionnée à l'article L. 165-1.

« Avant le paiement, l'audioprothésiste remet à l'assuré ou à son ayant droit une note détaillée reprenant les mêmes éléments.

« La note est jointe à la feuille de soins. L'audioprothésiste conserve un double du devis et de la note durant deux ans.

« Les infractions au présent article sont constatées et poursuivies dans les conditions prévues pour les infractions aux décisions prises en application de l'article L. 162-38 et punies des mêmes peines. »

Article 38 bis (nouveau)

Les ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale, les syndicats représentatifs des médecins soumis à l'obligation d'assurance mentionnée à l'article L. 1142-2 du code de la santé publique, les fédérations d'organismes assureurs offrant à ces médecins des couvertures en responsabilité civile et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie concluent un accord cadre pour maîtriser les charges pesant sur les professionnels de santé concernés relatives à la souscription d'une assurance.

Le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance, avant le 30 avril 2007, dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, afin de limiter les conséquences de la mise en jeu de la responsabilité civile médicale et de maîtriser les charges en résultant pour les médecins concernés, toutes mesures pour définir les conditions dans lesquelles les indemnités les plus lourdes ayant pour origine des faits fautifs d'un médecin pourront être prises en charge par des contributions ou des financements adaptés à cet effet.

Article 38 ter (nouveau)

Dans les six mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement transmettra au Parlement un rapport sur la

responsabilité civile médicale. Ce rapport présentera un état des lieux des contentieux juridiques impliquant des professionnels de santé dans le cadre de leur exercice, le montant des sommes engagées en réparation et le coût pour les finances publiques de la prise en charge par l'assurance maladie des primes d'assurance des professionnels de santé à ce titre.

Article 38 quater (nouveau)

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

1° Après l'article L. 4135-1, il est inséré un article L. 4135-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4135-2.* – Les entreprises d'assurance couvrant en France les risques de responsabilité civile mentionnés à l'article L. 1142-2 transmettent à l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles instituée à l'article L. 310-12 du code des assurances des données de nature comptable, prudentielle ou statistique sur ces risques.

« Lorsque cette obligation de transmission n'est pas respectée, l'autorité de contrôle peut prononcer des sanctions dans les conditions prévues par l'article L. 310-18 du code des assurances, à l'exception des sanctions prévues aux 3°, 4°, 4° *bis*, 5° et 6° du même article.

« L'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles procède à l'analyse de ces données, les transmet sous forme agrégée et en fait rapport aux ministres chargés de l'économie et de la sécurité sociale. Une copie du rapport est adressée à l'observatoire des risques médicaux.

« Un arrêté des ministres chargés de l'économie et de la sécurité sociale précise les modalités d'application du présent article, et notamment les délais applicables ainsi que la nature, la périodicité et le contenu des informations que les entreprises d'assurance sont tenues de communiquer à l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles. » ;

2° L'article L. 1142-29 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 1142-29.* – Il est créé un observatoire des risques médicaux rattaché à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales dont l'objet est d'analyser les données relatives aux accidents médicaux, affections iatrogènes et infections

nosocomiales, à leur indemnisation et à l'ensemble des conséquences, notamment financières, qui en découlent.

« Ces données sont notamment communiquées par les assureurs des professionnels et organismes de santé mentionnés à l'article L. 1142-2, par les établissements chargés de leur propre assurance, par les commissions régionales prévues à l'article L. 1142-5, par l'office national d'indemnisation des accidents médicaux et par l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles en application des dispositions de l'article L. 4135-2.

« Les modalités d'application du présent article, notamment celles relatives à la transmission de ces données et aux obligations de l'observatoire en termes de recueil et d'analyse, sont fixées par décret. »

II. – Après l'article L. 251-2 du code des assurances, il est inséré un article L. 251-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 251-3.* – Pour les contrats souscrits par une personne assujettie à l'obligation d'assurance en vertu du présent titre, et sans préjudice des possibilités de résiliation mentionnées aux articles L. 113-3, L. 113-4, L. 113-6 et L. 113-9, en cas de résiliation ou de dénonciation de la tacite reconduction à l'initiative de l'assureur, dans les conditions prévues par la police, le délai de prise d'effet à compter de la notification à l'assuré ne peut pas être inférieur à trois mois.

« L'assuré est tenu au paiement de la partie de prime correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, l'assureur doit rembourser à l'assuré, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de prime correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet. À défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal. »

III. – Le I est applicable aux données relatives à la responsabilité civile médicale issues de l'exercice comptable de l'année 2006.

Article 39

I à VI. – *Non modifiés*.....

VI *bis* (nouveau). – Les dispositions du IV, du V et du VI prennent effet à compter du 1^{er} janvier 2008.

VII à XI. – *Non modifiés*.....

XII (nouveau). – L'article L. 6113-8 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les établissements qui ne transmettent pas les informations mentionnées au premier alinéa dans les conditions et les délais fixés par voie réglementaire sont passibles d'une pénalité prononcée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation après avis de la commission exécutive, dans la limite de 5 % de leurs recettes annuelles d'assurance maladie. »

XIII (nouveau). – Après le troisième alinéa de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les établissements qui font obstacle à la préparation et à la réalisation du contrôle sont passibles d'une sanction dont le montant ne peut excéder la limite fixée au troisième alinéa. »

Article 39 bis A (nouveau)

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa de l'article L. 174-4 est complété par les mots : « , ainsi que des donneurs d'éléments et produits du corps humain mentionnés à l'article L. 1211-2 du code de la santé publique » ;

2° Dans l'article L. 322-3, il est inséré un 18° ainsi rédigé :

« 18° Pour les donneurs mentionnés à l'article L. 1211-2 du code de la santé publique, en ce qui concerne l'ensemble des frais engagés au titre du prélèvement d'éléments du corps humain et de la collecte de ces produits. »

Article 39 bis B (nouveau)

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans la première phrase du 4° du I de l'article L. 162-14-1, après les mots : « praticiens libéraux exerçant dans ces zones », sont insérés les mots : « ou les centres de santé qui y sont implantés », et après les mots : « leurs modalités d'exercice », sont insérés les mots : « ou d'organisation » ;

2° La première phrase du 8° de l'article L. 162-32-1 est complétée par les mots : « ainsi que les conditions dans lesquelles ces centres bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et leurs modalités d'exercice ou d'organisation, notamment pour les conduire à intégrer dans leurs équipes des professionnels de santé exerçant des activités numériquement déficitaires dans ces zones. »

Article 39 bis C (nouveau)

Dans la seconde phrase de l'article L. 162-5-4 du code de la sécurité sociale, les mots : « à un médecin généraliste qui s'installe » sont remplacés par les mots : « aux consultations assurées ou prescrites par un médecin généraliste qui s'installe ou exerçant dans un centre de santé nouvellement agréé ».

Article 39 bis

..... Supprimé

Article 39 ter

I. – Après l'article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-21-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-21-3.* – Il est créé, auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour une période de deux ans à compter du 1^{er} janvier 2007, un observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée. Avant la fin du dernier semestre de cette période de deux ans, il est procédé à une évaluation du fonctionnement de cet observatoire ; celle-ci devra se prononcer sur l'opportunité de le voir poursuivre son activité de façon autonome ou de le fusionner avec le conseil de l'hospitalisation mentionné à l'article L. 162-21-2.

« L'observatoire est chargé du suivi tout au long de l'année des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation se fondant sur l'analyse des données d'activité de soins et des dépenses engendrées par ces activités.

« Afin de remplir ses missions, l'observatoire est rendu destinataire, à sa demande, des données nécessaires à l'analyse de l'activité des établissements de santé publics et privés.

« Il remet au Gouvernement et au Parlement un rapport semestriel sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie

relatives aux frais d'hospitalisation. Le Gouvernement consulte l'observatoire préalablement à la mise en œuvre de la procédure prévue au second alinéa du II des articles L. 162-22-3 et L. 162-22-10.

