



TEXTE ADOPTE n° 613
« Petite loi »

ASSEMBLEE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIEME LEGISLATURE

SESSION ORDINAIRE DE 2006-2007

31 octobre 2006

PROJET DE LOI

ADOPTE PAR L'ASSEMBLEE NATIONALE
EN PREMIERE LECTURE,

de financement de la sécurité sociale pour 2007.

L'Assemblée nationale a adopté le projet de loi dont la teneur suit :

Voir les numéros : 3362, 3384 et 3388.

PREMIÈRE PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2005

Article 1^{er}

Au titre de l'exercice 2005, sont approuvés :

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

(En milliards d'euros)

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

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

(En milliards d'euros)

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

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

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse ..	12,6	14,6	- 2,0
Fonds de financement des prestations sociales des non- salariés agricoles.....	14,3	15,7	- 1,4
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.....	0,5	0,5	0,0

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

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

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

Article 2

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

DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2006

Section 1

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

Article 3

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

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

(En milliards d'euros)

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

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

(En milliards d'euros)

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

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

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Prévisions de charges	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	13,4	14,6	- 1,2
Fonds de financement des prestations sociales des non- salariés agricoles	14,4	16,3	- 1,9

Article 4

Dans le III de l'article 60 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, le montant : « 165 millions » est remplacé par le montant : « 115 millions », et le montant : « 110 millions » est remplacé par le montant : « 60 millions ».

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

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

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

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

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

Article 7

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

(En milliards d'euros)

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

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

(En milliards d'euros)

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

Article 8

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

(En milliards d'euros)

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

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

Article 9

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2007-2010), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes, ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Section 1

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

Article 10

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 *octies*, 44 *octies* A et 44 *undecies* et au deuxième alinéa du I de l'article 154 *bis* du code général des impôts à l'exception des cotisations versées aux régimes facultatifs par les assurés ayant adhéré à ces régimes avant la date d'effet de l'article 24 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle. Il n'est pas tenu compte des reports déficitaires, des amortissements réputés différés au sens du 2° du 1 de l'article 39 du code général des impôts, des plus-values et moins-values professionnelles à long terme, des provisions mentionnées aux articles 39 *octies* E et 39 *octies* F du 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 et abattements mentionnés aux articles 44 *sexies*, 44 *undecies* et 73 B 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. – Le troisième alinéa de l'article L. 731-15 du code rural 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. »

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

1° Dans le troisième alinéa du 1 de l'article 50-0, les taux : « 68 % » et « 45 % » sont remplacés, respectivement, par les taux : « 71 % » et « 50 % » ;

2° Dans le premier alinéa du 1 de l'article 102 *ter*, le taux : « 25 % » est remplacé par le taux : « 34 % ».

IV. – Les dispositions du présent article s'appliquent pour la première fois pour l'imposition des revenus et le calcul des cotisations et contributions assises sur les revenus de l'année 2006.

Article 10 bis (nouveau)

I. – Le II de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le a est ainsi rédigé :

« a) Les sommes soumises à l'impôt sur le revenu en application des articles 168, 1649 A et 1649 quater A du code général des impôts ainsi que de l'article L. 69 du livre des procédures fiscales ; »

2° Après le a, il est inséré un a bis ainsi rédigé :

« a bis) Les sommes soumises à l'impôt sur le revenu en application du 1° de l'article L. 66 du livre des procédures fiscales et qui ne sont pas assujetties à la contribution en vertu d'une autre disposition ; ».

II. – L'article 1600-0 H du code général des impôts est ainsi modifié :

1° Le 2 est ainsi rédigé :

« 2. Les sommes soumises à l'impôt sur le revenu en application des articles 168, 1649 A et 1649 quater A ainsi que de l'article L. 69 du livre des procédures fiscales ; »

2° Après le 2, il est inséré un 2 bis ainsi rédigé :

« 2 bis. Les sommes soumises à l'impôt sur le revenu en application du 1° de l'article L. 66 du livre des procédures fiscales et qui ne sont pas assujetties à la contribution en vertu d'une autre disposition ; »

3° Dans le 3, les mots : « perçus au titre des années définies au I de l'article 1600-0 G, » sont supprimés ;

4° Dans le 4, les mots : « au titre des années visées au I de l'article 1600-0 G » sont supprimés.

III. – Les dispositions des I et II s'appliquent à compter de l'imposition des revenus de l'année 2006.

Article 11

I. – Après le 7° de l'article L. 351-24 du code du travail, sont insérés un 8° et un 9° ainsi rédigés :

« 8° Les personnes physiques créant une entreprise implantée au sein d'une zone urbaine sensible ;

« 9° Les bénéficiaires du complément de libre choix d'activité mentionné à l'article L. 531-4 du code de la sécurité sociale. »

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

1° L'article L. 161-1 est abrogé ;

2° Dans le premier alinéa de l'article L. 161-1-1, la référence : « 7° » est remplacée par la référence : « 9° ».

III. – Les personnes pour lesquelles, à la date du 1^{er} janvier 2007, le délai prévu à l'article L. 161-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, n'a pas expiré peuvent bénéficier, si elles en remplissent les conditions, de la prolongation d'exonération mentionnée à l'article L. 161-1-1 du même code.

IV. – Dans les premier et dixième alinéas de l'article L. 351-24 du code du travail, les références : « aux articles L. 161-1 et » sont remplacés par les mots : « à l'article ».

Article 12

I. – La dernière phrase du dernier alinéa de l'article L. 129-1 du code du travail est remplacée par trois 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 mutualistes gestionnaires d'établissements ou de services visés à l'article L. 310-1 du code de la mutualité, 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, d'un centre visé à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ou d'un service d'hospitalisation à domicile visé à l'article L. 6122-1 du même code, peuvent être agréés au titre du présent article pour leurs activités d'aide à domicile. Peuvent également être agréés les établissements publics relevant de l'article L. 6141-1 du code de la santé publique, ainsi que les organismes publics ou privés gestionnaires d'un établissement ou d'un service mentionné aux premier ou 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. »

II. – Dans la première phrase du III *bis* de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, les mots : « associations ou des entreprises de services à la personne » sont remplacés par le mot : « personnes ».

III. – Le 2° de l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« 2° Soit à l'agrément prévu à l'article L. 129-1 du code du travail. »

IV. – Le IV de l'article L. 741-27 du code rural est ainsi rédigé :

« IV. – Les dispositions du III *bis* de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale sont applicables aux cotisations patronales d'assurances sociales, d'accidents du travail et d'allocations familiales dues sur les rémunérations des salariés affiliés au régime de protection sociale agricole, employés par les personnes et dans les conditions mentionnées à cet article. »

Article 12 bis (nouveau)

I. – Dans l'attente d'une convention ou d'un accord collectif de branche, au plus tard avant le 31 janvier 2007, dans les entreprises et unités économiques et sociales de la branche des hôtels, cafés et restaurants, la durée équivalente à la durée légale prévue au premier alinéa de l'article L. 212-1 du code du travail est fixée à trente-neuf heures. Par dérogation, dans les entreprises et unités économiques et sociales de plus de vingt salariés de la branche des hôtels, cafés et restaurants où la durée collective de présence au travail a été fixée par décret à trente-sept heures en 2002, la durée équivalente à la durée légale prévue au premier alinéa de l'article L. 212-1 du code du travail est fixée à trente-sept heures. Les heures comprises entre la durée légale et la durée équivalente ouvrent droit aux mêmes exonérations que les heures comprises dans la durée légale du travail.

Les salariés de ces entreprises bénéficient de six jours ouvrables supplémentaires de 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 et d'un autre jour férié supplémentaire à partir du 1^{er} juillet 2007. Ces dispositions s'appliquent à tous les salariés à temps partiel. Elles sont facultatives pour les salariés à temps complet ou à temps partiel qui bénéficient déjà à due concurrence d'un nombre de jours de congés de même nature ou ayant le même objet par décision de l'employeur ou par accord collectif, national, régional ou départemental, notamment à des jours de réduction du temps de travail ou à des jours de congés supplémentaires ou à des jours fériés.

II. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2005.

Article 13

I. – L'article L. 320-2 du code du travail est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est précédé d'un I ;

2° Il est ajouté un II ainsi rédigé :

« II. – La négociation mentionnée au premier alinéa du I peut aussi porter sur la qualification des catégories d'emplois menacés par les évolutions économiques ou technologiques.

« Les indemnités de départ volontaire versées dans le cadre de l'accord collectif résultant, le cas échéant, de la négociation mentionnée à l'alinéa précédent bénéficient des dispositions du 5° du 1 de l'article 80 *duodecies* du code général des impôts lorsque les conditions suivantes sont remplies :

« 1° L'autorité administrative compétente ne s'est pas opposée à la qualification d'emplois menacés retenue par l'accord collectif ;

« 2° Le salarié dont le contrat de travail est rompu occupait effectivement un emploi classé dans une catégorie d'emplois menacés définie par l'accord collectif et a retrouvé un emploi stable à la date de la rupture de son contrat de travail ;

« 3° Un comité de suivi a été mis en place par l'accord collectif et ce comité a reconnu la stabilité de l'emploi de reclassement mentionné au 2°.

« Un décret précise les conditions d'application du présent II, notamment les caractéristiques de l'emploi retrouvé, ainsi que les principes d'organisation du comité de suivi. »

II. – Le 1 de l'article 80 *duodecies* du code général des impôts est complété par un 5° ainsi rédigé :

« 5° La fraction des indemnités de départ volontaire versées aux salariés dans le cadre d'un accord collectif de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences dans les conditions prévues au II de l'article L. 320-2 du code du travail, n'excédant pas quatre fois le plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale en vigueur à la date du versement des indemnités. »

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

IV. – Après les mots : « à défaut par la loi ou, », la fin du 5° du II de l'article L. 136-2 du même code est ainsi rédigée : « en l'absence de montant légal ou conventionnel pour ce motif, pour la fraction qui excède l'indemnité légale ou conventionnelle de licenciement. En tout état de cause, cette fraction ne peut être inférieure au montant assujetti à l'impôt sur le revenu en application de l'article 80 *duodecies* du code général des impôts. Sont également assujetties toutes sommes versées à l'occasion de la modification du contrat de travail. »

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

Article 13 bis (nouveau)

I. – Le premier alinéa de l'article L. 122-14-13 du code du travail est complété par les mots : « ou de la décision prise en commun par le salarié et l'employeur de rompre le contrat de travail à 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 ».

II. – Les pertes de recettes éventuelles pour les organismes de sécurité sociale et pour l'État sont compensées, à due concurrence, par la création de taxes additionnelles aux droits visés aux articles 402 bis et 403 du code général des impôts.

Article 14

Le IV de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 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. »

Article 15

I. – Le code général de la propriété des personnes publiques est ainsi modifié :

1° L'article L. 1126-1 est complété par un 5° ainsi rédigé :

« 5° Les sommes dues au titre de contrats d'assurance sur la vie comportant des valeurs de rachat ou de transfert et n'ayant fait l'objet, à compter du décès de l'assuré ou du terme du contrat, d'aucune demande de prestation auprès de l'organisme d'assurance depuis trente années. » ;

2° Dans l'article L. 2222-21, les références : « 1°, 2°, 3° et 4° » sont remplacées par les références : « 1° à 5° ».

