



N° 2916

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958  
TREIZIÈME LÉGISLATURE

---

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 22 octobre 2010.

## RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE PROJET DE LOI *de financement de la sécurité sociale pour 2011* (n° 2854)

TOME VI

TABLEAU COMPARATIF  
ET AMENDEMENTS EXAMINÉS PAR LA COMMISSION

PAR M. YVES BUR, M. JEAN-PIERRE DOOR, MME BÉRENGÈRE POLETTI,  
M. DENIS JACQUAT ET MME MARIE-FRANÇOISE CLERGEAU

Députés.

---



## SOMMAIRE

---

	Pages
<b>TABLEAU COMPARATIF .....</b>	<b>5</b>
<b>ANNEXE 1 : TABLEAUX FIGURANT DANS LES ARTICLES DU PROJET DE LOI.....</b>	<b>231</b>
<b>ANNEXE 2 : RAPPORTS ANNEXÉS AU PROJET DE LOI.....</b>	<b>237</b>
<b>ANNEXE 3 : ARTICLES MENTIONNÉS DANS LE PROJET DE LOI.....</b>	<b>255</b>
<b>AMENDEMENTS EXAMINÉS PAR LA COMMISSION.....</b>	<b>309</b>



## TABLEAU COMPARATIF <sup>(1)</sup>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
	<p data-bbox="455 469 746 515"><b>Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011</b></p> <p data-bbox="503 566 698 587"><b>PREMIÈRE PARTIE</b></p> <p data-bbox="455 638 746 684"><b>DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2009</b></p> <p data-bbox="555 735 646 757"><b>Article 1<sup>er</sup></b></p> <p data-bbox="434 788 766 833">Au titre de l'exercice 2009, sont approuvés :</p> <p data-bbox="434 835 766 930">1° Le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : <b>Cf. tableau en annexe 1</b></p> <p data-bbox="434 957 766 1051">2° Le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale : <b>Cf. tableau en annexe 1</b></p> <p data-bbox="434 1079 766 1197">3° Le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : <b>Cf. tableau en annexe 1</b></p> <p data-bbox="434 1224 766 1319">4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 158,1 milliards d'euros ;</p> <p data-bbox="434 1346 766 1423">5° Les recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, s'élevant à 1,5 milliard d'euros ;</p> <p data-bbox="434 1450 766 1545">6° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 5,3 milliards d'euros.</p>	<p data-bbox="798 469 1090 515"><b>Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011</b></p> <p data-bbox="898 735 989 757"><b>Article 1<sup>er</sup></b></p> <p data-bbox="872 788 1020 809">Sans modification</p>

(1) Dans la colonne « Texte du projet de loi », les dispositions suivies d'un astérisque sont détaillées en annexe 3.

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
—	<b>Article 2</b>  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 <sup>er</sup> de la présente loi, des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2009.	<b>Article 2</b>  Sans modification (l'annexe A a été modifiée, cf annexe 1)
	<b>DEUXIÈME PARTIE</b>	
	<b>DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2010</b>	
	Section 1 <b>Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale</b>	
Loi n°2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010	<b>Article 3</b>	<b>Article 3</b>
Art. 10. – Il est institué, au titre de l'année 2010, une contribution exceptionnelle à la charge des organismes mentionnés au premier alinéa du I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de leur participation à la mobilisation nationale contre la pandémie grippale.		
Cette contribution est assise sur les sommes assujetties au titre de l'année 2010 à la contribution mentionnée au I du même article L. 862-4. Elle est recouvrée, exigible et contrôlée dans les mêmes conditions que cette dernière. Son taux est fixé à 0,77 %.		
Le produit de cette contribution est versé à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés qui le répartit entre les régimes obligatoires de base d'assurance maladie suivant les règles définies à l'article L. 174-2 du même code.	Au deuxième alinéa de l'article 10 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010, le pourcentage : « 0,77 % » est remplacé par le pourcentage : « 0,34 % ».	I.–

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la  
Commission

II.— *Le même article est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

*« Si la somme des versements effectués à la date d'entrée en vigueur de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2011 par un organisme assujéti excède le montant dont il est redevable, le solde lui est reversé avant le 1<sup>er</sup> avril 2011. »*

**Amendement 88**

**Article 4**

Au titre de l'année 2010, 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 :

**cf. tableau en annexe 1**

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

**cf. tableau en annexe 1**

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

**cf. tableau en annexe 1**

**Article 5**

I. — Au titre de l'année 2010, l'objectif d'amortissement rectifié de la dette sociale par la caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 5,1 milliards d'euros.

II. — Au titre de l'année 2010, les prévisions rectifiées des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à 2,4 milliards d'euros.