« L'observatoire est composé :

« 1° De représentants des services de l'État ;

« 2° De représentants des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés ;

« 3° (*nouveau*) De représentants des organismes nationaux de l'assurance maladie.

« Les règles relatives à la constitution, à la composition et au fonctionnement de l'observatoire sont définies par décret. »

II (*nouveau*). – L'article L. 162-21-2 du même code est ainsi modifié :

1° Dans la seconde phrase du premier alinéa, les mots : « et au suivi de la réalisation » sont supprimés ;

2° Dans la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « et au suivi de la réalisation » sont supprimés ;

3° Au début du quatrième alinéa, les mots : « Le conseil donne également un avis sur les orientations de la politique salariale et statutaire et les » sont remplacés par les mots : « Le conseil est également informé des orientations de la politique salariale et statutaire et des » ;

4° Le cinquième alinéa est supprimé ;

5° La dernière phrase du dernier alinéa est supprimée.

III (*nouveau*). – Dans le premier alinéa du II des articles L. 162-22-3 et L. 162-22-10 du même code, les mots : « ainsi qu'aux organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé » sont supprimés.

IV (*nouveau*). – Le second alinéa du II de l'article L. 162-22-10 du même code est ainsi rédigé :

« Lorsqu'il apparaît que l'état définitif des charges au titre des soins dispensés l'année antérieure ou le montant des charges constatées au fur et à mesure de l'année en cours n'est pas compatible avec l'objectif de l'année en cours, l'État modifie les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 de manière à garantir son respect dans les conditions prévues

au I du présent article. Cette modification est différenciée, le cas échéant, par catégories d'établissements et par tarifs de prestations. »

Article 39 quater A (nouveau)

Est validé, sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, l'arrêté du 27 septembre 2006 pris en application du II de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale et modifiant l'arrêté du 5 mars 2006 modifié fixant pour l'année 2006 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du même code exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie en tant que la procédure de consultation préalable n'aurait pas permis aux organismes consultés de se prononcer d'une manière éclairée en raison d'une transmission tardive ou incomplète des données et que l'arrêté a été pris en l'absence d'une analyse par activité médicale de l'évolution des charges.

Articles 39 quater à 39 sexies

..... Conformes

Article 39 septies (nouveau)

Après le quatrième alinéa de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque le professionnel ou l'établissement faisant l'objet de la notification d'indu est également débiteur à l'égard de l'assuré ou de son organisme complémentaire, l'organisme de prise en charge peut récupérer la totalité de l'indu. Il restitue à l'assuré et, le cas échéant, à son organisme complémentaire les montants qu'ils ont versés à tort. »

Articles 40 et 40 bis

..... Conformes

Article 40 ter (nouveau)

À la fin de la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 4133-1-1 du code de la santé publique, les mots : « les articles L. 145-1 et suivants du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « l'article L. 4124-6 ».

Article 40 quater (nouveau)

Après le deuxième alinéa de l'article L. 162-4-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les assurés sociaux ont accès à ces données, ainsi qu'à l'historique permettant d'identifier les médecins qui ont consulté leur relevé. »

Article 41

I. – Le I de l'article L. 4111-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« 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.

« Ces personnes doivent avoir satisfait à des épreuves anonymes 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. 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.

« Le nombre maximum mentionné à l'alinéa précédent n'est pas opposable aux réfugiés, apatrides, bénéficiaires de l'asile territorial et bénéficiaires de la protection subsidiaire et aux Français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises.

« 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.

« Nul ne peut être candidat plus de deux fois aux épreuves de vérification des connaissances et à l'autorisation d'exercice. »

II. – *Non modifié*.....

III. – L'article L. 4221-12 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *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.

« Ces personnes doivent avoir satisfait à des épreuves anonymes 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. Le nombre maximum de candidats susceptibles d'être reçus à ces épreuves est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Le nombre maximum mentionné à l'alinéa précédent n'est pas opposable aux réfugiés, apatrides, bénéficiaires de l'asile territorial et bénéficiaires de la protection subsidiaire et aux Français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises.

« 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.

« Nul ne peut être candidat plus de deux fois aux épreuves de vérification des connaissances et à l'autorisation d'exercice. »

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 et ayant passé une convention en application des dispositions des articles L. 6142-5 et L. 6162-5 du même code 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.

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.

Par exception aux dispositions du sixième alinéa du I de l'article 60 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 précitée, 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 du I de l'article L. 4111-2 et au deuxième alinéa de l'article L. 4221-12 du code de la santé publique et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2011.

Article 42

L'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 est ainsi modifié :

1° Le III est ainsi rédigé :

« 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.

« 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 transver-

sales 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 du secteur sanitaire et médico-social, et tient compte du schéma régional d'organisation sanitaire et du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.

« Cet arrêté prend effet le 1^{er} janvier de l'année suivant sa publication.

« 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 au cours duquel la répartition est arrêtée. » ;

2° Le IV est abrogé ;

3° Dans les première et seconde phrases du V, les références : « aux III et IV » sont remplacées par la référence : « au III ».

Article 43

I. – L'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa, les mots : « un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, placé auprès du ministre chargé de l'action sociale » sont remplacés par les mots : « l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux » ;

2° Dans le 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 » ;

3° Dans le 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 » ;

4° Le cinquième alinéa est remplacé par huit alinéas ainsi rédigés :

« L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux prend ses décisions après avis d'un conseil scientifique indépendant dont la composition est fixée par décret. Elle 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 :

« 1° Les ressources de l'agence sont notamment constituées par :

« a) Des subventions de l'État ;

« b) Une dotation globale versée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;

« 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.

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent 1° ;

« 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 ;

« 3° (*nouveau*) Le directeur de l'agence est nommé par décret. »

II. – *Non modifié*.....

Article 44

En vue de faciliter des investissements immobiliers dans les établissements relevant des 2°, 3° et 4° de l'article L. 342-1 du code de l'action sociale et des familles et les établissements habilités à l'aide sociale pour la totalité de leurs places relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 du même code 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, d'une part, dans la limite 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.

Une part des crédits reportés en 2007 au titre des excédents de l'exercice 2006 est affectée, selon les modalités prévues au dernier alinéa de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, dans les deux sous-sections mentionnées au V de ce même article. Ces crédits peuvent être utilisés au financement d'opérations d'investissement et d'équipement immobiliers, pour la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements et des services mentionnés à l'article L. 314-3-1 du même code, des établissements relevant conjointement du 6° du I de l'article L. 312-1 dudit code et de l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation ainsi que des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique. Les conditions d'utilisation de ces crédits sont déterminées par arrêté du ministre chargé des personnes âgées et des personnes handicapées, après avis de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Article 44 bis (nouveau)

L'article L. 315-16 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les établissements publics sociaux et médico-sociaux peuvent exercer leurs recours, s'il y a lieu, contre les résidents, contre leurs débiteurs et contre les personnes désignées par les articles 205, 206, 207 et 212 du code civil. Ces recours relèvent de la compétence du juge aux affaires familiales. »

Article 45

I à III. – *Non modifiés*.....

IV. – Après l'article L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 161-36-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 161-36-2-1.* – Le médecin coordonnateur des établissements mentionnés 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 l'établissement sous réserve de l'accord de celle-ci ou de son représentant légal. »

V (*nouveau*). – Dans le premier alinéa de l'article L. 161-36-3 du même code, les mots : « à l'article L. 161-36-2 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 161-36-2 et L. 161-36-2-1 ».

VI (*nouveau*). – L'article L. 162-1-14 du même code est ainsi modifié :

1° Dans la première phrase du premier alinéa, après les mots : « les établissements de santé, », sont insérés les mots : « les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, » ;

2° Dans la troisième phrase du premier alinéa, après les mots : « un établissement de santé », sont insérés les mots : « ou un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » ;

3° Dans la quatrième phrase du premier alinéa, les mots : « ou de l'établissement de santé » sont remplacés par les mots : « de l'établissement de santé ou de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ».