II. – L'article L. 114-1 du code des assurances est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les contrats d'assurance sur la vie, notwithstanding les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard par trente ans à compter du décès de l'assuré. »

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

1° L'article L. 135-7 est complété par un 11° ainsi rédigé :

« 11° Les sommes acquises à l'État conformément au 5° de l'article L. 1126-1 du code général de la propriété des personnes publiques. » ;

2° *Supprimé*..... ;

3° L'article L. 932-13 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard par trente ans à compter du décès du membre participant. »

IV. – L'article L. 221-11 du code de la mutualité est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard par trente ans à compter du décès du membre participant. »

IV. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux contrats d'assurance sur la vie en cours comportant des valeurs de rachat ou de transfert et n'ayant fait l'objet, à compter du décès de l'assuré ou du terme du contrat, d'aucune demande de prestation à la date de publication de la présente loi.

Article 15 bis (nouveau)

L'article L. 135-10 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° *Dans le deuxième alinéa, les mots : « entreprises d'investissement qui exercent à titre principal » sont remplacés par les mots : « prestataires de services d'investissement qui exercent » ;*

2° *Le troisième alinéa est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :*

« Par dérogation à l'alinéa précédent, la gestion financière des actifs du fonds peut être assurée par ce dernier, sans recourir à des prestataires visés audit alinéa :

« – soit dans des cas exceptionnels, à titre temporaire et pour préserver la sécurité des actifs détenus par le fonds ;

« – soit quand le fonds décide d'investir dans des parts ou actions d'organismes de placement collectif et des parts, actions

ou droits représentatifs d'un placement financier émis par ou dans des organismes de droit étranger ayant un objet équivalent, quelle que soit leur forme.

« Les conditions d'application de cette dérogation sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de l'économie et de la sécurité sociale. » ;

3° Le dernier alinéa est ainsi modifié :

a) Les mots : « instruments financiers » sont remplacés par le mot : « actifs » ;

b) Le mot : « ceux » est remplacé par les mots : « les instruments financiers » ;

c) Sont ajoutés les mots : « et les droits représentatifs d'un placement financier ».

Article 16

I. – Le IV de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 1 est ainsi rédigé :

« 1. La contribution sociale généralisée due par les établissements payeurs au titre des mois de décembre et janvier sur les revenus de placement mentionnés au présent article fait l'objet d'un versement déterminé sur la base du montant des revenus de placement soumis l'année précédente à la contribution sociale généralisée au titre des mois de décembre et janvier.

« Ce versement est égal au produit de l'assiette de référence ainsi déterminée par le taux de la contribution fixé à l'article L. 136-8. Son paiement doit intervenir le 25 septembre pour 80 % de son montant et le 25 novembre au plus tard pour les 20 % restants. Il est reversé dans un délai de dix jours francs après ces dates par l'État aux organismes affectataires. » ;

2° Le 3 est abrogé, le 2 devient 3 et, dans ce 3, la référence : « du 1 » est remplacée par la référence : « des 1 et 2 ».

Le 2 est ainsi rétabli :

« 2. Lorsque l'établissement payeur estime que le versement dû en application du 1 est supérieur à la contribution dont il sera redevable au titre des mois de décembre et janvier, il peut réduire ce versement à concurrence de l'excédent estimé. » ;

3° Il est ajouté un 4 ainsi rédigé :

« 4. Lorsque la contribution sociale généralisée réellement due au titre des mois de décembre et janvier est supérieure au versement réduit par l'établissement payeur en application du 2, la majoration prévue au 1 de l'article 1731 du code général des impôts s'applique à cette différence. L'assiette de cette majoration est toutefois limitée à la différence entre le montant du versement calculé dans les conditions du 1 et celui réduit dans les conditions du 2. »

II. – Dans la deuxième phrase du 2° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, après les mots : « dans les mêmes conditions », sont insérés les mots : « et sous les mêmes sanctions ».

III (nouveau). – Dans le premier alinéa du I de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale, la référence : « des 3° et 4° du II » et les mots : « autres que les contrats en unités de compte » sont supprimés.

IV (nouveau). – L'article L. 136-7 du même code est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa du I, après la référence : « l'article 125 A du code général des impôts », sont insérés les mots : « , ainsi que les produits de même nature retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu lorsque la personne qui en assure le paiement est établie en France, » ;

2° Le III est abrogé.

V (nouveau). – Dans le II de l'article 154 quinquies du code général des impôts, les mots : « et au II du même article » sont remplacés par les mots : « , au II du même article et aux revenus mentionnés au premier alinéa du I de l'article L. 136-7 du même code n'ayant pas fait l'objet du prélèvement prévu à l'article 125 A ».

VI (nouveau). – Dans le deuxième alinéa du I de l'article 1600-0 G du même code, les mots : « , sous réserve des revenus des placements visés aux 3 et 4 du I de l'article 1600-0 J autres que les contrats en unités de comptes, » sont supprimés.

VII (nouveau). – Le deuxième alinéa du II de l'article 1600-0 J du même code est supprimé.

VIII (nouveau). – Par dérogation au IV de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale, pour l'année 2007, la contribution sociale généralisée assise sur les produits visés au 1° du IV du présent article est affectée aux régimes d'assurance maladie dans les conditions fixées à l'article L. 139-1 du même code.

IX (nouveau). – Les dispositions du présent article s'appliquent pour la première fois aux revenus perçus au cours de l'année 2007.

Article 17

I. – L'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans le deuxième alinéa, après les mots : « en fonction de l'évolution », sont insérés les mots : « , avant application de la réduction représentative de frais professionnels mentionnée au I de l'article L. 136-2, » ;

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

« Les montants fixés par cet arrêté peuvent être majorés tous les trois ans, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État, sur demande des régimes intéressés adressée au président de la commission de répartition, lorsque la réactualisation mentionnée à l'alinéa précédent, appliquée sur les trois derniers exercices, est inférieure à l'accroissement, sur la même période, de l'assiette des cotisations d'assurance maladie du régime demandeur. »

II. – Les dispositions du 1° du I sont applicables pour la première fois aux montants des attributions de contribution sociale généralisée fixés par arrêté au titre de l'année 2007, celles du 2° à compter des attributions relatives à l'exercice 2008.

Article 18

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

Article 19

En vue de contribuer au financement des investissements hospitaliers, 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.

Article 20

I. – La deuxième phrase du sixième alinéa de l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « ou réciproquement ».

II. – Le troisième alinéa de l'article L. 455-2 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« À défaut, la nullité du jugement sur le fond peut être demandée pendant deux ans à compter de la date à laquelle le jugement est devenu définitif, soit à la requête du ministère public, soit à la demande des caisses de sécurité sociale intéressées ou du tiers responsable, lorsque ces derniers y ont intérêt. »

III. – Le chapitre III du titre VIII du livre V du même code est complété par un article L. 583-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 583-4.* – Les dispositions du chapitre II de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures sont applicables aux prestations familiales mentionnées au présent livre et au livre VII du présent code. Les prestations familiales qui ouvrent droit à un recours contre la personne tenue à réparation ou son assureur sont définies par décret. »

IV. – L'article 475-1 du code de procédure pénale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions du présent article sont également applicables aux organismes tiers payeurs intervenant à l'instance. »

V. – Dans le quatrième alinéa de l'article L. 752-23 du code rural, après les mots : « en déclaration de jugement commun », sont insérés les mots : « ou réciproquement ».

Article 20 bis (nouveau)

I. – *Dans le IV de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale, après la référence : « L. 242-1, », sont insérés les mots : « ou pour les salariés du secteur agricole à l'article L. 741-10 du code rural ».*

II. – Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 871-1 du même code, après la référence : « L. 242-1, », sont insérés les mots : « ou pour les salariés du secteur agricole des sixième et huitième alinéas de l'article L. 741-10 du code rural ».

III. – L'article L. 741-10 du code rural est ainsi modifié :

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

« Elle comprend également la compensation salariale d'une perte de rémunération induite par une mesure de réduction du temps de travail, qu'elle prenne la forme, notamment, d'un complément différentiel de salaire ou d'une hausse du taux du salaire horaire. » ;

2° Le cinquième alinéa est ainsi rédigé :

« Sont exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa les contributions mises à la charge des employeurs en application d'une disposition législative ou réglementaire ou d'un accord national interprofessionnel mentionné à l'article L. 921-4 du code de la sécurité sociale destinées au financement des régimes de retraite complémentaire mentionnés au chapitre I^{er} du titre II du livre IX du même code ou versées en couverture d'engagements de retraite souscrits antérieurement à l'adhésion des employeurs aux institutions mettant en œuvre les régimes institués en application de l'article L. 921-4 du même code et dues au titre de la part patronale en application des textes régissant ces couvertures d'engagements de retraite complémentaire. » ;

3° Le 2° est complété par les mots : « , à condition, lorsque ces contributions financent des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale » ;

4° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les attributions gratuites d'actions effectuées conformément aux dispositions des articles L. 225-197-1 à L. 225-197-3 du code de commerce sont exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa si sont respectées les conditions d'attribution fixées par le conseil d'administration ou, le cas

échéant, le directoire, en application des dispositions du sixième alinéa de l'article L. 225-197-1 du même code et si l'employeur notifie à son organisme de recouvrement l'identité de ses salariés ou mandataires sociaux auxquels des actions gratuites ont été attribuées définitivement au cours de l'année civile précédente, ainsi que le nombre et la valeur des actions attribuées à chacun d'eux. À défaut, l'employeur est tenu au paiement de la totalité des cotisations sociales, y compris pour leur part salariale.

« Les dispositions de l'alinéa précédent sont également applicables lorsque l'attribution est effectuée, dans les mêmes conditions, par une société dont le siège est situé à l'étranger et qui est mère ou filiale de l'entreprise dans laquelle l'attributaire exerce son activité. »

IV. – Après l'article L. 741-10 du même code, il est inséré un article L. 741-10-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 741-10-1. – Les rémunérations, versées ou dues à des salariés, qui sont réintégrées dans l'assiette des cotisations à la suite du constat de l'infraction définie aux quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 324-10 du code du travail ne peuvent faire l'objet d'aucune mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale ou de minoration de l'assiette de ces cotisations. »

V. – Le premier alinéa du II de l'article L. 741-16 du même code est ainsi rédigé :

« Les groupements d'employeurs composés pour partie des employeurs mentionnés au I du présent article exerçant une ou plusieurs des activités visées à ce même I bénéficient pour lesdits employeurs des taux réduits de cotisations, sous réserve que le chiffre d'affaires annuel de ces groupements soit réalisé majoritairement avec des adhérents dont les salariés sont affiliés au régime agricole. Donnent lieu à cet allègement les rémunérations et gains des salariés embauchés entre le 1^{er} janvier 2006 et le 31 décembre 2007 et ce pendant deux ans à compter de l'embauche. »

VI. – Les dispositions du II et du 3^o du III du présent article s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2007 aux contrats nouveaux ou reconduits.