**Article 4**

Sans modification

**Article 5**

Sans modification

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010</p>	<p>Section 2 <b>Dispositions relatives aux dépenses</b></p> <p><b>Article 6</b></p> <p>I. - L'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires restitue aux régimes obligatoires d'assurance maladie, avant le 31 décembre 2010, une fraction des dotations qui lui ont été attribuées au titre des exercices 2007 à 2009 égale à 331 630 491 euros. Ce montant est versé à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés qui le répartit entre les régimes dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.</p>	<p><b>Article 6</b></p> <p>Sans modification</p>
<p>Art. 60. – I. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, mentionné à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale, est fixé à 228 millions d'euros pour l'année 2010.</p>	<p>II. – L'article 60 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 est ainsi modifié :</p>	
<p>II. – 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 à 264 millions d'euros pour l'année 2010.</p>	<p>1° Au II, le montant : « 264 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 159 millions d'euros » ;</p>	
<p>III. – Le montant de la dotation globale pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 70 millions d'euros pour l'année 2010.</p>		
<p>IV. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires est fixé à 44 millions d'euros pour l'année 2010.</p>	<p>2° Au IV, le montant : « 44 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 170 millions d'euros ».</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>V. – Pour l'année 2010, une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'intérieur, contribue au financement de l'équipement et du fonctionnement du dispositif d'interconnexion visé au quatrième alinéa de l'article L. 6311-2 du code de la santé publique dans les établissements de santé autorisés à comporter une ou plusieurs unités participant au service d'aide médicale urgente conformément au premier alinéa du même article L. 6311-2.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Article 7</b></p> <p>I. – Au titre de l'année 2010, les prévisions rectifiées des objectifs de dépenses, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale sont fixées à :</p> <p style="text-align: center;"><b>Cf. tableau en annexe 1</b></p> <p>II. – Au titre de l'année 2010, les prévisions rectifiées des objectifs de dépenses, par branche, du régime général de sécurité sociale sont fixées à :</p> <p style="text-align: center;"><b>Cf. tableau en annexe 1</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Article 8</b></p> <p>Au titre de l'année 2010, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie rectifié de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à :</p> <p style="text-align: center;"><b>Cf. tableau en annexe 1</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Article 7</b></p> <p>Sans modification</p> <p style="text-align: center;"><b>Article 8</b></p> <p><i>Cf. tableau en annexe 1</i></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Ordonnance n°96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale</p>	<p style="text-align: center;"><b>TROISIÈME PARTIE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2011</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Article 9</b></p>
<p>Art. 2. – La Caisse d'amortissement de la dette sociale a pour mission, d'une part, d'apurer la dette mentionnée aux I, II, II bis et II ter de l'article 4 et, d'autre part, d'effectuer les versements prévus aux III, IV et V du même article.</p>	<p style="text-align: center;">Section 1 <b>Reprise de dette</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Article 9</b></p>	<p>Sans modification</p>
<p>Art. 4. – I. – La dette d'un montant de 137 milliards de francs de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à l'égard de la Caisse des dépôts et consignations constatée au 31 décembre 1995, correspondant au financement des déficits accumulés au 31 décembre 1995 par le régime général de sécurité sociale et à celui de son déficit prévisionnel de l'exercice 1996, est transférée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale à compter du 1er janvier 1996.</p>	<p>I. – L'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifiée :</p>	
<p>II. – La dette de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à l'égard de la Caisse des dépôts et consignations correspondant, d'une part, au financement des déficits accumulés par le régime général de sécurité sociale constatés au 31 décembre 1997 dans la limite de 75 milliards de francs et, d'autre part, à celui de son déficit prévisionnel de l'exercice 1998 dans la limite de 12 milliards de francs, est transférée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale à compter du 1er janvier 1998.</p>	<p>1° L'article 2 est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« Art. 2. – La Caisse d'amortissement de la dette sociale a pour mission d'apurer la dette mentionnée à l'article 4 et d'effectuer les versements prévus par ce même article. » ;</p> <p>2° L'article 4 est ainsi modifié :</p>	

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

—

II bis. – La couverture des déficits cumulés de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale arrêtés au 31 décembre 2003 et celui du déficit prévisionnel au titre de l'exercice 2004 est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à hauteur de 10 milliards d'euros le 1er septembre 2004 et dans la limite de 25 milliards d'euros au plus tard le 31 décembre 2004. La couverture des déficits prévisionnels de la même branche au titre des exercices 2005 et 2006 prévus par les lois de financement de la sécurité sociale de ces mêmes années est assurées par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans la limite de 15 milliards d'euros. Les montants et les dates des versements correspondants sont fixés par décret, après avis du secrétaire général de la commission instituée à l'article L. 114-1 du même code.

II ter. – La couverture des déficits cumulés au 31 décembre 2008 des branches mentionnées aux 1° et 3° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale et du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale effectués au cours de l'année 2009, dans la limite de 27 milliards d'euros. Ces déficits cumulés sont établis compte tenu des reprises de dette mentionnées aux I, II et II bis du présent article ainsi que des transferts résultant de l'application de l'article L. 251-6-1 du code de la sécurité sociale.

Dans le cas où le montant total des déficits cumulés mentionnés à l'alinéa précédent excède 27 milliards d'euros, les transferts sont affectés par priorité à la couverture des déficits les plus anciens et, pour le dernier exercice, dans l'ordre des branches et organismes fixé à l'alinéa précédent.

**Dispositions en vigueur**

—  
Les montants et les dates des versements correspondants ainsi que, le cas échéant, de la régularisation au vu des montants définitifs des déficits de l'exercice 2008 sont fixés par décret.

Sont considérées comme définitives les opérations de produits et de charges enregistrées de manière réciproque entre les branches du régime général et entre ces mêmes branches et le Fonds de solidarité vieillesse au titre de l'exercice 2008 et des exercices précédents, sauf si une disposition législative dispose qu'il s'agit d'acomptes.

**Texte du projet de loi**

a) Le dernier alinéa du II ter est remplacé par les dispositions suivantes :

« II quater. – La couverture des déficits des exercices 2009 et 2010 des branches mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale\* et du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code\*, ainsi que des déficits prévisionnels pour l'exercice 2011 des branches mentionnées aux 1° et 4° de l'article L. 200-2\* précité, est assurée, au plus tard le 31 décembre 2011, par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans la limite de 68 milliards d'euros.

« Dans le cas où le montant des déficits cumulés mentionnés à l'alinéa précédent excède 68 milliards d'euros, les transferts sont affectés par priorité à la couverture des déficits les plus anciens et, pour le dernier exercice, dans l'ordre des branches fixé à l'alinéa précédent.

« Les montants et les dates des versements correspondants ainsi que, le cas échéant, de la régularisation au vu des montants définitifs des déficits de l'exercice 2010 sont fixés par décret.

« II quinquies. – La couverture des déficits des exercices 2011 à 2018 de la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale\* et du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code\* est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans la limite de 62 milliards d'euros sur la période et dans la limite de 10 milliards par an. Les versements interviennent au plus tard le 30 juin de chaque année à compter de 2012. Leurs dates et montants sont fixés par décret.

**Propositions de la Commission**

—

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

—

—

« Dans le cas où le montant des déficits cumulés mentionnés à l'alinéa précédent excède 62 milliards d'euros, les transferts sont affectés par priorité à la couverture des déficits les plus anciens et, pour le dernier exercice, en priorité à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale.

b) Il est complété par un VII ainsi rédigé :

« VII. - Sont considérées comme définitives les opérations de produits et de charges dans les comptes clos des branches du régime général et du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale\* au titre des exercices ayant fait l'objet d'une ou plusieurs mesures de transfert mentionnées au présent article, sous réserve qu'il s'agisse d'opérations réciproques entre ces organismes et qu'aucune disposition législative ne prévoie qu'il s'agit d'acomptes. » ;

3° L'article 6 est remplacé par les dispositions suivantes :

Art. 6. - I. - Le produit des contributions instituées par le chapitre II de la présente ordonnance pour le remboursement de la dette sociale est affecté à la Caisse d'amortissement de la dette sociale.