Article 46

.....Conforme.....

Article 46 bis (*nouveau*)

Le premier alinéa de l'article L. 245-13 du code de l'action sociale et des familles est complété par les mots : « ou, à la demande du bénéficiaire et avec l'accord du président du conseil général, trimestriellement au début de chaque trimestre ».

Article 47

I. – *Non modifié*.....

II (*nouveau*). – Après le troisième alinéa de l'article L. 162-1-11 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les caisses nationales d'assurance maladie peuvent mettre en place des programmes d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques visant à leur apporter des conseils en termes d'orientation dans le système de soins et d'éducation à la santé. »

Articles 48 et 49

..... Conformes

Article 50

I et II. – *Non modifiés*.....

III (*nouveau*). – L'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 221-1-1.* – I. – II est créé un fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

« Le fonds finance des actions et des expérimentations 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, à des regroupements de ces mêmes professionnels ou à des centres de santé.

« Il finance le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé liant des professionnels de santé exerçant en ville et des établissements de santé et médico-sociaux dans les conditions prévues à l'article L. 162-45.

« Il finance des actions ou des structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins et notamment les maisons médicales de garde.

« Il concourt à des actions ou à des structures visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire.

« Il finance des actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé.

« Il contribue à la mise en œuvre du dossier médical personnel mentionné à l'article L. 161-36-1 et notamment au développement d'une offre d'hébergement, au sens de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, des données de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales.

« Les frais de gestion sont à la charge du fonds dans des conditions fixées par décret.

« II. – Les ressources du fonds sont constituées par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. La répartition entre le régime général d'assurance maladie, les régimes d'assurance maladie des professions agricoles et le régime social des indépendants est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

« III. – Le fonds dispose d'un comité national de gestion associant des représentants de l'État et des représentants du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et d'un Conseil national de la qualité et de la coordination des soins, composé de représentants du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des professionnels de santé, des fédérations d'établissements de santé et médico-sociaux et de personnalités nommées en fonction de leur expérience et de leurs compétences par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le bureau du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins est composé à parité de représentants de l'assurance maladie et des professionnels de santé.

« Le fonds dispose également dans chaque région de conseils régionaux de la qualité et de la coordination des soins.

« IV. – Sur proposition du comité national de gestion, le Conseil national de la qualité et de la coordination des soins délibère sur :

« 1° Les orientations stratégiques concernant les priorités d'action du fonds et d'affectation de la dotation ;

« 2° La part affectée au financement d'expérimentations concernant les soins de ville mentionnées au deuxième alinéa du I ;

« 3° La dotation annuelle consacrée au financement des actions à caractère national ou interrégional et celle réservée au financement des actions à caractère régional ;

« 4° Le rapport d'activité annuel.

« Le Conseil national de la qualité et de la coordination des soins peut, sur la base d'un avis motivé, demander un second projet de délibération au comité national de gestion. Il ne peut

s'opposer à ce second projet qu'à la majorité qualifiée des deux tiers des membres le composant.

« V. – Le comité national de gestion élabore les propositions présentées au Conseil national de la qualité et de la coordination des soins. Il répartit la dotation annuelle réservée aux actions régionales entre les missions régionales de santé et attribue les aides pour les actions à caractère national ou interrégional. Toutefois, les décisions d'attribution des aides en vue des expérimentations mentionnées au 2° du IV sont prises par le bureau du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins.

« Le comité national de gestion présente chaque année ses orientations ainsi que le bilan de son activité au Conseil national de la qualité et de la coordination des soins.

« VI. – L'attribution des aides peut être déconcentrée et confiée aux missions régionales de santé mentionnées à l'article L. 162-47, dans des conditions fixées par décret. Les aides peuvent être attribuées sur une base pluriannuelle.

« Les décisions d'attribution des aides en vue des expérimentations mentionnées au 2° du IV sont prises par le bureau du conseil régional de la qualité et de la coordination des soins.

« VII. – La composition et les modalités de fonctionnement du comité national de gestion, du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins et des conseils régionaux de la qualité et de la coordination des soins ainsi que de leurs bureaux sont déterminées par décret. »

IV (*nouveau*). – La sous-section 1 de la section 10 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du même code est ainsi modifiée :

1° Les articles L. 162-43 et L. 162-44 sont abrogés ;

2° Au début du premier alinéa de l'article L. 162-45, les mots : « Pour organiser la coordination et la continuité des soins, la décision mentionnée à l'article L. 162-44 peut » sont remplacés par les mots : « Le comité national de gestion du fonds mentionné à l'article L. 221-1-1 et les missions régionales de santé peuvent ».

V (*nouveau*). – 1. Dans la seconde phrase du second alinéa du I de l'article L. 162-22-2, dans le dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-9 et dans la seconde phrase de l'avant-dernier

alinéa de l'article L. 174-1-1 du même code, les mots : « , outre la part mentionnée à l'article L. 162-43, » sont supprimés.

2. Dans la première phrase du deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 du même code, les mots : « la part mentionnée à l'article L. 162-43 et » sont supprimés.

3. Dans le dernier alinéa de l'article L. 314-3 et à la fin de la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « , et après imputation de la part mentionnée à l'article L. 162-43 du code de la sécurité sociale » sont supprimés.

VI (*nouveau*). – À titre transitoire, les dispositions des articles L. 162-43 et L. 162-44 relatifs à la fixation de la dotation nationale des réseaux et de l'article L. 221-1-1 relative à la fixation de la dotation et du plafond de dépenses du fonds d'aide à la qualité des soins de ville ainsi que celles des articles du code de la sécurité sociale et du code de l'action sociale et des familles mentionnés au V du présent article demeurent en vigueur dans leur rédaction antérieure à la publication de la présente loi jusqu'à la date d'entrée en vigueur des décrets mentionnés au présent article. À cette date, la dotation nationale de développement des réseaux et la dotation au fonds d'aide à la qualité des soins de ville sont transférées au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

Article 50 bis (*nouveau*)

I. – L'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 2° est complété par les mots : « , et notamment l'implantation de maisons médicales de garde » ;

2° Le 4° est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ce programme doit comporter des actions concernant les prescriptions hospitalières exécutées en ville ; »

3° Après le 4°, sont insérés un 5° et un 6° ainsi rédigés :

« 5° L'attribution des aides dont la gestion lui est confiée en application du VI de l'article L. 221-1-1 ;

« 6° Les conditions de financement des établissements de santé au titre de leur participation à la permanence des soins mentionnée à l'article L. 6314-1 du code de la santé publique,

par référence aux rémunérations prévues au 16° de l'article L. 162-5. »

II. – Dans la première phrase de l'article L. 162-5-14 et dans le 2° de l'article L. 162-47 du même code, la référence : « L. 6315-1 » est remplacée par la référence : « L. 6314-1 ».

Article 50 *ter* (nouveau)

I. – Après l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 221-1-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 221-1-2.* – Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, un fonds des actions conventionnelles.

« I. – Les ressources de ce fonds sont constituées :

« 1° Par le produit de la cotisation mentionnée au II de l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale ;

« 2° Par toute autre ressource qui lui serait spécifiquement affectée par les parties conventionnelles.

« II. – Pour les médecins libéraux, le fonds a vocation :

« 1° À financer l'allocation de remplacement prévue par l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 précitée ;

« 2° À participer à des actions d'accompagnement de l'informatisation au bénéfice des médecins dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie ;

« 3° À participer au financement du dispositif de reconversion vers la médecine du travail et de prévention des médecins prévu par l'article L. 241-6-1 du code du travail ;

« 4° À participer au financement de l'aide mentionnée à l'article 16 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

« Pour l'ensemble des professionnels de santé libéraux conventionnés et pour les professionnels exerçant au sein de structures visées à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, le fonds a vocation à financer la formation professionnelle conventionnelle et l'indemnisation des professionnels de santé y participant et à participer au financement des actions d'évaluation des pratiques professionnelles.