Article 20 ter (nouveau)

Après le premier alinéa de l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général sont également habilités dans le cadre de leurs contrôles à vérifier l'assiette, le taux et le calcul d'une part, des cotisations destinées au financement des régimes de retraites complémentaires obligatoires mentionnés au chapitre I^{er} du titre II du livre IX du présent code pour le compte des institutions gestionnaires de ces régimes, et d'autre part, des contributions d'assurance chômage et des cotisations prévues par l'article L. 143-11-6 du code du travail pour le compte des institutions gestionnaires mentionnées à l'article L. 351-21 du même code. Le résultat de ces vérifications est transmis auxdites institutions aux fins de recouvrement.

« Des conventions conclues entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et, d'une part, les organismes nationaux qui fédèrent les institutions relevant du chapitre I^{er} du titre II du livre IX du présent code et, d'autre part, l'organisme national qui fédère les institutions gestionnaires mentionnées à l'article L. 351-21 du code du travail, fixent notamment les modalités de transmission du résultat des vérifications et la rémunération du service rendu par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général. »

Article 21

I. – L'article L. 242-4-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions de l'alinéa précédent ne donnent pas lieu à application de l'article L. 131-7. »

II. – Les dispositions du I s'appliquent à compter de la publication de la loi n° 2006-396 du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances.

III. – La mise en œuvre des deux premiers alinéas de l'article 6 de l'ordonnance n° 2006-433 du 13 avril 2006 relative à l'expérimentation du contrat de transition professionnelle ne donne pas lieu à application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale.

Les dispositions de l'alinéa précédent s'appliquent à compter de la publication de l'ordonnance n° 2006-433 du 13 avril 2006 précitée et au plus tard jusqu'au 31 mai 2008.

IV. – L'article L. 161-1-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'exonération dont bénéficient les personnes mentionnées aux 8° et 9° de l'article L. 351-24 du code du travail ainsi que la prolongation de la durée d'exonération prévue au premier alinéa du présent article ne donnent pas lieu à application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale. »

Article 22

Est approuvé le montant de 2,9 milliards d'euros, correspondant à la compensation des exonérations, des réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 5 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

Section 2

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 23

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

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

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Maladie.....	166,2
Vieillesse.....	167,7
Famille.....	54,6
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	11,5
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	394,8

 ;

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

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Maladie.....	142,8
Vieillesse.....	85,4
Famille.....	54,1
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	10,3

Toutes branches (hors transferts entre branches)	287,5	;
--	-------	---

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

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Fonds solidarité vieillesse.....	13,9
Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles	14,5

Article 24

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

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie.....	166,2	170,1	- 4,0
Vieillesse.....	167,7	170,6	- 2,9
Famille.....	54,6	55,3	- 0,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,5	11,4	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	394,8	402,2	- 7,5

Article 25

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

(En milliards d'euros)

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

Article 26

Pour l'année 2007, est approuvé le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

Prévisions de recettes	Prévisions de charges	Solde
------------------------	-----------------------	-------

Fonds solidarité vieillesse.....	13,9	14,5	- 0,6
Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles.....	14,5	16,6	- 2,1

Article 27

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

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

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Prélèvement social 2 %.....	1,6
Affectation de l'excédent de la Caisse nationale d'assurance vieillesse.....	-
Affectation de l'excédent du Fonds de solidarité vieillesse.....	-
Avoirs d'assurance vie en déshérence.....	0,0 ^(*)
Revenus exceptionnels (privatisations).....	-
Autres recettes affectées.....	-
Total.....	1,6

^(*) 20 millions d'euros

Section 3

Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité

Article 28

L'article L. 213-3 du code monétaire et financier est ainsi modifié :

1° Après le 9, il est inséré un 10 ainsi rédigé :

« 10. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. » ;

2° Dans le dernier alinéa, les références : « 8 et 9 » sont remplacées par les références : « 8, 9 et 10 ».

Article 29

I. – Après le cinquième alinéa de l'article 2425 du code civil, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions du cinquième alinéa s'appliquent à l'inscription de l'hypothèque légale des organismes gestionnaires d'un régime obligatoire de protection sociale. »

I bis (nouveau). – Après l'article 45-4 de la loi du 1^{er} juin 1924 mettant en vigueur la législation civile française dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, il est inséré un article 45-5 ainsi rédigé :

« Art. 45-5. – Les dispositions de l'article 45-4 s'appliquent à l'inscription de l'hypothèque légale des organismes gestionnaires d'un régime obligatoire de protection sociale. »

II. – L'article L. 243-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) Au début de l'alinéa, sont insérés les mots : « Dès lors qu'elles dépassent un montant fixé par décret, » ;

b) Il est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Le montant mentionné au présent alinéa est fixé en fonction de la catégorie à laquelle appartient le cotisant et de l'effectif de son entreprise. » ;

2° Il est ajoutée un alinéa ainsi rédigé :

« La règle d'antériorité du rang de l'inscription hypothécaire fixée à l'avant-dernier alinéa de l'article 2425 du code civil et à l'article 45-5 de la loi du 1^{er} juin 1924 mettant en vigueur la législation civile française dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle s'applique aux hypothèques mentionnées aux articles L. 243-4 et L. 244-9 du présent code. »

III (*nouveau*). – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2007.

Article 30

I. – L'intitulé de la section 5 du chapitre III du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé : « Encaissement et déclaration des cotisations, contributions et taxes sociales recouvrées par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 ».

II. – L'article L. 243-14 du même code est ainsi modifié :

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

« Lorsque le montant des cotisations, contributions et taxes mentionnées à l'alinéa précédent est supérieur à 7 millions d'euros au titre d'une année civile, le mode de paiement dématérialisé est obligatoirement le virement bancaire. » ;

2° Après le II, il est inséré un II *bis* ainsi rédigé :

« II *bis*. – Les entreprises ou les établissements d'une même entreprise mentionnés aux I et II, redevables de cotisations, contributions et taxes pour un montant supérieur à 800 000 € au titre d'une année civile, sont tenus d'effectuer leurs déclarations sociales, au titre des sommes dont ils sont redevables l'année suivante, par voie électronique, dans les conditions prévues à l'article L. 133-5. »

III. – A (*nouveau*). – Le II *bis* de l'article L. 243-14 du même code s'applique à partir du 1^{er} juillet 2007.

B. – Dans le II *bis* du même article L. 243-14, le montant : « 800 000 € » est remplacé par le montant : « 400 000 € » à compter du 1^{er} janvier 2008 et par le montant : « 150 000 € » à compter du 1^{er} janvier 2009.

IV. – Après l'article L. 651-5-2 du même code, il est inséré un article L. 651-5-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 651-5-3. – Les sociétés et entreprises dont le chiffre d'affaires défini à l'article L. 651-5 est supérieur ou égal à 5 millions d'euros sont tenues d'effectuer la déclaration prévue au même article et le paiement de la contribution sociale de solidarité par voie électronique auprès de l'organisme chargé du recouvrement mentionné à l'article L. 651-4. Pour se conformer à cette obligation, les sociétés et entreprises utilisent les services de télédéclaration et de télérèglement mis à disposition dans les conditions prévues à l'article L. 133-5.

« Lorsque la transmission de la déclaration n'est pas faite suivant les modalités définies à l'alinéa précédent, il est appliqué une majoration de 0,2 % du montant de la contribution sociale de solidarité dont est redevable la société ou l'entreprise.

« Il est également appliqué une majoration de 0,2 % du montant des sommes dont le versement a été effectué dans des conditions différentes de celles prévues au premier alinéa. »

V. – Dans l'article L. 651-7 du même code, la référence : « L. 243-14, » est supprimée.

VI. – L'article L. 651-9 du même code est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa, les mots : « et les majorations de retard » sont remplacés par les mots : « et des majorations de retard ainsi que celles des majorations prévues à l'article L. 651-5-3 » ;

2° Dans le second alinéa, les mots : « de retard » sont supprimés.

VII. – Les dispositions des IV, V et VI sont applicables pour la première fois à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés due à compter du 1^{er} janvier 2007.

VIII. – Dans le premier alinéa de l'article L. 651-5-3 du code de la sécurité sociale, le montant : « 5 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 1 500 000 € » à compter du 1^{er} janvier 2008 et : « 760 000 € » à compter du 1^{er} janvier 2009.

Article 30 bis (nouveau)

I. – L'article L. 134-2 du code des juridictions financières est abrogé.

II. – Dans le code de la sécurité sociale, sont supprimés :

1° La dernière phrase de l'article L. 154-1 ;

2° Le dernier alinéa de l'article L. 154-2.

III. – L'article L. 723-7 du code rural est ainsi modifié :

1° Après les mots : « à l'approbation de », la fin de la première phrase du III est ainsi rédigée : « l'organisme de mutualité sociale agricole détenant la participation majoritaire. » ;

2° Dans le IV, les références : « , II et III » sont remplacées par le mot et la référence : « et II ».

IV. – Les dispositions du présent article sont applicables à partir du 1^{er} janvier 2008.

Article 30 ter (nouveau)

L'article 26 de l'ordonnance n° 96-1122 du 22 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte est ainsi modifié :

1° Dans le III, la référence : « I » est remplacée par la référence : « II » ;

2° Sont ajoutés un V et un VI ainsi rédigés :

« V. – À compter de l'exercice 2007, les sommes constitutives des réserves de la caisse de sécurité sociale de Mayotte constatées au titre des résultats excédentaires des années antérieures des différents risques et actions autres que le régime d'assurance vieillesse sont affectées au financement du régime d'assurance maladie-maternité à l'exception d'une somme affectée au financement du programme immobilier nécessaire au fonctionnement de la caisse. Les modalités d'application du présent V sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

« VI. – À compter du 1^{er} janvier 2008, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée d'assurer la gestion commune de la trésorerie des différents régimes et actions gérés par la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

« En vue de clarifier la gestion des différents régimes et actions gérés par la caisse, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure l'individualisation de la trésorerie de chaque régime et action par un suivi permanent en prévision et en réalisation comptable ; elle établit l'état prévisionnel de la trésorerie de chaque régime et action. »

Article 31

Sont habilités à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les régimes obligatoires de base et les organismes concourant à leur financement mentionnés dans le tableau ci dessous, dans les limites indiquées :

(En millions d'euros)

	Limites
Régime général	28 000
Régime des exploitants agricoles (Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles)	7 100
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	350
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements	150

industriels de l'État	
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines..	200
Caisse nationale des industries électriques et gazières.....	500
Caisse de retraite du personnel de la Régie autonome des transports parisiens	50

QUATRIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES
AUX DEPENSES POUR 2007

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

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 ».