« Art. 6. – Les ressources de la Caisse d'amortissement de la dette sociale sont constituées par :

Ce produit est versé à la caisse, dans des conditions fixées par décret, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, s'agissant du produit correspondant à la contribution mentionnée à l'article 14, et par l'Etat, s'agissant du produit correspondant aux contributions mentionnées aux articles 15 à 18.

« 1° Le produit des contributions instituées par le chapitre II de la présente ordonnance. Ce produit est versé à la caisse, dans des conditions fixées par décret, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, s'agissant du produit correspondant à la contribution mentionnée à l'article 14, et par l'État, s'agissant du produit correspondant aux contributions mentionnées aux articles 15 à 18 ;

II. - Le décret en Conseil d'Etat prévu à l'article 13 définira les conditions dans lesquelles la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés reverse à la Caisse d'amortissement de la dette sociale les sommes correspondant aux remboursements se rapportant aux créances afférentes à des prestations liquidées avant le 31 décembre 1995, effectués en application des règlements communautaires n° 1408-71 et n° 574-72 de coordi-

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

—  
nation des régimes nationaux de sécurité sociale et des accords bilatéraux de sécurité sociale et centralisés par le centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale pour le compte de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Ce décret pourra prévoir que ne donnent pas lieu à reversement les remboursements intervenus avant une date qu'il fixera et qui ne pourra être postérieure au 31 décembre 1997.

III. - Est également affectée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale. Cette fraction est fixée au IV de l'article L. 136-8 du même code.

« 2° Une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale\*. Cette fraction est fixée au IV de l'article L. 136-8 du même code\* ;

« 3° Le produit de la taxe mentionnée au deuxième alinéa du 2° bis de l'article 1001 du code général des impôts ;

« 4° Le prélèvement exceptionnel sur les sommes placées sur la réserve de capitalisation des entreprises d'assurance ;

« 5° Le prélèvement résultant de l'aménagement des règles d'imposition aux prélèvements sociaux de la part en euro des contrats d'assurance-vie multi-supports ;

« 6° Une fraction du produit des prélèvements mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 du code de la sécurité sociale, fixée à l'article L. 245-16 de ce code ;

« 7° Les versements du Fonds de réserve pour les retraites dans les conditions fixées au quatrième alinéa de l'article L. 135-6 du code de la sécurité sociale ;

« 8° Toute autre ressource prévue par la loi.

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

—

—

« Lorsque les prévisions, figurant dans la loi de financement de la sécurité sociale et dans la loi de finances, des montants cumulés pour une année des ressources mentionnées au présent article, à l'exclusion de celles prévues aux 6° et 7°, sont inférieures à la somme des prévisions, pour la même année, du rendement de 0,76 % de l'assiette des contributions mentionnées au 1° et du rendement de 0,2 % de l'assiette des contributions mentionnées au 2°, les taux des contributions mentionnées au 1° sont augmentés de façon à compenser cette différence. Cette disposition s'applique sans préjudice du mode de financement retenu pour les transferts de dette prévus postérieurement à la loi n° ... du ... de financement de la sécurité sociale pour 2011. » ;

4° Le premier alinéa de l'article 7 est remplacé par les dispositions suivantes :

« L'annexe aux comptes de la Caisse d'amortissement de la dette sociale présente chaque année les dettes amorties en application de l'article 4 dans l'ordre chronologique des déficits à amortir. »

Code de la sécurité sociale

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

1° Après le 10° de l'article L. 135-3 sont insérés cinq alinéas ainsi rédigés :

Art. L. 135-3. – Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées à l'article L. 135-2 et à l'article 49 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale sont constituées par :

1° Une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1, à concurrence d'un montant correspondant à l'application des taux fixés au 2° du IV de l'article L. 136-8 aux assiettes de ces contributions ;