« Les frais de fonctionnement du fonds sont pris en charge par le fonds.

« III. – Les décisions de financement sont prises, pour chacune des professions concernées, par les parties aux conventions ou accords mentionnés aux articles L. 162-14-1 et L. 162-32-1 dans des conditions déterminées par ces conventions ou accords.

« IV. – Les conditions d'application du présent article sont définies en tant que de besoin par décret. »

II. – Le solde du compte de résultat constaté à la clôture de l'exercice 2006 du fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale est affecté au fonds des actions conventionnelles.

Les crédits correspondant au financement de l'évaluation des pratiques professionnelles inscrits au fonds d'amélioration de la qualité des soins de ville mentionné à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale sont transférés au fonds des actions conventionnelles.

III. – L'article 4 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins est abrogé.

Article 51

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 :

1° Après l'article L. 3110-5, sont insérés trois articles L. 3110-5-1 à L. 3110-5-3 ainsi rédigés :

« *Art. L. 3110-5-1.* – Le Fonds de prévention des risques sanitaires est un établissement public de l'État à caractère administratif. Il a pour mission de financer 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.

« Le fonds est administré par un conseil d'administration constitué, à parité, de représentants de l'État et de représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie.

« L'État est l'autorité adjudicatrice des marchés nécessaires à la réalisation des missions du fonds et le propriétaire des produits et traitements achetés. Le fonds effectue l'ordonnement et le paiement de la dépense.

« *Art. L. 3110-5-2.* – Les dépenses du fonds mentionné à l'article L. 3110-5-1 sont constituées par :

« 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 ;

« 2° Les frais de gestion administrative du fonds.

« *Art. L. 3110-5-3.* – Les recettes du fonds mentionné à l'article L. 3110-5-1 sont constituées par :

« 1° Une contribution à la charge des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale et répartie entre les régimes selon les règles définies à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale ;

« 2° Des subventions de l'État ;

« 3° Des produits financiers ;

« 4° Des dons et legs.

« Le montant de la contribution mentionnée au 1° du présent article ne peut excéder 50 % des dépenses effectivement constatées du fonds. » ;

2° L'article L. 3110-10 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'État, notamment : » ;

b) Il est ajouté un *f* ainsi rédigé :

« *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.

I *bis (nouveau)*. – Les pertes de recettes résultant pour l'État du plafonnement de la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie à 50 % du montant des dépenses effectivement constatées du Fonds de prévention des risques sanitaires est compensée par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

II. – *Non modifié*.....

III *(nouveau)*. – Le montant de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 3110-5-3 du code de la santé publique est fixé, pour l'année 2007, à 175 millions d'euros.

Articles 52 et 53

.....Conformes.....

Article 53 bis A (nouveau)

I. – L'article L. 162-39 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la fin du premier alinéa, les mots : « la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie » ;

2° Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Les tarifs des soins thermaux pris en charge ; ».

II. – L'article L. 162-40 du même code est abrogé.

III. – Après l'article L. 162-1-7-1 du même code, il est inséré un article L. 162-1-7-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-1-7-2.* – La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un salarié d'un établissement thermal est subordonné à leur inscription sur une liste établie dans les conditions fixées au présent article. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation.

« Les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'Union

nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de la Haute autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

« Les décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le ministre chargé de la santé peut procéder d'office à l'inscription ou à la radiation d'un acte ou d'une prestation pour des raisons de santé publique par arrêté pris après avis de la Haute autorité de santé. Les tarifs de ces actes et prestations sont publiés au *Journal officiel*. »

IV. – L'article L. 162-32 du même code est ainsi modifié :

1° Dans le 1°, les mots : « et les centres de santé mentionnés à l'article L. 162-32-1 » sont remplacés par les mots : « , les centres de santé mentionnés à l'article L. 162-32-1 et les établissements thermaux mentionnés à l'article L. 162-39 ; »

2° Dans le 2°, les mots : « à l'article L. 162-1-7 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-2 » ;

3° Dans le dernier alinéa, après la référence : « L. 162-32-1 », est insérée la référence : « L. 162-39 ».

V. – L'article L. 162-32 du même code est ainsi modifié :

1° Dans le 1°, les mots : « et les centres de santé mentionnés à l'article L. 162-32-1 » sont remplacés par les mots : « , les centres de santé mentionnés à l'article L. 162-32-1 et les établissements thermaux mentionnés à l'article L. 162-39 » ;

2° Dans le sixième alinéa (2°), les mots : « à l'article L. 162-1-7 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-2 ».

VI. – L'article L. 162-15 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« La convention, ses annexes et avenants sont approuvés, lors de leur conclusion ou d'une tacite reconduction, selon les dispositions des trois premiers alinéas de l'article L. 162-15 et entrent en vigueur à compter de leur publication au *Journal officiel*.

« Les dispositions de l'article L. 162-15-2 s'appliquent à la convention mentionnée à l'article L. 162-39 pour ce qui la concerne. » ;

2° Dans le deuxième alinéa, les mots : « la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « l'Union nationale des caisses d'assurance maladie » ;

3° Au début du dernier alinéa, les mots : « La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « L'Union nationale des caisses d'assurance maladie ».

VII. – L'article L. 162-42 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-42.* – Le I de l'article L. 162-14-2 s'applique à la convention mentionnée à l'article L. 162-39 pour ce qui la concerne.

« L'arbitre est désigné par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation nationale représentative des établissements thermaux. À défaut, il est désigné par le président du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. »

VIII. – Dans le 3° de l'article L. 182-2-3 du même code, les mots : « à l'article L. 162-1-7 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-2 ».

Article 53 bis B (nouveau)

L'article L. 162-5-12 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après la première phrase du deuxième alinéa, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Il peut également comporter des sections spécifiques à chaque profession dont les relations avec les organismes d'assurance maladie sont régies par une convention mentionnée aux articles L. 162-14-1 et L. 162-16-1 pour la gestion des sommes affectées à leurs dispositifs de formation continue conventionnelle. » ;

2° La seconde phrase du deuxième alinéa est ainsi rédigée :

« Chaque section est administrée par un conseil de gestion paritaire qui comprend des représentants de l'Union nationale

des caisses d'assurance maladie et des représentants des syndicats signataires de la convention nationale de la profession concernée. » ;

3° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Pour les professions dont il gère le dispositif de formation continue conventionnelle, l'organisme gestionnaire conventionnel est chargé notamment : » ;

4° À la fin du sixième alinéa, les mots : « ou des conventions mentionnées à l'article L. 162-5 » sont remplacés par les mots : « convention concernée » ;

5° Le huitième alinéa est ainsi rédigé :

« – de l'indemnisation des professionnels de santé libéraux conventionnés participant aux actions de formation conventionnelle. »

Article 53 bis C (nouveau)

Le quatrième alinéa de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans la première phrase, les mots : « deux organisations syndicales représentant » sont remplacés par les mots : « deux organisations syndicales représentatives réunissant » ;

2° Dans la deuxième phrase, les mots : « si celle-ci représente au moins » sont remplacés par les mots : « représentative si celle-ci réunit au moins ».

Article 53 bis D (nouveau)

À défaut de conclusion avant le 31 janvier 2007 d'un avenant conventionnel pris en application des articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale prévoyant, conformément aux dispositions de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes conclue le 12 janvier 2005, les conditions de convergence du dispositif du médecin référent avec les dispositions relatives au médecin traitant prévues à l'article L. 162-5-3 du même code, un arrêté publié avant le 31 mars 2007 peut prévoir la possibilité, pour les médecins exerçant à titre libéral, de souscrire à titre individuel un contrat avec l'assurance maladie.

Ce contrat, dont l'arrêté définit le contenu, peut comporter des engagements du médecin relatifs notamment au volume d'activité, à la qualité de sa prescription, à sa formation, à la qualité de sa pratique et à sa participation à la permanence des soins. Il peut comporter également des dispositions relatives aux modalités de rémunération des adhérents au contrat et des dispositions favorisant la dispense d'avance de frais.