Article 32 bis (nouveau)

Le II de l'article L. 380-3-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« II. – Toutefois, les travailleurs frontaliers occupés en Suisse et exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie peuvent demander à ce que les dispositions du I ne leur soient pas appliquées, ainsi qu'à leurs ayants droit, jusqu'à la fin des dispositions transitoires relatives à la libre circulation des personnes entre la Suisse et l'Union européenne – soit douze ans à partir de l'entrée en vigueur de l'accord du 21 juin 1999 précité, à condition d'être en mesure de produire un contrat d'assurance maladie les couvrant, ainsi que leurs ayants droit, pour l'ensemble des soins reçus sur le territoire français. Ces dispositions ne sont pas applicables aux travailleurs frontaliers, ainsi qu'à leurs ayants droit, affiliés au régime général à la date d'entrée en vigueur de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2007. Les travailleurs ayant formulé une telle demande peuvent ultérieurement y renoncer à tout moment, pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit indistinctement, et sont, à partir de la

date de cette renonciation, affiliés au régime général en application des dispositions du I. »

Article 33

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

1° a) L'intitulé du titre est complété par les mots : « et aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé » ;

b) L'intitulé du chapitre I^{er} est ainsi rédigé : « Dispositions relatives à la protection complémentaire en matière de santé » ;

c) L'intitulé du chapitre III est ainsi rédigé : « Dispositions relatives à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé » ;

2° Dans le premier alinéa de l'article L. 863-1, le taux : « 15 % » est remplacé par le taux : « 20 % » ;

3° Le premier alinéa des articles L. 861-1 et L. 863-1 est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Le montant du plafond applicable au foyer considéré est arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1. »

II. – Le 2° du I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2007 et le 3° du I entre en vigueur le 1^{er} juillet 2007.

Article 34

L'article L. 4311-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers, lorsqu'ils agissent sur prescription médicale, peuvent prescrire à leurs patients sauf en cas d'indication contraire du médecin et sous réserve, pour les dispositifs médicaux pour lesquels l'arrêté le précise, d'une information du médecin traitant désigné par leur patient. »

Article 35

I. – Après l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-16-5-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-16-5-1.* – Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'un médicament bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique déclare au comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame aux établissements de santé pour le produit. En l'absence de laboratoire exploitant, toute pharmacie à usage intérieur intéressée à l'achat de ce médicament déclare au comité le montant de l'indemnité qui lui est réclamée pour acquérir le produit, si cette indemnité n'a pas déjà fait l'objet d'une déclaration au comité. Le comité rend publiques ces déclarations.

« Le laboratoire exploitant la spécialité, ou, à défaut, les pharmacies à usage intérieur qui se sont procuré ce produit informent annuellement le comité économique du chiffre d'affaires correspondant à ces spécialités ainsi que du nombre d'unités fournies ou reçues.

« Si le prix ou le tarif de remboursement fixé ultérieurement par le comité économique des produits de santé pour le médicament lors de son inscription au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché est inférieur au montant de l'indemnité déclarée au comité, ce dernier demande au laboratoire de reverser à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, tout ou partie de la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé sur la base de l'indemnité et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix ou au tarif de remboursement fixé par le comité. Le produit de cette remise est affecté aux régimes d'assurance maladie selon les règles prévues à l'article L. 138-8. »

I bis (nouveau). – À la fin du 2° de l'article L. 162-17-4 du même code, la référence : « de l'article L. 162-18 » est remplacée par les références : « des articles L. 162-18 et L. 162-16-5-1 ».

II. – Dans le sixième alinéa de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, les mots : « ; il adresse également périodiquement au ministre chargé de la santé des informations sur le coût pour l'assurance maladie du médicament bénéficiant de l'autorisation octroyée » sont supprimés.

III. – Après l'article L. 162-17-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-17-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-17-2-I.* – Lorsqu’il n’existe pas d’alternative appropriée, toute spécialité pharmaceutique ou tout produit ou toute prestation prescrit en dehors du périmètre des biens et services remboursables pour le traitement d’une affection de longue durée remplissant les conditions prévues au 3° ou au 4° de l’article L. 322-3 ou d’une maladie rare telle que définie par le règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins peut faire l’objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d’une prise en charge ou d’un remboursement, à condition que la spécialité, le produit ou la prestation figure dans un avis ou une recommandation relatifs à une catégorie de malades formulés par la Haute autorité de santé après consultation, pour les produits mentionnés à l’article L. 5311-1 du code de la santé publique, de l’Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. La prise en charge ou le remboursement sont décidés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l’Union nationale des caisses d’assurance maladie. L’arrêté peut fixer des conditions de prise en charge et comporter l’obligation pour le laboratoire ou le fabricant de déposer notamment, pour l’indication considérée, une demande d’autorisation de mise sur le marché ou une demande d’inscription du produit ou de la prestation sur les listes mentionnées aux articles L. 162-17 ou L. 165-1 du présent code ou à l’article L. 5123-2 du code de la santé publique. Il peut également comporter l’obligation pour le laboratoire ou le fabricant de mettre en place un suivi particulier des patients. Cet arrêté peut également fixer les conditions de prise en charge d’une catégorie de spécialités pharmaceutiques, produits ou prestations présentant des caractéristiques analogues.

« Les spécialités, produits ou prestations faisant l’objet de l’arrêté ne peuvent être pris en charge que si leur utilisation est indispensable à l’amélioration de l’état de santé du patient ou pour éviter sa dégradation. Ils doivent en outre être inscrits explicitement dans le protocole de soins mentionné à l’article L. 324-1 du présent code. L’arrêté précise le délai au terme duquel le médecin conseil et le médecin traitant évaluent conjointement l’opportunité médicale du maintien de la prescription de la spécialité, du produit ou de la prestation.

« Lorsque la spécialité pharmaceutique ou le produit ou la prestation bénéficie d’au moins une indication remboursable,

elle est prise en charge ou remboursée en application des dispositions des alinéas précédents dans les mêmes conditions que celles qui s'appliquent à l'indication ou aux indications prises en charge.

« Lorsque la spécialité pharmaceutique ou le produit ou la prestation n'est inscrit sur aucune des listes mentionnées aux articles L. 162-17 ou L. 165-1 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, elle est prise en charge ou remboursée dans la limite d'une base forfaitaire annuelle par patient fixée par décision des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

« Si l'arrêté de prise en charge comporte une obligation pour le laboratoire ou le fabricant édictée en application du premier alinéa du présent article et que, passé un délai de vingt-quatre mois après la publication de l'arrêté, cette obligation n'a pas été respectée, le comité économique des produits de santé peut fixer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité annuelle à la charge du laboratoire ou du fabricant. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré ; elle est reconductible, le cas échéant, chaque année.

« Les dispositions de l'article L. 138-20 du présent code s'appliquent à la pénalité mentionnée à l'alinéa précédent. Son produit est affecté aux régimes d'assurance maladie selon les règles prévues à l'article L. 138-8. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

« Les modalités d'application du présent article, notamment la procédure de prise en charge dérogatoire prévue au premier alinéa ainsi que les règles et les délais de procédure, les modes de calcul de la pénalité financière mentionnée aux deux alinéas précédents et la répartition de son produit entre les organismes de sécurité sociale sont déterminés par décret en Conseil d'État. »

IV. – L'article L. 182-2 du même code est complété par un 6° ainsi rédigé :

« 6° De rendre un avis sur le montant de la base forfaitaire annuelle mentionnée à l'article L. 162-17-2-1. »

Article 36

I. – Après l'article L. 5121-9 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5121-9-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 5121-9-1.* – Lorsqu'un médicament est autorisé dans un autre État membre de la Communauté européenne ou un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen mais qu'il ne fait l'objet en France ni de l'autorisation de mise sur le marché prévue à l'article L. 5121-8, ni d'une demande en cours d'instruction en vue d'une telle autorisation, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé peut, pour des raisons de santé publique justifiées, autoriser la mise sur le marché de ce médicament. L'autorisation peut être délivrée pour une durée déterminée et renouvelée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. »

II. – Dans l'article L. 5123-2 du même code, après la référence : « L. 5121-8, », est insérée la référence : « L. 5121-9-1, ».

III. – Dans le premier alinéa de l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale, après les mots : « disposant d'une autorisation de mise sur le marché », sont insérés les mots : « , de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5124-17-1 du code de la santé publique ou de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 du même code ».

Article 36 bis (nouveau)

Le troisième alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« L'avis de la Haute autorité de santé n'est pas nécessaire lorsque la décision ne modifie que la hiérarchisation d'un acte ou d'une prestation. »

Article 37

L'article L. 162-4-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art L. 162-4-2.* – La prise en charge, par l'assurance maladie, de soins ou traitements susceptibles de faire l'objet de mésusage, d'un usage détourné ou abusif dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé est subordonnée à l'obligation faite au patient

d'indiquer au prescripteur, à chaque prescription, le nom du pharmacien qui sera chargé de la délivrance et à l'obligation faite au médecin de mentionner ce nom sur la prescription, qui doit alors être exécutée par ce pharmacien.

« L'arrêté mentionné à l'alinéa précédent désigne, parmi les soins ou traitements figurant sur la liste, ceux pour lesquels, compte tenu des risques importants de mésusage, d'usage détourné ou abusif, la prise en charge par l'assurance maladie est subordonnée à l'élaboration du protocole de soins prévu par l'article L. 324-1, soit pour l'ensemble des patients en cas de risque majeur pour leur santé, soit seulement en cas de constatation par les services du contrôle médical de l'assurance maladie d'usage détourné ou abusif. La prescription des soins et traitements ainsi désignés peut être antérieure à l'établissement du protocole prévu à l'article L. 324-1. »

Article 38

Le chapitre V du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 165-8 ainsi rédigé :

« *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.

« 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. »

Article 39

I. – Le dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Les éléments mentionnés aux 1° et 3° prennent effet le 1^{er} mars de l'année en cours et ceux mentionnés au 2° le 1^{er} janvier de la même année, à l'exception de ceux fixés en application du II. »

II. – Les dispositions du I, à l'exception de celles de l'avant-dernière phrase du troisième alinéa et de celles du quatrième alinéa, et du II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003), ainsi que les dispositions du troisième alinéa du D du V du même article demeurent applicables, au plus tard jusqu'au 31 décembre 2008, selon des modalités et un calendrier fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

III. – La dernière phrase du dernier alinéa du IV de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

« Le coefficient de haute technicité est réduit progressivement dans les conditions définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pour atteindre la valeur 1 au plus tard en 2012. L'écart entre la valeur de ce coefficient et la valeur 1 est réduit d'au moins 50 % en 2009. »

IV. – L'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa, les mots : « des établissements de santé et » sont supprimés ;

2° Le deuxième alinéa est supprimé ;

3° La dernière phrase du dernier alinéa est supprimée.

V. – L'article L. 123-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les établissements de santé, les conséquences financières des conventions agréées prévues au premier alinéa ne sont pas opposables à l'autorité de tarification de ces établissements. »

VI. – L'article L. 224-5-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les établissements de santé, les décisions et les accords de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale ne s'imposent pas à l'autorité de tarification. »

VII. – Le 4° de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« 4° Les activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation dispensées par le service de santé des armées et l'ensemble des activités de soins de l'Institution nationale des invalides ; ».

VIII. – L'article L. 174-15 du code de la sécurité sociale est remplacé par quatre articles L. 174-15 à L. 174-15-3 ainsi rédigés :

« *Art. L. 174-15.* – Sont applicables aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie du service de santé des armées les dispositions des articles L. 162-21-1, L. 162-22-6, L. 162-22-7, L. 162-22-8, L. 162-22-10, L. 162-22-11, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15, L. 162-22-18 et L. 162-26.

« Les compétences du directeur ou de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation mentionnées aux articles visés au premier alinéa sont exercées en ce qui concerne le service de santé des armées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Les missions des caisses mentionnées aux articles L. 174-2 et L. 174-2-1 sont assurées en ce qui concerne le service de santé des armées par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale.