2° abrogé

3° abrogé

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>4° Une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, du solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés visé au deuxième alinéa de l'article L. 651-2-1 ;</p>	<p>« 11° Les sommes issues de l'application du livre III de la partie III du code du travail et reçues en consignation par la Caisse des dépôts et consignations ou résultant de la liquidation des parts de fonds commun de placement par les organismes gestionnaires, des titres émis par des sociétés d'investissement à capital variable, des actions émises par les sociétés créées par les salariés en vue de la reprise de leur entreprise ou des actions ou coupures d'actions de l'entreprise, n'ayant fait l'objet de la part des ayants droit d'aucune opération ou réclamation depuis trente années ;</p>	<p>—</p>
<p>5° abrogé</p>	<p>« 12° Les sommes acquises à l'État conformément au 5° de l'article L. 1126-1 du code général de la propriété des personnes publiques* ;</p>	
<p>6° Les sommes mises à la charge de la Caisse nationale des allocations familiales par le 5° de l'article L. 223-1 ;</p>	<p>« 13° Le produit des parts fixes des redevances dues au titre de l'utilisation des fréquences 1900-1980 mégahertz et 2110-2170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques ;</p>	
<p>7° Une fraction, fixée à l'article L. 245-16, des prélèvements sociaux prévus aux articles L. 245-14 et L. 245-15 ;</p>		
<p>8° Les fonds consignés au 31 décembre 2003 au titre des compensations prévues à l'article L. 134-1 ;</p>		
<p>9° abrogé</p>		
<p>10° Le produit de la contribution instituée à l'article L. 137-11.</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>Les recettes et les dépenses du fonds de la première section doivent être équilibrées, dans des conditions prévues par les lois de financement de la sécurité sociale</p>	<p>« 14° Une fraction égale à 35 % du produit de l'ensemble des parts variables des redevances payées chaque année au titre de l'utilisation des fréquences 880-915 mégahertz, 925-960 mégahertz, 1710-1785 mégahertz, 1805-1880 mégahertz, 1900-1980 mégahertz et 2110-2170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques ;</p>	<p>—</p>
<p>Art. L. 135-6. - Il est créé un établissement public de l'Etat à caractère administratif, dénommé "Fonds de réserve pour les retraites", placé sous la tutelle de l'Etat.</p>	<p>« 15° Le produit de la contribution instituée à l'article L. 137-5 du présent code*. » ;</p>	
<p>Ce fonds a pour mission principale de gérer les sommes qui lui sont affectées afin de constituer des réserves destinées à contribuer à la pérennité des régimes de retraite.</p>	<p>2° L'article L. 135-6 est ainsi modifié :</p>	
<p>Les réserves sont constituées au profit des régimes obligatoires d'assurance vieillesse visés à l'article L. 222-1 et aux 1° et 2° de l'article L. 621-3.</p>	<p>a) Le troisième alinéa est complété par les mots : « ainsi que du fonds mentionné à l'article L. 135-1 » ;</p>	
<p>Les sommes affectées au fonds sont mises en réserve jusqu'en 2020.</p>	<p>b) Le quatrième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes : « Les sommes affectées au fonds sont mises en réserve jusqu'au 1er janvier 2011. À compter de cette date et jusqu'en 2024, le fonds verse chaque année, au plus tard le 31 octobre, 2,1 milliards d'euros à la Caisse d'amortissement de la dette sociale afin de participer au financement des déficits, au titre des exercices 2011 à 2018, des organismes mentionnés à l'alinéa précédent.</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Le Fonds de réserve pour les retraites assure également la gestion financière d'une partie de la contribution exceptionnelle, forfaitaire et libératoire due à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés en application du 3° de l'article 19 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières.</p>	<p>Le calendrier et les modalités de ces versements sont fixés par convention entre les deux établissements. » ;</p>	
<p>Les conditions et les résultats de la gestion de cette partie de la contribution sont retracés chaque année dans l'annexe des comptes du fonds. Cette partie de la contribution et ses produits financiers, nets des frais engagés par le fonds, sont rétrocédés à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés à compter de 2020, dans des conditions fixées par convention entre la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et le Fonds de réserve pour les retraites.</p>		
<p>Art. L. 135-7. – Les ressources du fonds sont constituées par :</p>		
<p>1° Une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, du solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés visé au deuxième alinéa de l'article L. 651-2-1 ;</p>	3° Les 1°,	
<p>2° Tout ou partie du résultat excédentaire du Fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1, dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ;</p>		
<p>3° Le cas échéant, en cours d'exercice, un montant représentatif d'une fraction de l'excédent prévisionnel de l'exercice excédentaire du Fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1 tel que présenté par la Commission des comptes de la sécurité sociale lors de sa réunion du second semestre de ce même exercice ; un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget détermine les montants à verser ainsi que</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
les dates de versement ;		
4° Les montants résultant de l'application de l'article L. 251-6-1 ;		
5° Une fraction égale à 65 % du produit des prélèvements visés aux articles L. 245-14 à L. 245-16 ;	5°,	
6° abrogé		
7° Les sommes issues de l'application du titre IV du livre IV du code du travail et reçues en consignation par la Caisse des dépôts et consignations ou résultant de la liquidation des parts de fond commun de placement par les organismes gestionnaires, des titres émis par des SICAV, des actions émises par les sociétés créées par les salariés en vue de la reprise de leur entreprise ou des actions ou coupures d'actions de l'entreprise, n'ayant fait l'objet de la part des ayants droit d'aucune opération ou réclamation depuis trente années ;	7°,	
8° Le produit de la contribution instituée à l'article L. 137-5 ;	8°	
9° Toute autre ressource affectée au Fonds de réserve pour les retraites ;		
10° Le produit des placements effectués au titre du Fonds de réserve pour les retraites ;		
11° Les sommes acquises à l'Etat conformément au 5° de l'article L. 1126-1 du code général de la propriété des personnes publiques.	et 11° de l'article L. 135-7 sont abrogés ;	
Art. L. 135-8. – Le fonds est doté d'un conseil de surveillance et d'un directoire.	4° L'article L. 135-8 est ainsi modifié :	
Un décret en Conseil d'Etat fixe la composition du conseil de surveillance, constitué de membres du Parlement, de représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales interprofessionnelles représentatives au plan national, de représentants des employeurs et travailleurs indépendants désignés par les organisations professionnelles d'em-		

## Dispositions en vigueur

ployeurs et de travailleurs indépendants représentatives, de représentants de l'État et de personnalités qualifiées.

Sur proposition du directoire, le conseil de surveillance fixe les orientations générales de la politique de placement des actifs du fonds en respectant, d'une part, l'objectif et l'horizon d'utilisation des ressources du fonds et, d'autre part, les principes de prudence et de répartition des risques. Il contrôle les résultats, approuve les comptes annuels et établit un rapport annuel public sur la gestion du fonds.

Lorsque la proposition du directoire n'est pas approuvée, le directoire présente une nouvelle proposition au conseil de surveillance. Si cette proposition n'est pas approuvée, le directoire met en oeuvre les mesures nécessaires à la gestion du fonds.

Le fonds est doté d'un directoire composé de trois membres dont le directeur général de la Caisse des dépôts et consignations qui en assure la présidence. Les membres du directoire autres que le président sont nommés par décret pour une durée de six ans, après consultation du conseil de surveillance.

Le directoire assure la direction de l'établissement et est responsable de sa gestion. Il met en oeuvre les orientations de la politique de placement. Il contrôle le respect de celles-ci. Il en rend compte régulièrement au conseil de surveillance et retrace notamment, à cet effet, la manière dont les orientations générales de la politique de placement du fonds ont pris en compte des considérations sociales, environnementales et éthiques.

Art. L. 137-5. – 1. Il est institué à la charge des employeurs et au profit du Fonds de réserve pour les retraites mentionné à l'article L. 135-6 une contribution sur la fraction de l'abondement de l'employeur au plan d'épargne pour la retraite collectif défini à l'article L. 443-1-2 du code

## Texte du projet de loi

a) Au troisième alinéa, les mots : « , d'une part, l'objectif et l'horizon d'utilisation des ressources du fonds et, d'autre part, les principes de prudence et de répartition des risques » sont remplacés par les mots : « les principes de prudence et de répartition des risques compte tenu de l'objectif et de l'horizon d'utilisation des ressources du fonds, notamment les obligations de versements prévues à l'article L. 135-6 » ;

b) Au sixième alinéa, après les mots : « celles-ci » sont insérés les mots : « , et en particulier leur adéquation avec les obligations de versements prévues à l'article L. 135-6 » ;

5° Au 1 de l'article L. 137-5, les mots : « Fonds de réserve pour les retraites mentionné à l'article L. 135-6 » sont remplacés par les mots : « Fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1\* » ;

## Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>du travail, qui excède, annuellement pour chaque salarié ou personne mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 443-1 du code du travail, la somme de 2 300 euros majorée, le cas échéant, dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 443-7 du même code.</p>		
<p>2. Le taux de cette contribution est fixé à 8,2 %.</p>		
<p>3. Les dispositions des articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables s'agissant de la présente contribution.</p>		
<p>Art. L. 245-16. – I. – Le taux des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 est fixé à 2 %.</p>		
<p>II. – Le produit des prélèvements mentionnés au I est ainsi réparti :</p>		
<p>5 % au fonds mentionné à l'article L. 135-1 ;</p>		
<p>65 % au fonds mentionné à l'article L. 135-6 ;</p>	<p>6° À l'article L. 245-16, les mots : « au fonds mentionné à l'article L. 135-6 » sont remplacés par les mots : « à la Caisse d'amortissement de la dette sociale ».</p>	
<p>30 % à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.</p>		
<p>Loi n° 2005-1719 du 30 décembre 2005 de finances pour 2006</p>		
<p>Art. 45 – I .....</p>		
<p>IV. – Le solde du compte d'affectation spéciale n° 902-33 « Fonds de provisionnement des charges de retraite » constaté à sa clôture est affecté au Fonds de réserve pour les retraites mentionné à l'article L. 135-6 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>III. - Le IV de l'article 45 de la loi n° 2005-1719 du 30 décembre 2005 de finances pour 2006 est abrogé.</p>	
<p>À compter du 1er janvier 2006, le produit des redevances dues au titre de l'utilisation des fréquences 1900-1980 mégahertz et 2110-2170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile de troisième génération en métropole en application du code des postes et des communications électroniques est affecté au fonds de réserve pour les retraites.</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
Code de la sécurité sociale	<p>Section 2</p> <p><b>Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement</b></p>	<b>Article 10</b>
<p>Art. L. 135-3. – Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées à l'article L. 135-2 et à l'article 49 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale sont constituées par :</p> <p>1° Une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1, à concurrence d'un montant correspondant à l'application des taux fixés au 2° du IV de l'article L. 136-8 aux assiettes de ces contributions ;</p> <p>2° Paragraphe supprimé ;</p> <p>3°(Paragraphe abrogé ;</p> <p>4° Une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, du solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés visé au deuxième alinéa de l'article L. 651-2-1 ;</p> <p>5° Abrogé ;</p> <p>6° Les sommes mises à la charge de la Caisse nationale des allocations familiales par le 5° de l'article L. 223-1 ;</p> <p>7° Une fraction, fixée à l'article L. 245-16, des prélèvements sociaux prévus aux articles L. 245-14 et L. 245-15 ;</p> <p>8° Les fonds consignés au 31 décembre 2003 au titre des compensations prévues à l'article L. 134-1 ;</p> <p>9° Alinéa abrogé</p>	<p>Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Le 10° de l'article L. 135-3 est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	<b>Article 10</b>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>10° Le produit de la contribution instituée à l'article L. 137-11.</p>	<p>« 10° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-11 et L. 137-11-1 ; »</p>	
<p>Les recettes et les dépenses du fonds de la première section doivent être équilibrées, dans des conditions prévues par les lois de financement de la sécurité sociale.</p>		
<p>Livre I<sup>er</sup> Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base Titre III Dispositions communes relatives au financement Chapitre VII Recettes diverses Section 5 Contribution sur les régimes de retraite conditionnant la constitution de droits à prestations à l'achèvement de la carrière du bénéficiaire dans l'entreprise.</p>	<p>2° Dans l'intitulé de la section 5 du chapitre VII du titre III du livre I<sup>er</sup>, le mot : « Contribution » est remplacé par le mot : « Contributions » ;</p>	
<p>Art. L. 137-11. – I. – Dans le cadre des régimes de retraite à prestations définies gérés soit par l'un des organismes visés au a du 2° du présent I, soit par une entreprise, conditionnant la constitution de droits à prestations à l'achèvement de la carrière du bénéficiaire dans l'entreprise et dont le financement par l'employeur n'est pas individualisable par salarié, il est institué, au profit du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du présent code, une contribution assise, sur option de l'employeur :</p>	<p>3° Le I de l'article L. 137-11 est ainsi modifié :</p>	
<p>1° Soit sur les rentes liquidées à compter du 1er janvier 2001, pour la partie excédant un tiers du plafond mentionné à l'article L. 241-3 ; la contribution, dont le taux est fixé à 16 %, est à la charge de l'employeur et précomptée par l'organisme payeur ;</p>	<p>a) Au premier alinéa, les mots : « , au profit du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du présent code*, » sont supprimés ;</p>	
<p>2° Soit :</p> <p>a) Sur les primes versées à un organisme régi par le titre III ou le titre</p>	<p>b) Au 1°, les mots : « , pour la partie excédant un tiers du plafond mentionné à l'article L. 241-3* » sont supprimés et les mots : « et précomptée par l'organisme payeur » sont remplacés par les mots : « , versée par l'organisme payeur et recouvrée et contrôlée dans les mêmes conditions que la contribution mentionnée à l'article L. 136-1* due sur ces rentes » ;</p>	

**Dispositions en vigueur**

IV du livre IX du présent code, le livre II du code de la mutualité ou le code des assurances, destinées au financement des régimes visés au présent I ;

b) Ou sur la partie de la dotation aux provisions, ou du montant mentionné en annexe au bilan, correspondant au coût des services rendus au cours de l'exercice ; lorsque ces éléments donnent ensuite lieu au versement de primes visées au a, ces dernières ne sont pas assujetties.

Les contributions dues au titre des a et b du 2°, dont les taux sont respectivement fixés à 12 % et à 24 %, sont à la charge de l'employeur.

II. – L'option de l'employeur visée au I est effectuée de manière irrévocable pour chaque régime. Pour les régimes existant à la date de publication de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, l'option est exercée avant le 31 décembre 2003. Pour les régimes créés ultérieurement, l'option est exercée lors de la mise en place du régime. Si l'option n'est pas exercée aux dates prévues, les dispositions des 1° et 2° du I s'appliquent.

II bis. – S'ajoute à la contribution prévue au I, indépendamment de l'option exercée par l'employeur visée au même alinéa, une contribution additionnelle de 30 %, à la charge de l'employeur, sur les rentes excédant huit fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3.