Article 53 bis

I. – *Non modifié*.....

II (*nouveau*). – L'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa, après les mots : « aux 2° et 5° de l'article L. 321-1 », sont insérés les mots : « et aux 1° et 2° de l'article L. 431-1 du présent code ainsi qu'aux 1° et 2° de l'article L. 752-3 du code rural » ;

2° Le deuxième alinéa (1°) est complété par les mots : « et au 1° ou au 2° de l'article L. 431-1 du présent code ainsi qu'aux 1° et 2° de l'article L. 752-3 du code rural ».

III (*nouveau*). – Après le septième alinéa (5°) de l'article L. 162-16-1 du même code, il est inséré un 6° ainsi rédigé :

« 6° Les modes de rémunération par l'assurance maladie de la participation des pharmaciens au dispositif de permanence pharmaceutique en application des dispositions prévues à l'article L. 5125-22 du code de la santé publique. »

IV (*nouveau*). – L'article L. 162-15-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« En cas d'urgence, lorsque la violation des engagements prévus par la convention est particulièrement grave ou qu'il en résulte pour l'organisme un préjudice financier, la caisse primaire d'assurance maladie peut décider de suspendre les effets de la convention après avoir mis à même le professionnel de présenter ses observations. Un décret en Conseil d'État précise les conditions et les modalités d'application du présent alinéa. »

V (*nouveau*). – Le même code est ainsi modifié :

1° Dans le troisième alinéa de l'article L. 114-17, les mots : « devant la juridiction administrative » sont remplacés par les mots : « devant le tribunal des affaires de sécurité sociale » ;

2° Dans le deuxième alinéa de l'article L. 162-1-14, les mots : « devant le tribunal administratif » sont remplacés par les mots : « devant le tribunal des affaires de sécurité sociale » ;

3° Après le troisième alinéa de l'article L. 162-22-18, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La sanction peut être contestée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale. » ;

4° Dans la quatrième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 524-7, les mots : « devant la juridiction administrative » sont remplacés par les mots : « devant le tribunal des affaires de sécurité sociale ».

VI (*nouveau*). – L'article L. 6314-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après les mots : « activité libérale, », sont insérés les mots : « à l'article L. 162-5-10 » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Un arrêté fixe les modalités d'indemnisation des astreintes effectuées par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5-10 du code de la sécurité sociale. »

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 54

.....Conforme.....

Article 55

I. – Les deuxième et troisième phrases du troisième alinéa de l'article L. 122-14-13 du code du travail sont ainsi rédigées :

« 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. À compter de l'entrée en vigueur de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2007, aucune convention ou accord collectif prévoyant la possibilité d'une mise à la retraite d'office d'un salarié à un âge inférieur à celui fixé au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale ne peut être signé ou étendu. »

II. – Le troisième alinéa du même article est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les accords conclus et étendus avant la publication de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2007, 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 même code, cessent de produire leurs effets au 31 décembre 2009. »

III (*nouveau*). – Après le troisième alinéa du même article, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les accords et les conventions signés ou étendus avant la publication de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2007 qui ont prévu la possibilité de mise à la retraite d'office d'un salarié avant l'âge fixé au premier alinéa de l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale cessent de produire leurs effets au plus tard le 31 décembre 2007. Les indemnités versées à ce titre au salarié par l'employeur sont assujetties à la contribution instituée à l'article L. 137-10 du même code. »

Article 55 bis

.....Conforme.....

Article 55 ter (*nouveau*)

I. – Le premier alinéa de l'article L. 731-15 du code rural est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces revenus professionnels proviennent de l'ensemble des activités agricoles exercées au cours des années de référence, y compris lorsque l'une de ces activités a cessé au cours desdites années. »

II. – L'article L. 731-19 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces revenus professionnels proviennent de l'ensemble des activités agricoles exercées au cours de l'année de référence, y compris lorsque l'une de ces activités a cessé au cours de ladite année. »

III. – L'article L. 731-23 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 731-23.* – Les personnes qui dirigent une exploitation ou une entreprise agricole dont l'importance est inférieure à celle définie à l'article L. 722-5 et supérieure à un minimum fixé par décret ont à leur charge une cotisation de solidarité calculée en pourcentage de leurs revenus professionnels définis à l'article L. 731-14, afférents à l'année précédant celle au titre de laquelle la cotisation est due. Ces revenus professionnels proviennent de l'ensemble des activités agricoles exercées au cours de l'année de référence, y compris lorsque l'une de ces activités a cessé au cours de ladite année. À défaut de revenu, la cotisation de solidarité est déterminée sur la base d'une assiette forfaitaire provisoire déterminée dans des conditions fixées par décret. Cette assiette forfaitaire est régularisée lorsque les revenus sont connus. Le taux de la cotisation est fixé par décret. »

Article 55 quater (nouveau)

I. – Le deuxième alinéa (a) du I de l'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces revenus proviennent de l'ensemble des activités agricoles exercées au cours de la ou des années de référence, y compris lorsque l'une de ces activités a cessé au cours de la ou desdites années. »

II. – Le deuxième alinéa du VII du même article est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces revenus proviennent de l'ensemble des activités agricoles exercées au cours de la ou des années de référence, y compris lorsque l'une de ces activités a cessé au cours de la ou desdites années. »

Article 55 quinquies (nouveau)

I. – L'article L. 732-38 du code rural est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Des décrets fixent les conditions dans lesquelles les dispositions des articles L. 351-4 et L. 351-12 du code de la sécurité sociale peuvent être étendues au régime d'assurance vieillesse des non-salariés des professions agricoles.

« Les dispositions prévues à l'article L. 351-4-1 du même code sont rendues applicables à ce régime. »

II. – Dans l'article L. 634-2 du code de la sécurité sociale, après les mots : « aux articles L. 351-4, », est insérée la référence : « L. 351-4-1 ».

Article 56

..... Conforme

Article 57

I à III. – *Non modifiés*.....

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 temporaires aux personnes mentionnées au II âgées de moins de soixante et un ans en 2007 et ayant liquidé leurs droits auprès du régime spécifique jusqu'en 2007 et aux personnes mentionnées au II nées en 1949 et 1950 respectivement à partir de leurs cinquante-neuvième et soixantième anniversaires, ainsi que de verser à leurs ayants droit les prestations en cas de décès.

Le versement d'une pension de retraite par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales ou la caisse chargée de la gestion du régime d'assurance vieillesse complémentaire mentionné au III entraîne la cessation des prestations versées au titre du contrat d'assurance visé au premier alinéa du présent IV. Les rentes qui auraient été versées au titre du contrat d'assurance mentionné au même alinéa concomitamment au service d'une pension de vieillesse des régimes d'assurance vieillesse obligatoire des professions libérales sont reversées par

leur bénéficiaire à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales qui en verse une fraction à la caisse chargée de la gestion du régime d'assurance vieillesse complémentaire mentionné au III.

V. – *Non modifié*.....

Article 57 bis (nouveau)

I. – Il ne peut plus être créé de régime complémentaire facultatif en application du troisième alinéa des articles L. 644-1 et L. 723-14 du code de la sécurité sociale à compter du 1^{er} janvier 2007.

II. – Les contrats souscrits par les adhérents à un régime créé en application du troisième alinéa des articles L. 644-1 et L. 723-14 du code de la sécurité sociale peuvent être transférés à un organisme régi par le livre II du code de la mutualité ou à une entreprise régie par le code des assurances. La décision de transfert est prise par le conseil d'administration de l'organisme gestionnaire du régime.

Les deuxième et quatrième alinéas de l'article L. 212-11 du code de la mutualité, ainsi que les deux premières phrases du dernier alinéa du même article, sont applicables lorsque les contrats sont transférés à une mutuelle régie par le livre II du même code.

Les deuxième et dernier alinéas de l'article L. 324-1 du code des assurances sont applicables lorsque les contrats sont transférés à une entreprise régie par ce même code.