« Les dépenses afférentes aux activités visées au premier alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-9.

« *Art. L. 174-15-1.* – Les dépenses d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans le cadre des activités réalisées en psychiatrie ou en soins de suite et de réadaptation du service de santé des armées prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 sont financées sous la forme d'une dotation annuelle. Chaque année, le montant de cette dotation, qui présente un caractère limitatif, est fixé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elle est versée pour l'ensemble des régimes par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale. Pour la répartition entre les régimes d'assurance maladie, les sommes versées au service de santé des armées s'ajoutent à celles prévues au deuxième alinéa de l'article L. 174-2.

« Les dispositions de l'article L. 174-3 sont applicables au service de santé des armées.

« *Art. L. 174-15-2.* – Les dispositions de l'article L. 174-15-1 sont applicables aux dépenses d'hospitalisation de l'ensemble des activités de soins de l'Institution nationale des invalides.

« *Art. L. 174-15-3.* – Les dispositions de l'article L. 174-4 sont applicables au service de santé des armées et à l'Institution nationale des invalides. »

IX. – Les dispositions de l'article L. 174-15 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du VIII entrent en vigueur dans les conditions et à la date fixées par décret en Conseil d'État, et au plus tard le 1^{er} juillet 2009.

X (*nouveau*). – À la fin de la dernière phrase du dernier alinéa du I de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003), les mots : « du ou des trimestres suivants » sont remplacés par les mots : « des périodes suivantes ».

XI (*nouveau*). – *Le quatrième alinéa du A du V de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée est complété par une phrase ainsi rédigée :*

« Cette dernière disposition ne s'applique pas à la fraction propre au service de santé des armées. »

Article 39 bis (nouveau)

I. – *Dans la dernière phrase du cinquième alinéa de l'article L. 6114-2 du code de la santé publique, après les mots : « non-respect », il est inséré le mot : « substantiel ».*

II. – *Dans la dernière phrase du deuxième alinéa de l'article L. 6122-8 du même code, après les mots : « non-respect », il est inséré le mot : « substantiel ».*

Article 39 ter (nouveau)

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, un Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée.

« L'observatoire est chargé du suivi tout au long de l'année des dépenses hospitalières se fondant sur l'analyse des données d'activité de soins et des dépenses engendrées par ces activités. Il assiste le Parlement dans le suivi de l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

« 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 trimestriel sur l'évolution des dépenses hospitalières. 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 à parité :

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

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

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

Article 39 quater (nouveau)

Dans le dernier alinéa du II de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale, les mots : « pour le premier trimestre » sont remplacés par les mots : « au fur et à mesure de l'année en cours ».

Article 39 quinquies (nouveau)

I. – L'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est ainsi rédigé :

« Art. 116. – I. – Le Centre national de gestion, établissement public national placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé, assure, dans les conditions prévues par leurs statuts, la gestion et, le cas échéant, la rémunération des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et des praticiens hospitaliers. Il assure également la gestion et, le cas échéant, la rémunération d'autres catégories de personnels relevant du

présent titre ainsi que de catégories de personnels placés auprès du ministre chargé de la santé. Le Centre national de gestion exerce ses missions au nom du ministre chargé de la santé ou du directeur d'établissement de rattachement du personnel qu'il gère.

« Un décret en Conseil d'État détermine les missions et les conditions d'organisation et de fonctionnement du Centre national de gestion.

« II. – Les ressources du Centre national de gestion sont constituées par :

« 1° Les subventions, avances, fonds de concours et dotation de l'État ;

« 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 du code de la sécurité sociale ;

« 3° Une contribution annuelle des établissements mentionnés à l'article 2 du présent titre.

« L'assiette de la contribution de chaque établissement est constituée de la masse salariale des personnels employés par l'établissement au 31 décembre de l'année précédente. Le taux uniforme est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et des affaires sociales dans la limite de 0,15 %. En vue de l'établissement du montant de la contribution, les établissements visés au 3° sont tenus de faire parvenir à l'administration une déclaration des charges salariales induites par la rémunération de ces personnels. La contribution est recouvrée par le Centre national de gestion.

« III. – Le Centre national de gestion emploie des agents régis par les titres II, III ou IV du statut général des fonctionnaires et des personnels mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique, en position de détachement ou de mise à disposition. Il peut employer des agents contractuels de droit public avec lesquels il peut conclure des contrats à durée déterminée ou indéterminée. »

II. – À la fin du deuxième alinéa de l'article 89 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée, les mots : « demeure à la charge de l'établissement concerné » sont remplacés par les mots : « est assurée par le Centre national de gestion prévu à l'article 116 du présent titre ».

III. – Jusqu'à l'expiration d'un délai maximum de trois mois suivant la mise en place du Centre national de gestion prévu à l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée, les personnes relevant de l'article L. 6141-7-2 du code de la santé publique sont rémunérées par les établissements publics de santé auxquels ils sont rattachés par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article 39 sexies (nouveau)

I. – Le Gouvernement peut expérimenter, à compter du 1^{er} janvier 2007, et pour une période n'excédant pas cinq ans, de nouveaux modes de financement des activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation des établissements de santé, fondés sur leurs activités et établis en fonction des informations qu'ils recueillent et transmettent en application des articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique.

Les expérimentations peuvent être menées dans une zone géographique déterminée, pour tous les établissements de santé de la zone ou pour une partie d'entre eux, selon des modalités définies par décret.

Les dépenses mises à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent de ces expérimentations sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au 3° du D du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

1° L'article L. 6122-19 est abrogé ;

2° Dans l'article L. 6412-1, la référence : « , L. 6122-19 » est supprimée.

Article 40

L'article L. 6152-4 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Toutefois, lorsque les médecins libéraux sont en nombre insuffisant pour assurer les soins définis au *a* du 1° de l'article L. 6111-2, l'hôpital local peut recruter des praticiens mentionnés aux 1° ou 2° de l'article L. 6152-1 dans des conditions fixées par voie réglementaire. »

Article 40 bis (nouveau)

Dans la première phrase du premier alinéa du II de l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales, les mots : « en médecine, à partir de la première année du troisième cycle, s'il s'engage à exercer comme médecin généraliste » sont remplacés par les mots : « , titulaire du concours de médecine, inscrit en faculté de médecine ou de chirurgie dentaire, s'il s'engage à exercer en tant que médecin généraliste, spécialiste ou chirurgien dentiste ».

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 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 et 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. – Après le I de l'article L. 4111-2 du même code, il est inséré un I *bis* ainsi rédigé :

« I *bis*. – Le ministre chargé de la santé peut également, après avis de la commission mentionnée au I, autoriser individuellement à exercer des ressortissants d'un État autre que ceux membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen et titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre obtenu dans l'un de ces États, conformément aux obligations communautaires. Le nombre maximum de candidats susceptibles d'être autorisés à exercer pour chaque profession, et en ce qui concerne la profession de médecin, pour chaque discipline ou spécialité, est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Nul ne peut être candidat plus de deux fois à l'autorisation d'exercice. »

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 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 et bénéficiaires de l'asile territorial 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, totalisant trois ans de fonctions et justifiant de fonctions rémunérées au cours des deux années précédant la publication de la présente loi. Les conditions et les modalités d'inscription aux épreuves de vérification des connaissances sont fixées par voie réglementaire.

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 transversales réalisées sous le contrôle médical des organismes d'assurance maladie présents au niveau régional à partir du référentiel définissant les caractéristiques des personnes relevant de soins de longue durée, arrêté par les ministres chargés des personnes âgées, de la santé et de la sécurité sociale après avis des fédérations d'établissements les plus représentatives, et tient compte du schéma régional d'organisation sanitaire et du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.

« 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 sept alinéas ainsi rédigés :

« L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux est un groupement d'intérêt public constitué entre l'État, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et d'autres personnes morales conformément aux articles L. 341-1 à L. 341-4 du code de la recherche sous réserve des dispositions suivantes :

« 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'applications 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. »

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

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

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 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.

Article 45

I. – Après l'article L. 5126-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5126-6-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 5126-6-1.* – Les établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles qui ne disposent pas de pharmacies à usage intérieur ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur concluent, avec un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine, une ou des conventions relatives à la fourniture en médicaments des personnes hébergées en leur sein.

« Ces conventions précisent les conditions destinées à garantir la qualité et la sécurité de la dispensation pharmaceutique ainsi que le bon usage des médicaments en lien avec le médecin coordonnateur mentionné au V de l'article L. 313-12 du même code. Elles sont transmises par les établissements à l'autorité administrative compétente ainsi qu'à la caisse primaire d'assurance maladie dont ils relèvent et par les pharmaciens au conseil compétent de l'ordre. Les personnes hébergées ou leurs représentants légaux conservent la faculté de demander que leur approvisionnement soit assuré par un pharmacien de leur choix.

« Les conventions doivent reprendre les obligations figurant dans une convention type définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »

II. – La dernière phrase du dernier alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

« Ces dispositions s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2008. Elles sont applicables aux conventions mentionnées au I de l'article L. 313-12 en cours à cette date. »

III. – Avant la première phrase du V de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré deux phrases ainsi rédigées :

« Le personnel des établissements mentionnés au I comprend un médecin coordonnateur dont les missions sont définies par décret. Le médecin coordonnateur de l'établissement est associé à l'élaboration et à la mise en œuvre des contrats prévus à l'article L. 183-1-1 du code de la sécurité sociale. »

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

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

Article 46

I. – Le IV de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« IV. – Une section consacrée à la promotion des actions innovantes et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service, qui est divisée en deux sous-sections.

« 1. La première sous-section consacrée aux personnes âgées retrace :

« a) En ressources, une fraction du produit mentionné au 3° de l'article L. 14-10-4, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, qui ne peut être inférieure à 5 % ni supérieure à 12 % de ce produit ;

« b) En charges, le financement de dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes une assistance dans les actes quotidiens de la vie, ainsi que de dépenses de formation et de qualification des personnels soignants recrutés dans le cadre des mesures de médicalisation des établissements et services mentionnés au 3° de l'article L. 314-3-1 ;

« 2. La deuxième sous-section consacrée aux personnes handicapées retrace :

« a) En ressources, une part de la fraction du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 affectée au a du 1 du I du présent article ; cette part est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget dans la limite de 12 % de cette fraction ;

« b) En charges, le financement de dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, ainsi que de dépenses de formation et

de qualification des personnels soignants des établissements et services mentionnés au 1° de l'article L. 314-3-1.

« Les projets financés par cette section doivent être agréés par l'autorité compétente de l'État, qui recueille le cas échéant, dans les cas et conditions fixés par voie réglementaire, l'avis préalable de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. »

II. – Le deuxième alinéa de l'article L. 314-3 du même code est complété par les mots : « ainsi, le cas échéant, que de tout ou partie du montant prévisionnel de l'excédent de la section mentionnée au I de l'article L. 14-10-5 ».

Article 47

Le 16° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« 16° Dans le cadre des programmes mentionnés au 6° de l'article L. 321-1, pour les frais d'examens de dépistage et les frais liés aux consultations de prévention destinées aux mineurs et à une unique consultation de prévention pour les personnes de plus de soixante-dix ans ; ».