III. - Les dispositions des articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables à la présente contribution.

IV. - Les contributions des employeurs destinées au financement des régimes de retraite visés au I ne sont soumises ni aux cotisations et taxes dont l'assiette est définie à l'article L. 242-1, ou pour les salariés du secteur agricole à l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime ni aux contributions instituées à l'article L. 136-1 et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>V. - Les régimes de retraite à prestations définies, mentionnés au I, créés à compter du 1er janvier 2010 sont gérés exclusivement par l'un des organismes régis par le titre III du livre IX du présent code, le livre II du code de la mutualité ou le code des assurances.</p>	<p>4° Après l'article L. 137-11, il est inséré un article L. 137-11-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 137-11-1. - Les rentes versées dans le cadre des régimes mentionnés au I de l'article L. 137-11 sont soumises à une contribution à la charge du bénéficiaire. Le taux de cette contribution est fixé à 14 %. Elle est précomptée et versée par les organismes débiteurs des rentes et recouvrée et contrôlée dans les mêmes conditions que la contribution mentionnée à l'article L. 136-1* due sur ces rentes. »</p>	<p>« Art. L. 137-11-1. - ...</p>
<p>Art. L. 137-13. – I. – Il est institué, au profit des régimes obligatoires d'assurance maladie dont relèvent les bénéficiaires, une contribution due par les employeurs :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- sur les options consenties dans les conditions prévues aux articles L. 225-177 à L. 225-186 du code de commerce ;</li><li>- sur les actions attribuées dans les conditions prévues aux articles L. 225-197-1 à L. 25-197-5 du même code.</li></ul>	<p><b>Article 11</b></p> <p><u>Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</u></p>	<p>... bénéficiaire, pour leur partie excédant un dixième du plafond mentionné à l'article L. 241-3. Le taux ...</p> <p>... rentes. »</p>
<p>En cas d'options de souscription ou d'achat d'actions, cette contribution s'applique, au choix de l'employeur, sur une assiette égale soit à la juste valeur des options telle qu'elle est estimée pour l'établissement des comptes consolidés pour les sociétés appliquant les normes comptables internationales adoptées par le règlement (CE) n° 1606 / 2002 du Parlement européen et du Conseil du 19 juillet 2002 sur l'application des normes comptables internationales, soit à 25 % de la valeur des actions sur lesquelles portent ces options, à la date de décision d'attribution. Ce choix est exercé par l'employeur pour la durée de l'exercice pour l'ensemble des options de souscrip-</p>		<p><b>Amendement 90</b></p>
		<p><b>Article 11</b></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>tion ou d'achat d'actions qu'il attribue ; il est irrévocable durant cette période.</p>	<p><u>1° La première phrase du II de l'article L. 137-13 est remplacée par les dispositions suivantes : « Le taux de cette contribution est fixé à 14 % lorsqu'elle est due sur les options mentionnées au I et à 10 % lorsqu'elle est due sur les actions mentionnées au I. » :</u></p>	<p><i>I. – Dans la première phrase du II de l'article L. 137-13 du code de la sécurité sociale, le taux : « 10% » est remplacé par le taux « 14% ».</i></p>
<p>II. – Le taux de cette contribution est fixé à 10 %. Elle est exigible le mois suivant la date de la décision d'attribution des options ou des actions visées au I.</p>	<p><u>2° Le premier alinéa de l'article L. 137-14 est ainsi modifié :</u></p>	<p><i>II. – Dans le premier alinéa de l'article L. 137-14 du même code, le taux « 2,5% » est remplacé par le taux : « 8% ».</i></p>
<p>III. – Ces dispositions sont également applicables lorsque l'option est consentie ou 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 le bénéficiaire exerce son activité.</p>	<p>a) Les mots : « de 2,5 % » sont supprimés ; b) Il est complété par les mots : « dont le taux est fixé à 8 % pour les premiers et à 2,5 % pour les seconds ».</p>	<p><b>Amendement 91</b></p>
<p>IV. – Les articles L. 137-3 et L. 137-4 s'appliquent à la présente contribution.</p>	<p>Cette contribution est établie, recouvrée et contrôlée dans les conditions et selon les modalités prévues au III de l'article L. 136-6 du présent code.</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>Art. L. 241-13. – I. – Les cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales, des accidents du travail et des maladies professionnelles et des allocations familiales qui sont assises sur les gains et rémunérations tels que définis à l'article L. 242-1, versés au cours d'un mois civil aux salariés, font l'objet d'une réduction.</p>	<p><b>Article 12</b></p> <p>I. - L'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Le I est ainsi modifié :</p> <p>a) Les mots : « , des accidents du travail et des maladies professionnelles » sont supprimés ;</p> <p>b) Les mots : « tels que définis à l'article L. 242-1*, versés au cours d'un mois civil aux salariés, » sont remplacés par les mots : « inférieurs au salaire minimum de croissance majoré de 60 % » ;</p> <p>c) Après le mot : « réduction » est inséré le mot : « dégressive » ;</p>	<p><b>Article 12</b></p>
<p>II. – Cette réduction est appliquée aux gains et rémunérations versés aux salariés au titre desquels l'employeur est soumis à l'obligation édictée par l'article L. 351-4 du code du travail et aux salariés mentionnés au 3° de l'article L. 351-12 du même code, à l'exception des gains et rémunérations versés par les particuliers employeurs et, jusqu'au 31 décembre 2005, par l'organisme mentionné à l'article 2 de la loi n° 90-568 du 2 juillet 1990 relative à l'organisation du service public de La Poste et à France Télécom.</p>	<p>2° Au II, les mots : « et, jusqu'au 31 décembre 2005, par l'organisme mentionné à l'article 2 de la loi n° 90-568 du 2 juillet 1990 relative à l'organisation du service public de La Poste et à France Télécom* » sont supprimés ;</p>	
<p>III – Le montant de la réduction est calculé chaque mois civil, pour chaque salarié. Il est égal au produit de la rémunération mensuelle, telle que définie à l'article L. 242-1 par un coefficient. Ce coefficient est déterminé par application d'une formule fixée par décret. Il est fonction du rapport entre le salaire minimum de croissance calculé pour un mois sur la base de la durée légale du travail et la rémunération mensuelle du salarié telle que définie à l'article L. 242-1, hors rémunération des</p>	<p>3° Le III est ainsi modifié :</p> <p>a) Le premier alinéa est ainsi modifié :</p> <p>b)</p> <p>- les mots : « mois civil » sont remplacés par les mots : « année civile », le mot : « mensuelle » est remplacé par le mot : « annuelle » par trois fois et les mots : « tout le mois » sont remplacés par les mots : « toute l'année » ;</p> <p>- la première phrase est complétée par les mots : « , selon des modalités fixées par décret » ;</p> <p>- à la quatrième phrase, les mots : « le salaire minimum de crois-</p>	