Articles 58 et 59

..... Conformes

Article 59 bis (nouveau)

I. – L'article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les versements mentionnés aux 1^o et 2^o qui sont utilisés pour compléter la durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes, ou pour compléter la durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré, afin de lui ouvrir le bénéfice des dispositions de l'article L. 351-1-1, font l'objet

d'un barème spécifique. Ce barème est établi dans le respect du principe de neutralité actuarielle. »

II. – Le dernier alinéa de l'article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue du I, est applicable aux versements prévus aux articles L. 634-2-2, L. 643-2 et L. 723-10-3 du même code.

Article 59 ter (nouveau)

L'article 108 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales est ainsi rédigé :

« *Art. 108.* – Les fonctionnaires qui demanderont leur intégration dans la fonction publique territoriale relèveront du régime spécial de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales à compter de la date d'effet de l'intégration. Lorsqu'ils réuniront les conditions prévues par la réglementation de ce régime, ils pourront bénéficier d'une pension rémunérant les services effectifs accomplis, y compris à l'État, antérieurement à l'intégration. En contrepartie, une compensation financière intégrale des charges ainsi assurées pour le compte de l'État sera accordée à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales dans des conditions fixées par une loi de finances. »

Section 3

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

Article 60

.....Conforme.....

Article 60 bis (nouveau)

La dotation de l'État au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixée comme suit pour les années 2008 à 2010 :

Année	2008	2009	2010
Dotation de l'État (en pourcentage des recettes totales du Fiva)	17 %	22 %	30 %

Article 60 ter (nouveau)

Dans le deuxième alinéa du II de l'article 47 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005, les mots : « deux millions » sont remplacés par les mots : « quatre millions ».

Article 60 quater (nouveau)

I. – Le 1° du I de l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« L'exercice des activités de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, de flochage et de calorifugeage à l'amiante de l'établissement doit présenter un caractère significatif. »

II. – Le VII de l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 précitée est ainsi rédigé :

« VII. – 1° Un décret en Conseil d'État définit :

« – les activités de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, de flochage et de calorifugeage à l'amiante mentionnées au I ;

« – les conditions de fixation des périodes de référence mentionnées au 1° du I ;

« – ainsi que les critères permettant d'établir le caractère significatif de l'exercice des activités précitées mentionné au 1° du I ;

« 2° Un décret fixe :

« – les conditions d'octroi de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante ;

« – ainsi que les règles de fonctionnement du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et du conseil de surveillance de ce fonds mentionnés au présent article. »

Articles 61 et 62

..... Conformes

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche Famille

Article 63

..... Conforme

Article 64

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

II. – *Supprimé*.....

Article 65

..... Conforme

Article 66

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

« *Section 7*

« Congé de soutien familial

« *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 d'un congé de soutien familial non rémunéré.

« 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.

« 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.

« 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.

« *Art. L. 225-21.* – Le salarié est tenu d'informer son employeur de sa volonté de bénéficier d'un congé de soutien familial dans des conditions fixées par décret.

« *Art. L. 225-22.* – Le salarié peut mettre fin de façon anticipée au congé de soutien familial ou y renoncer dans les cas suivants :

« 1° Décès de la personne aidée ;

« 2° Admission dans un établissement de la personne aidée ;

« 3° Diminution importante des ressources du salarié ;

« 4° (*nouveau*) Recours à un service d'aide à domicile pour assister la personne aidée ;

« 5° (*nouveau*) Congé de soutien familial pris par un autre membre de la famille.

« Il en fait la demande à l'employeur dans des conditions fixées par décret.

« *Art. L. 225-23.* – Le salarié en congé de soutien familial ne peut exercer aucune activité professionnelle.

« 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 ou au deuxième alinéa de l'article L. 245-12 du code de l'action sociale et des familles.

« *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.

« *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.

« *Art. L. 225-26.* – Le salarié qui suspend son activité par un congé de soutien familial a droit à un entretien avec son

employeur avant et après son congé, relatif à son orientation professionnelle.

« Art. L. 225-27. – Toute convention contraire aux articles L. 225-20 à L. 225-26 est nulle de plein droit. »

II. – *Non modifié*.....

III. – L'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les troisième et quatrième alinéas sont supprimés ;

2° Après le cinquième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« 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.

« 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 même code, 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 n'est pas subordonnée à la radiation du travailleur non salarié du centre de formalités des entreprises dont il relève. Elle est subordonnée à la production de justificatifs, définis par décret. » ;

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. »

IV. – *Non modifié*.....

IV bis (nouveau). – Le quatrième alinéa du III du même article L. 14-10-5 est ainsi rédigé :

« Sont également retracées en charges les subventions dues à la Caisse nationale d'allocations familiales en application des articles L. 381-1 du code de la sécurité sociale, lorsque la personne aidée est une personne handicapée, et L. 541-4 du même code. »

V. – *Non modifié*.....

Article 67

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 âgées de dix-huit à vingt-cinq ans pour les aider dans leur insertion professionnelle. Les parents assumant la charge d'un mineur titulaire du contrat de travail mentionné à l'article L. 117-1 du code du travail peuvent également bénéficier de cette avance.

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.

Article 67 bis (nouveau)

Après l'article L. 223-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 223-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 223-4. – En cas d'adossement d'un régime de retraite spécial sur la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés réalisé dans les conditions prévues à l'article L. 222-6, le principe de stricte neutralité financière de l'opération pour les assurés sociaux du régime général posé par l'article

L. 222-7 s'applique également à l'égard des assurés sociaux relevant de la Caisse nationale des allocations familiales pour le calcul de la participation mentionnée au 5° de l'article L. 223-1.

« Les rapports établis en application des deuxième et troisième alinéas de l'article L. 222-7 mentionnent les éléments d'information démographiques, financiers et économiques permettant d'apprécier le respect du principe de stricte neutralité de l'adossment à l'égard des assurés sociaux relevant de la Caisse nationale des allocations familiales. »

Article 68

..... Conforme

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 A (nouveau)

I. – Après l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 114-18 ainsi rédigé :

« *Art. L. 114-18.* – Toute personne qui, par quelque moyen que ce soit, incite les assujettis à refuser de se conformer aux prescriptions de la législation de sécurité sociale, et notamment de s'affilier à un organisme de sécurité sociale, ou de payer les cotisations et contributions dues, est punie d'un emprisonnement de six mois et d'une amende de 15 000 € ou de l'une de ces deux peines seulement.

II. – À compter de la publication de la présente loi, sont abrogées les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 652-7 du code de la sécurité sociale au titre des agissements n'ayant pas fait l'objet à cette date de poursuites aux fins de l'application desdites dispositions.

III. – Dans le premier alinéa de l'article L. 637-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « en application de l'article », sont insérés les mots : « L. 114-18 ou de l'article ».

Articles 69, 69 bis, 69 ter et 70

..... Conformes

Article 70 bis A (nouveau)

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

1° Après l'article L. 161-36-2, il est inséré un article L. 161-36-2-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 161-36-2-2.* – I. – Les professionnels de santé accèdent au dossier médical personnel d'une personne hors d'état d'exprimer sa volonté, en présence d'une situation comportant un risque immédiat pour sa santé, sauf si cette personne avait auparavant manifesté son opposition expresse à ce que son dossier soit consulté ou alimenté dans une telle situation.

« Le médecin régulateur du centre de réception et de régulation des appels d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6112-5 du code de la santé publique qui reçoit un appel concernant une personne accède, sauf si cette personne avait auparavant manifesté son opposition expresse à ce que son dossier soit consulté dans une telle situation, au dossier médical personnel de celle-ci.