Article 48

I. – Dans l'article L. 174-9-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « spécialisés de soins aux toxicomanes mentionnés à l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles » sont remplacés par les mots : « de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie », et les mots : « même code » sont remplacés par les mots : « code de l'action sociale et des familles ».

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

1° Dans l'article L. 3311-2, les mots : « cure ambulatoire » sont remplacés par les mots : « soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie » et, après le mot : « assurent », est inséré le mot : « notamment » ;

2° Dans l'article L. 3411-2, les mots : « mentionnées au sixième alinéa de » sont remplacés par les mots : « médico-sociales des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie mentionnées à » ;

3° Dans l'article L. 3411-5, les mots : « spécialisés de soins aux toxicomanes » sont remplacés par les mots : « de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ».

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

1° Dans le cinquième alinéa de l'article L. 313-1, les mots : « spécialisés de soins aux toxicomanes » sont remplacés par les mots : « de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie » ;

2° L'article L. 314-3-3 est ainsi modifié :

a) Les 1° et 2° sont abrogés ;

b) Au début du quatrième alinéa, la mention : « 3° » est supprimée ;

c) Dans le quatrième alinéa, après les mots : « pour usagers de drogue », sont insérés les mots : « , les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie » ;

3° Dans le sixième alinéa de l'article L. 314-8, les mots : « spécialisés de soins aux toxicomanes » sont remplacés par les mots : « de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ».

IV. – Les gestionnaires des centres spécialisés de soins aux toxicomanes et des centres de cure ambulatoire en alcoologie disposent d'un délai de trois ans à compter de la date de publication de la présente loi pour solliciter l'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles, en vue de la transformation de ces établissements en centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

Dans l'attente de cette transformation, les articles du code de la sécurité sociale, du code de la santé publique et du code de l'action sociale et des familles mentionnés aux I, II et III s'appliquent, dans leur rédaction antérieure à la présente loi, aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes et centres de cure ambulatoire en addictologie bénéficiant à la date du 1^{er} janvier 2007 de l'autorisation prévue à l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles.

Article 49

I. – L'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est ainsi modifié :

1° Le III est ainsi rédigé :

« III. – Ce fonds finance des dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé et des groupements de coopération sanitaire au moyen de subventions ou d'avances remboursables, dans le cadre d'opérations de modernisation et de restructuration de ces établissements et groupements ou de réorganisation de l'offre de soin. » ;

2° Après le III *bis*, sont insérés un III *ter* et un III *quater* ainsi rédigés :

« III *ter*. – Le fonds prend en charge les frais de fonctionnement d'une mission chargée de concevoir les modalités de financement des activités de soins des établissements de santé et de conduire les expérimentations visées au I de l'article 39 *sexies* de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2007.

« III *quater*. – Le fonds prend en charge les frais de fonctionnement d'une mission d'expertise et d'audit hospitaliers placée auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, chargée de procéder ou de faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé et de diffuser auprès de ces établissements des références et recommandations de gestion hospitalière.

« Le fonds prend également en charge les frais de fonctionnement d'une mission nationale d'appui à l'investissement, placée auprès du ministre chargé de la santé et de missions régionales ou interrégionales d'appui à l'investissement placées auprès des directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation. » ;

3° Le IV est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le montant de chaque subvention ou avance du fonds est arrêté par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, dans la limite des montants régionaux arrêtés par le ministre chargé de la santé. » ;

4° La première phrase du premier alinéa du V est complétée par les mots : « , ainsi que par le reversement des avances remboursables mentionnées au III » ;

5° Après le premier alinéa du V, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les sommes apportées par les organismes de sécurité sociale et mentionnées à l'article L. 6161-3-2 du code de la santé publique sont versées au fonds. »

II. – Dans le premier alinéa de l'article L. 6141-7-2 du code de la santé publique, les mots : « , dans le cadre d'une mission de coordination financée par le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés, » sont supprimés.

III. – L'article L. 6161-3-2 du même code est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa, les mots : « à une collectivité publique ou à un établissement privé poursuivant un but similaire » sont remplacés par les mots : « au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionné à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) » ;

2° Dans le deuxième alinéa, les mots : « aux collectivités mentionnées au premier alinéa ou à un établissement privé poursuivant un but similaire ou un établissement public » sont remplacés par les mots : « au fonds mentionné au premier alinéa » ;

3° L'avant-dernier alinéa est supprimé.

IV. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est fixé, pour l'année 2007, à 376 millions d'euros.

Article 50

I. – Au début des première et dernière phrases du deuxième alinéa du II de l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale, l'année : « 2006 » est remplacée par l'année : « 2007 ».

II. – Pour 2007, le montant maximal des dépenses du fonds institué à l'article L. 221-1-1 est fixé à 195 millions d'euros.

Ce fonds est doté de 178 millions d'euros au titre de l'exercice 2007.

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 finance la prévention des risques sanitaires exceptionnels, notamment l'achat, le stockage et la livraison de produits destinés à la prophylaxie ou au traitement d'un grand nombre de personnes exposées à une menace sanitaire grave, quelles que soient son origine ou sa nature.

« Le fonds est un établissement public de l'État administré par un conseil d'administration constitué de représentants de l'État.

« *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. Les produits et traitements achetés pour la réalisation de ces mesures sont la propriété de l'État, qui est l'autorité adjudicatrice des marchés. Le fonds effectue l'ordonnancement et le paiement de la dépense ;

« 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 arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, et répartie entre les régimes selon les règles définies à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale ;

« 2° Des subventions de l'État ;

« 3° Des produits financiers ;

« 4° Des dons et legs. » ;

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. »

II. – À titre transitoire et jusqu'à une date fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, le Fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale est chargé de la gestion du fonds mentionné à l'article L. 3110-5-1 du code de la santé publique.

Article 52

Pour l'année 2007, les objectifs de dépenses de la branche Maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale à 170,1 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de sécurité sociale, à 146,7 milliards d'euros.

Article 53

Pour l'année 2007, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

(En milliards d'euros)

	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	66,7
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité.....	47,5
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,3
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	4,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,0
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	0,7
Total.....	144,8

Article 53 bis (nouveau)

Dans l'article L. 6314-1 du code de la santé publique, les mots : « , dans un but d'intérêt général, à la » sont remplacés par les mots : « à la mission de service public de ».

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 54

I. – L'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans le deuxième alinéa, après les mots : « sont inférieurs », sont insérés les mots : « à 160 % du salaire minimum de croissance ou » ;

2° Après le 7°, il est inséré un 8° ainsi rédigé :

« 8° Activités de tutorat d'un ou de plusieurs salariés par un ancien salarié de l'entreprise exerçant, après la liquidation de sa pension, cette activité, à titre exclusif, auprès du même employeur sous le régime d'un contrat de travail à durée déterminée pour une durée maximale et dans la limite d'un montant de cumul fixés par décret. Ce décret détermine également les conditions d'ancienneté acquise dans l'entreprise que doit remplir l'intéressé ainsi que le délai maximum séparant son départ de l'entreprise et son retour dans celle-ci. »

II. – Le chapitre II du titre IX du livre IX du code du travail est complété par un article L. 992-9 ainsi rédigé :

« *Art. L. 992-9.* – Le contrat de travail à durée déterminée pour l'exercice des activités de tutorat définies au 8° de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale par un salarié, après la liquidation de sa pension, auprès du même employeur est conclu en application de l'article L. 122-2.

« Un décret détermine la durée du contrat. »

Article 55

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

« 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. »

II. – Les accords conclus et étendus avant la publication de la présente loi, déterminant des contreparties en termes d'emploi ou de formation professionnelle et fixant un âge inférieur à celui mentionné au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale dès lors que le salarié peut bénéficier d'une pension de vieillesse à taux plein et que cet âge n'est pas inférieur à celui fixé au premier alinéa de l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale, cessent de produire leurs effets au 31 décembre 2009.

Article 55 bis (nouveau)

I. – L'article L. 732-54-1 du code rural est ainsi modifié :

1° Dans la première phrase du I, les mots : « de conditions minimales de durée d'activité agricole non salariée et de périodes d'assurance » sont remplacés par les mots : « d'au moins vingt-deux années et demie de durée d'activité non salariée agricole, ainsi que de périodes d'assurance » ;

2° Dans la première phrase du premier alinéa du III, les mots : « de périodes minimum d'activité non salariée agricole et d'assurance » sont remplacés par les mots : « d'au moins vingt-deux années et demie d'activité non salariée agricole, ainsi que de périodes d'assurance ».

II. – Dans le troisième alinéa du I de l'article L. 732-54-2 du même code, les mots : « fixées par décret » sont remplacés par les mots : « d'au moins vingt-deux années et demie ».

III. – L'article L. 732-54-3 du même code est ainsi modifié :

1° Dans la première phrase du I, les mots : « fixée par décret » sont remplacés par les mots : « d'au moins vingt-deux années et demie » ;

2° Dans la première phrase du premier alinéa du II, les mots : « de périodes de cotisations à ladite retraite et

d'assurance déterminées par décret » sont remplacés par les mots : « d'au moins vingt-deux années et demie de durée d'activité et de périodes d'assurance ».

IV. – Les dispositions des I à III sont applicables au 1^{er} janvier 2007.

Article 56

La loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites est ainsi modifiée :

1° Le V de l'article 5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'assuré qui remplit la condition d'âge prévue à l'alinéa précédent continue de bénéficier des règles qui lui étaient applicables à la date à laquelle il remplit cette condition, pour la détermination de la durée d'assurance maximale et du nombre d'années de salaire ou de revenu servant de base au calcul de la pension dans chacun des régimes mentionnés à l'alinéa précédent. » ;

2° Le II de l'article 22 est complété par les mots : « pour les assurés nés après 1947 ».

Article 57

I. – Les personnes exerçant ou ayant exercé, avant le 31 décembre 2006, à titre indépendant, la profession de moniteur de ski sont réputées avoir satisfait, à cette date, aux obligations résultant de leur affiliation à titre obligatoire à l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales au titre des périodes d'exercice comprises entre le 1^{er} janvier 1978 et le 31 décembre 2006.

II. – Les périodes mentionnées au I du présent article au titre desquelles les personnes mentionnées au même I ont cotisé au dispositif professionnel de retraite mis en place par le syndicat professionnel auquel elles ont adhéré en raison de l'exercice de leur activité de moniteur de ski sont prises en compte pour la détermination de la durée d'assurance fixée en application des dispositions de l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale et donnent lieu à l'attribution de points de retraite du régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales mentionné à l'article L. 643-1 du même code, à raison du

nombre de points résultant des cotisations acquittées par les intéressés dans ce dispositif.

Les périodes mentionnées au I du présent article ne sont pas prises en compte pour l'application des dispositions du dernier alinéa de l'article L. 643-1 du même code.

Un décret fixe les conditions d'application du présent II.

III. – Les périodes mentionnées au I du présent article au titre desquelles les personnes mentionnées au même I ont cotisé au dispositif professionnel de retraite mis en place par le syndicat professionnel auquel elles ont adhéré en raison de l'exercice de leur activité de moniteur de ski, donnent lieu à l'attribution de points de retraite du régime d'assurance vieillesse complémentaire dont elles relèvent à titre obligatoire, à raison du nombre de points résultant des cotisations acquittées par les intéressés dans ce dispositif et compte tenu des points attribués en application des dispositions du II.