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

heures complémentaires et supplémentaires dans la limite, en ce qui concerne la majoration salariale correspondante, des taux de 25 % ou 50 %, selon le cas, prévus au I de l'article L. 212-5 du code du travail et à l'article L. 713-6 du code rural et de la pêche maritime et hors rémunération des temps de pause, d'habillement et de déshabillage versée en application d'une convention ou d'un accord collectif étendu en vigueur au 11 octobre 2007. Lorsque le salarié est soumis à un régime d'heures d'équivalences payées à un taux majoré en application d'une convention ou d'un accord collectif étendu en vigueur au 1er janvier 2010, la majoration salariale correspondante est également déduite de la rémunération mensuelle du salarié dans la limite d'un taux de 25 %. Pour les salariés qui ne sont pas employés à temps plein ou qui ne sont pas employés sur tout le mois, le salaire minimum de croissance pris en compte est celui qui correspond à la durée de travail prévue au contrat.

Le décret prévu à l'alinéa précédent précise les modalités de calcul de la réduction dans le cas des salariés dont le contrat de travail est suspendu avec maintien de tout ou partie de la rémunération.

Pour les gains et rémunérations versés à compter du 1er juillet 2005, le coefficient maximal est de 0,26. Il est atteint pour une rémunération égale au salaire minimum de croissance. Ce coefficient devient nul pour une rémunération égale au salaire minimum de croissance majoré de 60 %. Pour les gains et rémunérations versés avant cette date, les dispositions du présent article s'appliquent sous réserve de celles de l'article 10 de la loi n° 2003-47 du 17 janvier 2003 relative aux salaires, au temps de travail et au développement de l'emploi.

sance calculé pour un mois sur la base de la durée légale du travail et » sont supprimés et il est ajouté les mots : « et le salaire minimum de croissance calculé pour un an sur la base de la durée légale du travail » ;

b) Le troisième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« La valeur maximale du coefficient est de 0,26. Elle est atteinte lorsque le rapport mentionné au premier alinéa du présent III est égal à 1. La valeur du coefficient devient nulle lorsque ce rapport est égal à 1,6. » ;

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>Pour les gains et rémunérations versés à compter du 1er juillet 2007 par les employeurs de un à dix-neuf salariés au sens des articles L. 620-10 et L. 620-11 du code du travail, le coefficient maximal est de 0,281. Ce coefficient est atteint et devient nul dans les conditions mentionnées à l'alinéa précédent.</p>	<p>c) Le quatrième alinéa est ainsi modifié :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- les mots : « à compter du 1er juillet 2007 » sont supprimés ;</li><li>- les mots : « le coefficient maximal » sont remplacés par les mots : « la valeur maximale du coefficient » et les mots : « Ce coefficient est atteint et devient nul » sont remplacés par les mots : « Cette valeur est atteinte et devient nulle » ;</li></ul>	<p>—</p>
<p>Ce coefficient maximal de 0,281 est également applicable aux groupements d'employeurs visés à l'article L. 127-1 du code du travail pour les salariés exclusivement mis à la disposition, au cours d'un même mois, des membres de ces groupements qui ont un effectif de dix-neuf salariés au plus au sens de l'article L. 620-10 du code du travail.</p>	<p>d) Le cinquième alinéa est ainsi modifié :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- les mots : « Ce coefficient maximal » sont remplacés par les mots : « Cette valeur maximale » ;</li><li>- le mot : « exclusivement » est supprimé ;</li><li>- les mots : « au cours d'un même mois » sont remplacés par les mots : « pour plus de la moitié du temps de travail effectué sur l'année » ;</li></ul>	
<p>Lorsque l'employeur n'a pas rempli au cours d'une année civile l'obligation définie au 1<sup>o</sup> de l'article L. 2242-8 du code du travail dans les conditions prévues aux articles L. 2242-1 à L. 2242-4 du même code, le montant de la réduction est diminué de 10 % au titre des rémunérations versées cette même année. Il est diminué de 100 % lorsque l'employeur ne remplit pas cette obligation pour la troisième année consécutive.</p>	<p>e) Le sixième alinéa devient un VII ;</p>	
<p>IV. – Dans les professions dans lesquelles le paiement des congés des salariés et des charges sur les indemnités de congés est mutualisé entre les employeurs affiliés aux caisses de compensation prévues à l'article L. 223-16 du code du travail, le montant de la réduction déterminée selon les modalités prévues au III est majoré d'un taux fixé par décret. La réduction prévue au présent article n'est pas applicable aux cotisations dues au titre de ces indemnités par lesdites caisses de compensation.</p>	<p>4<sup>o</sup> Au IV, les mots : « Dans les professions » sont remplacés par les mots : « Pour les salariés pour lesquels l'employeur est tenu à l'obligation d'indemnisation compensatrice de congé payé prévue à l'article L. 1251-19 du code du travail* et dans les professions » ;</p> <p>5<sup>o</sup> Le V devient VI et il est inséré un V ainsi rédigé :</p> <p>« V. - Les modalités selon lesquelles les cotisations dues au titre des</p>	

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

—

—

rémunérations versées au cours d'un mois civil tiennent compte de cette réduction ainsi que les modalités de régularisation du différentiel éventuel entre la somme des montants de la réduction appliquée au cours de l'année et le montant calculé pour l'année sont précisées par décret. » ;

*5°bis Le VI est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

*« Le bénéfice des dispositions du présent article est réservé aux employeurs à jour de leurs cotisations et contributions sociales. » ;*

**Amendement 92**

V. – Le bénéfice des dispositions du présent article est cumulable :

1° Avec la réduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-14 ;

2° Avec les déductions forfaitaires prévues à l'article L. 241-18.

Le bénéfice des dispositions du présent article ne peut être cumulé, à l'exception des cas prévus aux 1° et 2°, avec celui d'une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales ou l'application de taux spécifiques, d'assiettes ou de montants forfaitaires de cotisations.

6° Il est complété par un VIII ainsi rédigé :

« VIII. - Le montant de la réduction est imputé sur les cotisations de sécurité sociale mentionnées au I dans des conditions définies par arrêté. »

Art. L. 241-18. – I. – Toute heure supplémentaire ou toute autre durée de travail, à l'exception des heures complémentaires, effectuée par les salariés mentionnés au II de l'article L. 241-13 du présent code, lorsque sa rémunération entre dans le champ d'application du I de l'article 81 quater du code général des impôts, ouvre droit à une déduction forfaitaire des cotisations patronales à hauteur d'un montant fixé par décret. Ce montant peut être majoré dans les

**Dispositions en vigueur**

—  
entreprises employant au plus vingt salariés.