« II. – Le professionnel de santé recueille, après avoir informé la personne concernée, son consentement pour qu'un autre professionnel de santé à qui il serait nécessaire de confier une partie de la prestation accède à son dossier médical personnel et l'alimente. » ;

2° L'article L. 161-36-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Il détermine également les modalités de fixation de la tarification applicable aux hébergeurs mentionnés à l'article L. 161-36-1, au regard des missions qui leur sont confiées pour la gestion du dossier médical personnel. » ;

3° Après l'article L. 161-36-4, sont insérés deux articles L. 161-36-4-1 et L. 161-36-4-2 ainsi rédigés :

« *Art. L. 161-36-4-1.* – Le décret prévu à l'article L. 161-36-4 fixe les conditions dans lesquelles les informations contenues dans le dossier médical personnel contribuent à alimenter le carnet de santé prévu à l'article L. 2132-1 du code de la santé publique.

« *Art. L. 161-36-4-2.* – Afin de favoriser la coordination, la qualité, la continuité des soins et la sécurité de la dispensation des médicaments, produits et objets définis à l'article L. 4211-1 du code de la santé publique, il est créé, pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie, avec son consentement, un dossier pharmaceutique dont les informations alimentent le dossier médical personnel mentionné à l'article L. 161-36-1, dans des conditions précisées par le décret prévu à l'article L. 161-36-4.

« Sauf opposition du patient quant à l'accès du pharmacien à son dossier pharmaceutique et à l'alimentation de celui-ci, tout pharmacien d'officine est tenu d'alimenter le dossier pharmaceutique à l'occasion de la dispensation.

« La mise en œuvre du dossier pharmaceutique est assurée par le Conseil national de l'ordre des pharmaciens mentionné à l'article L. 4231-2 du code de la santé publique. »

II. – Le dernier alinéa de l'article L. 4231-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Il organise la mise en œuvre du dossier pharmaceutique mentionné à l'article L. 161-36-4-2 du code de la sécurité sociale. »

III. – Après le troisième alinéa de l'article L. 1111-8 du même code, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« La détention et le traitement sur des supports informatiques de données de santé à caractère personnel par des professionnels de santé, des établissements de santé ou des hébergeurs de données de santé à caractère personnel sont subordonnés à l'utilisation de systèmes d'information conformes aux prescriptions adoptées en application de l'article L. 1110-4 et répondant à des conditions d'interopérabilité arrêtées par le ministre chargé de la santé.

« Les professionnels et établissements de santé peuvent, par dérogation aux dispositions de la dernière phrase des deux premiers alinéas du présent article, utiliser leurs propres systèmes ou des systèmes appartenant à des hébergeurs agréés sans le consentement exprès de la personne concernée dès lors que l'accès aux données détenues est limité au professionnel de santé ou à l'établissement de santé qui les a déposées, ainsi qu'à la personne concernée dans les conditions prévues par l'article L. 1111-7 du code de la santé publique. »

IV. – Sauf lorsqu'elle s'applique à des demandes d'agrément portant sur l'hébergement des dossiers médicaux personnels prévus à l'article L. 161-36-1 du code de la sécurité sociale, la procédure d'agrément prévue à l'article L. 1111-8 du code de la santé publique est suspendue pendant une période de deux ans à compter de la publication de la présente loi.

Pendant le délai de deux ans prévu au premier alinéa du présent IV, toute personne peut exercer l'activité d'hébergement de données de santé à caractère personnel, autres que celles constituant le dossier médical personnel prévu à l'article L. 161-36-1 du code de la sécurité sociale, à condition de satisfaire aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. La poursuite de cette activité au-delà de la période transitoire est subordonnée au dépôt d'une demande d'agrément avant l'expiration de ladite période. L'activité d'hébergement peut alors être poursuivie jusqu'à ce qu'il soit statué sur cette demande.

La dérogation prévue au cinquième alinéa de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, tel que résultant du III du présent article, entre en vigueur à compter de la période de suspension de deux ans mentionnée au premier alinéa du présent IV.

V. – Après l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-8-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1111-8-1.* – Un identifiant de santé des personnes prises en charge par un professionnel de santé ou un établissement de santé ou dans le cadre d'un réseau de santé défini à l'article L. 6321-1 est utilisé, dans l'intérêt des personnes concernées et à des fins de coordination et de qualité des soins, pour la conservation, l'hébergement et la transmission des informations de santé. Il est également utilisé pour l'ouverture et la tenue du dossier médical personnel institué par l'article L. 161-36-1 du code de la sécurité sociale et du dossier pharmaceutique institué par l'article L. 161-36-4-2. Un décret, pris après avis conforme de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, fixe le choix de cet identifiant ainsi que ses modalités d'utilisation. »

VI. – L'article 5 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie est abrogé.

Article 70 bis B (nouveau)

I. – L'article L. 182-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire peut être constituée sous la forme d'une association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901. »

II. – Sous réserve des décisions passées en force de chose jugée, sont validées toutes dispositions réglementaires et décisions en tant qu'elles pourraient être contestées sur le fondement du défaut ou de l'irrégularité de la consultation de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Article 70 bis C (nouveau)

Le dernier alinéa de l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale est supprimé.

Article 70 bis D (nouveau)

I. – Avant le dernier alinéa de l'article L. 723-3 du code rural, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les caisses dont la circonscription comporte plusieurs départements peuvent constituer des comités départementaux selon des modalités fixées par leur conseil d'administration. Les conseils d'administration peuvent leur confier des missions, notamment pour animer le réseau des élus locaux de la mutualité sociale agricole. Ces comités départementaux peuvent être consultés sur les demandes individuelles relatives aux cotisations sociales et les aides individuelles relatives à l'action sanitaire et sociale ainsi que sur toutes questions concernant la gestion des régimes agricoles de protection sociale dans le département. Leurs membres peuvent assurer la représentation de la caisse sur mandat du conseil d'administration. Le comité départemental est composé d'administrateurs de la caisse, élus du département concerné, d'un membre désigné par l'union départementale des associations familiales et de délégués cantonaux du même département. Le nombre de membres du comité départemental ne peut excéder le nombre de membres du conseil d'administration d'une caisse départementale. Les articles L.723-36, L.723-37 et L. 723-42 sont applicables aux membres de ces comités. »

II. – L'article L. 723-30 du code rural est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa (1°) est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Toutefois, lorsque la circonscription de la caisse s'étend sur plus de trois départements, le nombre d'administrateurs de chacun des départements est égal à dix, à raison de trois représentants du premier collège, quatre représentants du deuxième collège, deux représentants du troisième collège et un représentant des familles désigné par l'union départementale des associations familiales ; »

2° La dernière phrase du dernier alinéa est ainsi rédigée :

« En ce qui concerne la caisse de mutualité sociale agricole de l'Île-de-France, les représentants des trois collèges sont élus dans les conditions prévues par l'article L. 723-29 ; les départements de la Haute-Saône et du Territoire de Belfort, d'une part, et les départements des Alpes-de-Haute-Provence et des Hautes-Alpes, d'autre part, sont considérés comme un seul département pour l'application du présent article. »

Article 70 bis

I. – Après l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 114-12-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 114-12-1.* – Il est créé un répertoire national commun aux organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, aux caisses assurant le service des congés payés, ainsi qu'aux organismes mentionnés à l'article L. 351-21 du code du travail, relatif aux bénéficiaires des prestations et avantages de toute nature qu'ils servent.

« Ce répertoire est utilisé par ces organismes notamment pour les échanges mentionnés à l'article L. 114-12, et pour ceux prévus, en application du présent code, avec les administrations fiscales.

« Les échanges d'informations et données relatives à ce répertoire peuvent prendre la forme de transmissions de données par voie électronique. Les traitements automatisés de données qui se limitent à l'organisation de ces échanges, notamment en vue de garantir l'authenticité, la fiabilité, la provenance, l'intégrité et la confidentialité des données échangées, sont soumis aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dès lors que les informations et données échangées sont celles définies par les

dispositions législatives et réglementaires relatives au répertoire défini ci-dessus.

« Ont également accès aux données de ce répertoire :

« 1° Les organismes de la branche recouvrement du régime général dans le cadre de l'exercice de leurs missions ;

« 2° Les collectivités territoriales pour les procédures d'attribution d'une forme quelconque d'aide sociale.