Un décret fixe les conditions d'application du présent III.

IV. – Les réserves du dispositif professionnel spécifique constituées au 31 décembre 2006 sont transférées, respectivement, à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et à la caisse chargée de la gestion du régime d'assurance vieillesse complémentaire mentionné au III du présent article. Un arrêté fixe le montant transféré à chacun de ces organismes. Cet arrêté peut prévoir qu'une partie de ces réserves est consacrée au financement d'un contrat d'assurance qui serait souscrit par le syndicat mentionné au II auprès d'un organisme assureur habilité, aux fins de verser des prestations aux personnes mentionnées au I qui seraient âgées, en 2007, d'au moins cinquante-huit ans et de moins de soixante et un ans, 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 à l'alinéa précédent. Les rentes qui auraient été versées au titre du contrat d'assurance mentionné à l'alinéa précédent 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. – Les dispositions du présent article sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2007.

Avant le 31 janvier 2007, les syndicats professionnels auxquels adhèrent ou ont adhéré les personnes mentionnées au I transmettent 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 l'ensemble des données nécessaires à l'application des dispositions du présent article.

Article 58

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

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

Article 59

Pour l'année 2007, les objectifs de dépenses de la branche Vieillesse sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 170,6 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de sécurité sociale, à 88,9 milliards d'euros.

Section 3

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

Article 60

I. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 800 millions d'euros au titre de l'année 2007.

II. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 315 millions d'euros au titre de l'année 2007.

Article 61

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

Article 62

Pour l'année 2007, les objectifs de dépenses de la branche Accidents du travail sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 11,4 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 10,2 milliards d'euros.

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche Famille

Article 63

L'article L. 531-6 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au premier alinéa du présent article, le complément de libre choix du mode de garde de la prestation

d'accueil du jeune enfant peut être versé au ménage ou à la personne qui recourt, pour assurer la garde d'un enfant, à un établissement d'accueil de jeunes enfants mentionné à l'article L. 2324-1 du code de la santé publique, dont la capacité d'accueil maximale ne dépasse pas un seuil fixé par décret. »

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 : « de la date ».

II. – *Supprimé*.....

Article 65

I. – Après le premier alinéa de l'article L. 521-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

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

II (nouveau). – Dans le premier alinéa de l'article L. 331-4 et à la fin du troisième alinéa de l'article L. 331-7 du même code, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « quatrième ».

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, une fois durant sa carrière professionnelle, 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.

« 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, relatifs 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. – Dans le second alinéa de l'article L. 933-1 du même code, après les mots : « présence parentale », sont insérés les mots : « , de soutien familial ».

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, il est inséré 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 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 lorsque la personne aidée est une personne âgée. »

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

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

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

« *CHAPITRE VIII*

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

« *Section 1*

« ***Bénéficiaires du congé de soutien familial***

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

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 de moins de vingt-cinq ans pour les aider dans leur insertion professionnelle.

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 68

Pour l'année 2007, les objectifs de dépenses de la branche Famille sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 55,3 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de sécurité sociale, à 54,9 milliards d'euros.

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

I. – L'article L. 380-3 du code de la sécurité sociale est complété par un 5° ainsi rédigé :

« 5° Les travailleurs détachés temporairement en France pour y exercer une activité professionnelle et exemptés d'affiliation au régime français de sécurité sociale en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement communautaire ainsi que les personnes appartenant aux catégories mentionnées aux articles L. 161-14 et L. 313-3. »

II. – L'article L. 512-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le précédent alinéa ne s'applique pas aux travailleurs détachés temporairement en France pour y exercer une activité professionnelle et exemptés d'affiliation au régime français de

sécurité sociale en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement communautaire ainsi qu'aux personnes à leur charge, sous réserve de stipulation particulière de cette convention. »

Article 69 bis (nouveau)

I. – L'article L. 161-8 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux personnes qui ne résident pas en France au sens du présent code. »

II. – Après l'article L. 161-15-3 du même code, il est inséré un article L. 161-15-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 161-15-4. – Toute personne qui cesse de bénéficier des droits aux prestations à l'assurance maladie en application des dispositions du dernier alinéa de l'article L. 161-8 ou de l'article L. 380-1 est tenue d'en informer, dans un délai fixé par arrêté, l'organisme d'assurance maladie auquel elle est rattachée ainsi que de restituer la carte électronique individuelle interrégimes mentionnée à l'article L. 161-31 qui lui a été délivrée.

« En cas de manquement aux obligations fixées à l'alinéa précédent, il est fait application des dispositions de l'article L. 162-1-14. »

Article 69 ter (nouveau)

I. – Après l'article L. 553-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 553-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 553-5. – Lorsqu'il est constaté par l'organisme local de sécurité sociale, à l'occasion de l'instruction d'une demande ou lors d'un contrôle, une disproportion marquée entre, d'une part, le train de vie du demandeur ou du bénéficiaire et, d'autre part, les ressources qu'il déclare, une évaluation forfaitaire des éléments de train de vie est effectuée. Cette évaluation forfaitaire est prise en compte pour la détermination du droit aux prestations prévues au présent livre à l'exception de l'allocation de logement servie en application de l'article L. 542-1.

« Les éléments de train de vie à prendre en compte, qui comprennent notamment le patrimoine mobilier ou immobilier, sont ceux dont la personne a disposé au cours de la période correspondant à la déclaration de ses ressources, en quelque lieu que ce soit, en France ou à l'étranger, et à quelque titre que ce soit.

« Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article. »

II. – Après l'article L. 861-2 du même code, il est inséré un article L. 861-2-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 861-2-1. – Lorsqu'il est constaté par l'organisme local de sécurité sociale, à l'occasion de l'instruction d'une demande ou lors d'un contrôle, une disproportion marquée entre, d'une part, le train de vie du demandeur ou du bénéficiaire et, d'autre part, les ressources qu'il déclare, une évaluation forfaitaire des éléments de train de vie est effectuée. Cette évaluation forfaitaire est prise en compte pour la détermination du droit à la prestation.

« Les éléments de train de vie à prendre en compte, qui comprennent notamment le patrimoine mobilier ou immobilier, sont ceux dont la personne a disposé au cours de la période correspondant à la déclaration de ses ressources, en quelque lieu que ce soit, en France ou à l'étranger, et à quelque titre que ce soit.

« Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article. »

III. – Dans le premier alinéa de l'article L. 863-1 du même code, les mots : « à l'article L. 861-2 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 861-2 et L. 861-2-1 ».

IV. – Après l'article L. 262-10 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 262-10-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 262-10-1. – Lorsqu'il est constaté par l'organisme local de sécurité sociale, à l'occasion de l'instruction d'une demande ou lors d'un contrôle, une disproportion marquée entre, d'une part, le train de vie du demandeur ou du bénéficiaire et, d'autre part, les ressources qu'il déclare, une évaluation forfaitaire des éléments de train de vie est effectuée. Cette

évaluation forfaitaire est prise en compte pour la détermination du droit à la prestation.

« Les éléments de train de vie à prendre en compte, qui comprennent notamment le patrimoine mobilier ou immobilier, sont ceux dont la personne a disposé au cours de la période correspondant à la déclaration de ses ressources, en quelque lieu que ce soit, en France ou à l'étranger, et à quelque titre que ce soit.

« Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article. »

V. – Après la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 380-2 du code de la sécurité sociale, sont insérées deux phrases ainsi rédigées :

« Servent également au calcul de l'assiette de la cotisation, lorsqu'ils ne sont pas pris en compte en application du IV de l'article 1417 du code général des impôts, l'ensemble des moyens d'existence et des éléments de train de vie, notamment les avantages en nature et les revenus procurés par des biens mobiliers et immobiliers, dont le bénéficiaire de la couverture maladie universelle a disposé, en quelque lieu que ce soit, en France ou à l'étranger, et à quelque titre que ce soit. Ces éléments de train de vie font l'objet d'une évaluation dont les modalités sont fixées par décret en Conseil d'État. »

Article 70

Dans le troisième alinéa de l'article L. 613-20 du code de la sécurité sociale, les mots : « d'indemnités journalières dans tout ou partie des cas entraînant l'incapacité de travail prévue » sont remplacés par les mots : « , dans tout ou partie des cas entraînant une incapacité de travail, des indemnités journalières prévues ».

Article 70 bis (nouveau)

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.

« 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 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 au précédent alinéa. »

II. – L'article L. 161 du livre des procédures fiscales est abrogé.

Article 70 ter (nouveau)

I. – L'intitulé du chapitre VI du titre I^{er} du livre II du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé : « Constitution, groupement de caisses, et délégations ».

II. – L'intitulé de la section 2 du même chapitre est ainsi rédigé : « Groupements de caisses, délégation 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.

« 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. – Dans le dernier alinéa de l'article L. 213-1 du même code, le mot : « contrôle » est remplacé par les mots : « recouvrement, de contrôle et de contentieux ».

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. 216-3 ; ».

VI. – L'article L. 231-1 du même code est abrogé.

Article 70 quater (nouveau)

Après l'article L. 216-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 2 bis ainsi rédigée :

« Section 2 bis

« Caisse commune de sécurité sociale

« Art. L. 216-4. – Des organismes locaux du régime général de sécurité sociale des départements dont toutes les communes ont été classées en zone de revitalisation rurale en application de l'article 1465 A du code général des impôts, peuvent, sur l'initiative de leurs conseils et conseils d'administration, proposer la création, à titre expérimental pour une durée de cinq ans, d'une caisse commune exerçant les missions des organismes concernés. Cette caisse est créée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale pris après avis des conseils et conseils d'administration des organismes nationaux concernés.

« Art. L. 216-5. – La caisse commune de sécurité sociale créée à titre expérimental est dotée d'un conseil et d'un directeur. Le conseil est composé d'un nombre égal de représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales nationales de salariés représentatives au sens de l'article L. 133-2 du code du travail et d'employeurs et de travailleurs indépendants désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs et de travailleurs indépendants représentatives ainsi que, selon les missions exercées par la caisse commune :

« 1° De représentants de la Fédération nationale de la mutualité française ;

« 2° De représentants des associations familiales ;

« 3° De représentants d'institutions désignées par l'État et intervenant dans le domaine de l'assurance maladie ;

« 4° De personnes qualifiées.

« Le conseil délibère et a les mêmes missions que celles définies à l'article L. 211-2-1 du présent code. Toutefois, en matière de politique d'action sanitaire et sociale, il est également tenu compte des orientations définies par la Caisse nationale d'allocations familiales.

« Le directeur dirige la caisse commune et exerce les mêmes compétences que celles définies à l'article L. 211-2-2.

« Art. L. 216-6. – Le directeur et l'agent comptable sont nommés et il peut être mis fin à leurs fonctions dans les conditions prévues à l'article L. 217-3-1. Toutefois, les décisions relatives à la nomination ou à la cessation de fonctions sont prises conjointement par les directeurs des caisses nationales concernées. Les mêmes directeurs exercent sur cette caisse les compétences visées au douzième alinéa de l'article L. 221-3-1 et à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 227-3, le cas échéant par décision conjointe. »

Section 6

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 71

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

(En milliards d'euros)

	Prévisions de charges
Fonds de solidarité vieillesse	14,5
Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles	16,6

Délibéré en séance publique, à Paris, le 6 juin 2006.