« Le répertoire contient les données communes d'identification des individus, les informations relatives à leur affiliation aux différents régimes concernés, à leur rattachement à l'organisme qui leur sert les prestations ou avantages, à la nature de ces derniers, ainsi que l'adresse déclarée aux organismes pour les percevoir.

« Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques est l'identifiant utilisé.

« Le contenu ainsi que les modalités de gestion et d'utilisation de ce répertoire sont fixés par décret en Conseil d'État, après avis conforme de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine également les conditions d'identification des personnes qui ne disposent pas d'un numéro d'inscription au répertoire cité à l'avant-dernier alinéa. »

II. – *Non modifié*.....

Article 70 ter A (nouveau)

I. – Avant le dernier alinéa de l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ces échanges de renseignements peuvent prendre la forme de transmissions de données par voie électronique. Les traitements automatisés de données qui se limitent à l'organisation de ces échanges, notamment en vue de garantir l'authenticité et la fiabilité des données échangées, sont soumis aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dès lors que les données échangées sont celles nécessaires aux fins énoncées aux 1°, 2° et 3° du présent article. »

II. – Après le premier alinéa de l'article L. 161-1-4 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les organismes de sécurité sociale peuvent notamment se dispenser de solliciter la production de pièces justificatives par le demandeur ou le bénéficiaire d'une prestation lorsqu'ils peuvent obtenir directement les informations ou pièces justificatives nécessaires auprès des personnes morales de droit public ou des personnes morales de droit privé gérant un service public compétentes, notamment par transmission électronique de données. Les traitements automatisés de données qui se limitent à l'organisation de ces transmissions, notamment en vue de garantir l'authenticité et la fiabilité des données échangées, sont soumis aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dès lors que les informations et pièces justificatives échangées au titre d'une prestation sont celles définies par les dispositions législatives et réglementaires relatives au service de la prestation concernée. »

III. – Après l'article L. 133-5 du code de l'action sociale et de la famille, il est inséré un article L. 133-5-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-5-1.* – Lorsqu'elles instruisent les demandes d'admission au bénéfice des prestations régies par le présent code ou qu'elles exercent leurs missions de contrôle et d'évaluation, les autorités attribuant ces prestations échangent, avec les personnes morales de droit public ou les personnes morales de droit privé gérant un service public, les informations ou les pièces justificatives ayant pour objet d'apprécier la situation des demandeurs ou des bénéficiaires au regard des conditions d'attribution. De même, les personnes morales de droit public et les personnes morales de droit privé gérant un service public tiennent ces autorités informées, périodiquement ou sur demande de celles-ci, des changements de situation ou des événements affectant les bénéficiaires et pouvant avoir une incidence sur le versement des prestations.

« Ces échanges d'informations ou de pièces justificatives peuvent prendre la forme de transmissions de données par voie électronique. Les traitements automatisés de données qui se limitent à l'organisation de ces échanges, notamment en vue de garantir l'authenticité et la fiabilité des données échangées, sont soumis aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dès lors que les informations et pièces justificatives échangées au titre d'une prestation sont celles définies par les dispositions législatives et réglementaires relatives à cette prestation. »

Article 70 *ter*

I. – *Non modifié*.....

II. – L'intitulé de la section 2 du même chapitre est ainsi rédigé : « Groupement de caisses, délégations de missions et d'activités ».

III. – Après l'article L. 216-2 du même code, sont insérés deux articles L. 216-2-1 et L. 216-2-2 ainsi rédigés :

« *Art. L. 216-2-1.* – I. – Les conseils d'administration des organismes nationaux mentionnés aux articles L. 222-1, L. 223-1 et L. 225-1 définissent les orientations relatives à l'organisation du réseau des organismes relevant de la branche concernée.

« Pour l'application de ces orientations, le directeur de l'organisme national peut confier à un ou plusieurs organismes de la branche la réalisation de missions ou d'activités relatives à la gestion des organismes, au service des prestations et au recouvrement.

« Les modalités de mise en œuvre sont fixées par convention établie entre l'organisme national et les organismes locaux ou régionaux. Les directeurs signent la convention, après avis des conseils d'administration des organismes locaux ou régionaux concernés.

« II. – Pour les missions liées au service des prestations, l'organisme désigné peut, pour le compte des autres organismes locaux ou régionaux, participer à l'accueil et à l'information des bénéficiaires, servir des prestations, procéder à des vérifications et enquêtes administratives concernant leur attribution, et exercer les poursuites contentieuses afférentes à ces opérations. Il peut également, pour ces mêmes missions, se voir attribuer certaines compétences d'autres organismes locaux ou régionaux.

« III. – L'union de recouvrement désignée peut assurer pour le compte d'autres unions des missions liées au recouvrement, au contrôle et au contentieux du recouvrement. Elle peut également, pour ces mêmes missions, se voir attribuer certaines compétences d'autres unions.

« IV. – Les modalités d'application du présent article sont déterminées, en tant que de besoin, par décret.

« *Art. L. 216-2-2.* – Les directeurs des organismes locaux ou régionaux peuvent déléguer à un organisme local ou régional la

réalisation des missions liées à leur gestion, par convention qui prend effet après approbation par le directeur de l'organisme national de la ou des branches concernées. »

IV. – *Non modifié*.....

V. – Après les mots : « à certains organismes », la fin du 3° de l'article L. 221-3-1 du même code est ainsi rédigée : « à l'échelon national, interrégional, régional ou départemental, la charge d'assumer certaines missions, notamment celles mentionnées au II de l'article L. 216-2-1 ; ».

VI. – L'article L. 231-1 du même code est abrogé et dans l'article L. 231-13 dudit code, la référence : « L. 231-1 » est remplacée par la référence : « L. 231-2 ».

VII (*nouveau*). – Le dernier alinéa de l'article L. 122-2 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ce décret précise également les conséquences de la mise en œuvre des articles L. 216-2-1 et L. 216-2-2 sur la responsabilité des agents comptables concernés. »

Article 70 quater

..... Conforme

Section 6

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 71 A (*nouveau*)

I. – Le dernier alinéa de l'article 13 de la loi n° 2006-586 du 23 mai 2006 relative au volontariat associatif et à l'engagement éducatif est ainsi modifié :

1° Les mots : « le fonds mentionné à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « l'État » ;

2° Après les mots : « prend à sa charge », sont insérés les mots : « , dans des conditions fixées par décret, ».

II. – L'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 7° est ainsi rédigé :

« 7° Les sommes représentatives de la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base des périodes de volontariat du service national de leurs assurés ; »

2° L'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Les sommes mentionnées aux *a*, *b*, *d* et *e* du 4° et au 7° sont calculées sur une base forfaitaire dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. »

Article 71

..... Conforme

Délibéré en séance publique, à Paris, le 17 novembre 2006.

Le Président,
Signé : Christian PONCELET

ANNEXE A

**Rapport décrivant les mesures prévues
pour l'affectation des excédents ou la couverture
des déficits constatés sur l'exercice 2005**

..... Conforme

ANNEXE B

Rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir

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

..... Non modifié

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

..... Non modifié

Fonds de solidarité vieillesse

	<i>(En milliards d'euros)</i>					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Recettes	12,6	13,4	13,9	14,1	14,7	15,3
Dépenses	14,6	14,6	14,5	14,6	14,7	15,3
Solde	- 2,0	- 1,2	- 0,6	- 0,5	0,0	0,0

Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles

..... Non modifié

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

Régime général

..... Non modifié

Ensemble des régimes obligatoires de base

..... Non modifié

Fonds de solidarité vieillesse

..... Non modifié

Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles

..... Non modifié

ANNEXE C

- État des recettes par catégorie 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**

..... Conforme

Vu pour être annexé au projet de loi adopté par le Sénat dans sa séance du 17 novembre 2006.

Le Président,
Signé : Christian PONCELET