Le Président,
Signé : JEAN-LOUIS DEBRÉ

ANNEXE A

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

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

1. Couverture du déficit de la branche Maladie

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

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

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

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

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

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

2. Couverture des déficits des branches Vieillesse, Famille et Accidents du travail – maladies professionnelles

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

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

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

1. Couverture du déficit du Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA) :

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

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

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

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

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

Le fonds se retrouve largement en position de débiteur vis-à-vis de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS – 2,7 milliards d'euros au 31 décembre 2005) et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (0,06 milliard d'euros à cette même date).

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

3. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie :

Elle a été excédentaire de 0,5 milliard d'euros en 2005. Ces montants ont été reportés sur 2006 et affectés au financement d'investissements dans les établissements médico-sociaux (notamment pour des mises aux normes techniques).

ANNEXE B

Rapport 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

	Scénario haut	Scénario bas
Produit intérieur brut volume.....	3,0 %	2,25 %
Masse salariale du secteur privé	5,2 %	4,4 %
Objectif national de dépenses d'assurance maladie	2,5 %	2,2 %
Inflation hors tabac	1,75 %	1,75 %

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

Ces deux scénarios reprennent les hypothèses d'évolution du produit intérieur brut (PIB), de la masse salariale et de l'inflation retenues dans les scénarios présentés dans le rapport sur la situation et les perspectives économiques, sociales et financières de la Nation annexé au projet de loi de finances pour 2007. Dans ces deux scénarios et en retenant une progression moyenne de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de 2,5 % dans le scénario haut et de 2,2 % dans le scénario bas, le solde global du régime général et de l'ensemble des régimes de base s'améliore régulièrement sur la période 2007-2010. Le retour à l'équilibre du régime général est atteint en 2009 dans le scénario haut, et en 2010 dans le scénario bas.

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

social vers la CNSA et en contrepartie reçoivent en produits le remboursement par la CNSA des prestations médico-sociales.

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

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

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

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

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

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

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

Régime général (En milliards d'euros)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Maladie						
Recettes	121,0	136,7	142,8	148,0	154,0	160,4
Dépenses	129,0	142,7	146,7	150,2	154,1	158,0
Solde	- 8,0	- 6,0	- 3,9	- 2,2	- 0,1	2,4
Accidents du travail – maladies professionnelles						
Recettes	9,0	9,8	10,3	10,7	11,1	11,6
Dépenses	9,4	9,8	10,2	10,5	10,8	10,9
Solde	- 0,4	0,0	0,1	0,2	0,4	0,7
Famille						
Recettes	50,0	52,0	54,1	56,1	58,4	60,7
Dépenses	51,4	53,3	54,9	56,1	57,3	58,6
Solde	- 1,3	- 1,3	- 0,8	0,0	1,0	2,0
Vieillesse						
Recettes	78,8	82,4	85,4	88,4	91,7	95,5
Dépenses	80,7	84,7	88,9	92,9	96,8	100,7
Solde	- 1,9	- 2,4	- 3,5	- 4,5	- 5,1	- 5,1
Toutes branches consolidé						
Recettes	253,9	275,9	287,5	297,9	309,7	322,5
Dépenses	264,5	285,6	295,5	304,5	313,5	322,5
Solde	- 11,6	- 9,7	- 8,0	- 6,6	- 3,7	- 0,1

Ensemble des régimes obligatoires de base (En milliards d'euros)

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

Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

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

Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles

(En milliards d'euros)

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

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

Régime général

(En milliards d'euros)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Maladie						
Recettes	121,0	136,7	142,8	148,8	155,7	163,0
Dépenses	129,0	142,7	146,7	150,2	154,2	159,0
Solde	- 8,0	- 6,0	- 3,9	- 1,4	1,4	4,0
Accidents du travail – maladies professionnelles						
Recettes	9,0	9,8	10,3	10,8	11,3	11,9
Dépenses	9,4	9,8	10,2	10,5	10,8	11,0
Solde	- 0,4	0,0	0,1	0,2	0,5	0,9
Famille						
Recettes	50,0	52,0	54,1	56,4	58,9	61,6
Dépenses	51,4	53,3	54,9	56,1	57,3	58,7
Solde	- 1,3	- 1,3	- 0,8	0,3	1,6	2,9
Vieillesse						
Recettes	78,8	82,4	85,4	88,9	92,9	97,4
Dépenses	80,7	84,7	88,9	92,9	96,8	100,7
Solde	- 1,9	- 2,4	- 3,5	- 4,1	- 3,8	- 3,3
Toutes branches consolidé						
Recettes	253,9	275,9	287,5	299,5	313,3	328,1
Dépenses	265,5	285,6	295,5	304,5	313,6	323,6
Solde	- 11,6	- 9,7	- 8,0	- 4,9	- 0,2	4,5

Ensemble des régimes obligatoires de base

(En milliards d'euros)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Maladie						
Recettes	141,8	159,3	166,2	172,4	180,1	188,2
Dépenses	149,9	165,2	170,1	174,2	179,0	184,6
Solde	- 8,1	- 5,9	- 4,0	- 1,9	1,1	3,6
Accidents du travail – maladies professionnelles						
Recettes	10,4	11,1	11,5	12,1	12,7	13,2
Dépenses	10,8	11,1	11,4	11,8	12,1	12,3
Solde	- 0,4	0,0	0,1	0,3	0,6	1,0
Famille						
Recettes	50,5	52,5	54,6	56,9	59,4	62,1
Dépenses	51,7	53,6	55,3	56,5	57,7	59,0
Solde	- 1,2	- 1,2	- 0,7	0,4	1,7	3,0
Vieillesse						
Recettes	154,8	161,0	167,7	174,5	181,6	189,1
Dépenses	156,4	162,7	170,6	178,3	185,3	192,4
Solde	- 1,6	- 1,6	- 2,9	- 3,7	- 3,7	- 3,3
Toutes branches consolidé						
Recettes	352,3	378,8	394,8	410,5	428,1	446,7
Dépenses	363,7	387,6	402,3	415,4	428,4	442,4
Solde	- 11,4	- 8,8	- 7,5	- 4,9	- 0,3	4,3

Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

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

Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles

(En milliards d'euros)

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

ANNEXE C

État des recettes par 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.

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

Exercice 2005

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail – Maladies profes- sionnelles	Total par catégorie
Cotisations effectives	67,7	85,8	29,2	7,7	190,5
Cotisations fictives.....	1,0	31,5	0,1	0,3	32,9
Cotisations prises en charge par l'État.....	7,8	5,8	3,3	1,6	18,5
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Autres contributions publiques.....	1,1	5,4	6,0	0,1	12,5
Impôts et taxes affectées	61,2	5,6	10,8	0,2	77,8
<i>dont contribution sociale généralisée</i>	<i>50,4</i>	<i>0,0</i>	<i>10,4</i>	<i>0,0</i>	<i>60,9</i>
Transferts reçus.....	1,0	20,0	0,1	0,0	16,2
Revenus des capitaux.....	0,0	0,2	0,1	0,0	0,4
Autres ressources	1,9	0,5	0,6	0,5	3,5
Total par branche	141,8	154,8	50,5	10,4	352,3

Exercice 2006 (Prévisions)

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail - Maladies profes- sionnelles	Total par catégorie
Cotisations effectives	69,7	89,3	30,3	8,2	197,5
Cotisations fictives.....	1,0	33,1	0,1	0,3	34,5
Cotisations prises en charge par l'État	1,5	1,3	0,6	0,3	3,7
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale.....	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Autres contributions publiques.....	1,6	6,4	6,4	0,1	14,5
Impôts et taxes affectées <i>dont contribution sociale généralisée.....</i>	71,2 53,6	11,1 0,0	14,5 11,0	1,7 0,0	98,6 64,6
Transferts reçus	12,1	19,1	0,0	0,0	26,4
Revenus des capitaux	0,0	0,2	0,1	0,0	0,3
Autres ressources	2,1	0,5	0,2	0,4	3,3
Total par branche	159,3	161,0	52,5	11,1	378,8

Exercice 2007 (Prévisions)

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail - Maladies profes- sionnelles	Total par catégorie
Cotisations effectives	72,4	93,3	31,5	8,6	205,8
Cotisations fictives.....	1,1	34,6	0,1	0,3	36,1
Cotisations prises en charge par l'État	1,7	1,4	0,6	0,3	4,0
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale.....	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Autres contributions publiques.....	1,6	7,0	6,5	0,1	15,2
Impôts et taxes affectées <i>dont contribution sociale généralisée.....</i>	74,4 55,7	11,5 0,0	15,1 11,4	1,8 0,0	102,8 67,1
Transferts reçus	13,1	19,3	0,0	0,0	27,5
Revenus des capitaux	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2
Autres ressources	1,9	0,5	0,4	0,4	3,2
Total par branche	166,2	167,7	54,6	11,5	394,8

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

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

Exercice 2005

(En milliards d'euros)

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

Exercice 2006 (Prévisions)

(En milliards d'euros)

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

Exercice 2007 (Prévisions)

(En milliards d'euros)

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

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

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

Exercice 2005

(En milliards d'euros)

	Fonds de solidarité vieillesse	Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles
Cotisations effectives.....	0,0	1,7
Cotisations fictives.....	0,0	0,0
Cotisations prise en charge par l'État	0,0	0,0
Autres contributions publiques	0,0	0,0
Impôts et taxes affectées	10,5	6,2
<i>dont contribution sociale généralisée.</i>	9,9	0,9
Transferts reçus.....	2,1	5,8
Revenus des capitaux.....	0,0	0,0
Autres ressources.....	0,0	0,6
Total par organisme	12,6	14,3

Exercice 2006 (Prévisions)

(En milliards d'euros)

	Fonds de solidarité vieillesse	Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles
Cotisations effectives.....	0,0	1,7
Cotisations fictives.....	0,0	0,0
Cotisations prise en charge par l'État	0,0	0,0
Autres contributions publiques	0,0	0,0
Impôts et taxes affectées	11,2	6,0
<i>dont contribution sociale généralisée ...</i>	<i>10,4</i>	<i>0,9</i>
Transferts reçus.....	2,2	6,3
Revenus des capitaux.....	0,0	0,0
Autres ressources	0,0	0,4
Total par organisme	13,4	14,4

Exercice 2007 (Prévisions)

(En milliards d'euros)

	Fonds de solidarité vieillesse	Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles
Cotisations effectives.....	0,0	1,6
Cotisations fictives.....	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'État	0,0	0,0
Autres contributions publiques	0,0	0,0
Impôts et taxes affectées	11,6	6,1
<i>dont contribution sociale généralisée ...</i>	<i>10,8</i>	<i>1,0</i>
Transferts reçus.....	2,3	6,3
Revenus des capitaux.....	0,0	0,0
Autres ressources	0,0	0,5
Total par organisme	13,9	14,5

Vu pour être annexé au projet de loi adopté par l'Assemblée nationale dans sa séance du 31 octobre 2006.

Le Président,
Signé : JEAN-LOUIS DEBRÉ