II. — Une déduction forfaitaire égale à sept fois le montant défini au I est également applicable pour chaque jour de repos auquel renonce un salarié dans les conditions prévues par le second alinéa du 1<sup>o</sup> du I du même article 81 quater.

III. — Les déductions mentionnées aux I et II sont imputées sur les sommes dues par les employeurs aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 du présent code et L. 725-3 du code rural et de la pêche maritime pour chaque salarié concerné au titre de l'ensemble de sa rémunération versée au moment du paiement de cette durée de travail supplémentaire et ne peuvent dépasser ce montant.

IV. — Les déductions mentionnées aux I et II sont cumulables avec des exonérations de cotisations patronales de sécurité sociale dans la limite des cotisations patronales de sécurité sociale, ainsi que des contributions patronales recouvrées suivant les mêmes règles, restant dues par l'employeur au titre de l'ensemble de la rémunération du salarié concerné.

Le bénéfice des déductions mentionnées aux I et II du présent article est subordonné au respect des conditions prévues au III de l'article 81 quater du code général des impôts.

Le bénéfice de la majoration mentionnée au I du présent article est subordonné au respect du règlement (CE) n<sup>o</sup> 1998 / 2006 de la Commission, du 15 décembre 2006, concernant l'application des articles 87 et 88 du traité aux aides de minimis.

V.-Le bénéfice des déductions mentionnées aux I et II est subordonné au respect des obligations déclaratives prévues par le IV de l'article L. 241-17.

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

—  
*1<sup>o</sup>bis.— Le deuxième alinéa du IV de l'article L. 241-18 du même code est complété par les mots : « et à la condition que l'employeur soit à jour de ses cotisations et contributions sociales . »*

**Amendement 93**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
Code rural et de la pêche maritime	II. - Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :	
<p>Art. L. 741-16. – I. – Les employeurs relevant du régime de protection sociale des professions agricoles sont exonérés des cotisations patronales dues au titre des assurances sociales pour les travailleurs occasionnels qu'ils emploient.</p>		
<p>Les travailleurs occasionnels agricoles sont des salariés dont le contrat de travail relève du 3° de l'article L. 1242-2 ou de l'article L. 1242-3 du code du travail pour des tâches temporaires liées au cycle de la production animale et végétale, aux travaux forestiers et aux activités de transformation, de conditionnement et de commercialisation de produits agricoles lorsque ces activités, accomplies sous l'autorité d'un exploitant agricole, constituent le prolongement direct de l'acte de production.</p>		
<p>Cette exonération est déterminée conformément à un barème dégressif linéaire fixé par décret et tel que l'exonération soit totale pour une rémunération mensuelle inférieure ou égale au salaire minimum de croissance majoré de 150 % et devienne nulle pour une rémunération mensuelle égale ou supérieure au salaire minimum de croissance majoré de 200 %. Pour le calcul de l'exonération, la rémunération mensuelle et le salaire minimum de croissance sont définis dans les conditions prévues aux quatrième et cinquième phrases du premier alinéa du III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>1° La dernière phrase du troisième alinéa du I de l'article L. 741-16 est complétée par les mots : « dans leur rédaction en vigueur au 31 décembre 2010 » ;</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 751-17. – Les dispositions de l'article L. 241-13 et de l'article L. 241-18 du code de la sécurité sociale sont applicables aux cotisations d'accidents du travail dues au titre des salariés agricoles.</p>	<p>2° À l'article L. 751-17, les mots : « de l'article L. 241-13* et » sont supprimés.</p>	
<p>Art. 27. – I. – Le III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p>III. - Le I de l'article 27 de la loi n° 2008-1258 du 3 décembre 2008 en faveur des revenus du travail est ainsi modifié :</p>	
<p>1° A la quatrième phrase du premier alinéa, les mots : « le salaire minimum de croissance » sont remplacés par les mots : « le salaire de référence défini au deuxième alinéa, » ;</p>		
<p>2° A la dernière phrase du premier alinéa, les mots : « le salaire minimum de croissance » sont remplacés par les mots : « le salaire de référence mentionné au deuxième alinéa » ;</p>		
<p>3° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p>		
<p>« Le salaire de référence est le salaire minimum national professionnel des salariés sans qualification applicable à l'entreprise au sens du 4° du II de l'article L. 2261-22 du code du travail dans la limite du montant du salaire minimum de croissance applicable. Toutefois, ce salaire de référence est réputé égal au salaire minimum de croissance en vigueur lorsque le salaire minimum national professionnel des salariés sans qualification a été porté à un niveau égal ou supérieur au salaire minimum de croissance au cours des deux années civiles précédant celle du mois civil au titre duquel le montant de la réduction est calculé. Un décret fixe les modalités de détermination de ce salaire de référence. » ;</p>	<p>1° Au 3°, les mots : « celle du mois civil au titre duquel » sont remplacés par les mots : « l'année au titre de laquelle » ;</p>	
<p>4° Au deuxième alinéa, les mots : « à l'alinéa précédent » sont remplacés par les mots : « au premier alinéa » ;</p>		
<p>5° Aux deuxième et troisième phrases du troisième alinéa, les mots : « salaire minimum de croissance » sont remplacés par les mots : « salaire de référence mentionné au deuxième alinéa ».</p>	<p>2° Le 5° est abrogé.</p>	

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

II. – Au IV de l'article 48 de la loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie, le mot : « quatrième » est remplacé par le mot : « cinquième ».

III. – Au plus tard le 31 décembre 2010, le Gouvernement établit un rapport après avis de la Commission nationale de la négociation collective et portant sur :

1° L'application de l'article 26 de la présente loi ;

2° La situation des grilles salariales de branche au regard, d'une part, du salaire minimum de croissance et, d'autre part, des différents coefficients hiérarchiques afférents aux qualifications professionnelles dans la branche. La situation des grilles salariales s'apprécie en estimant le ratio entre, d'une part, le nombre de branches de plus de cinq mille salariés dont le montant mensuel du salaire minimum national professionnel des salariés sans qualification n'a pas été porté à un niveau égal ou supérieur au salaire minimum de croissance au cours des deux dernières années et, d'autre part, le nombre de branches de plus de cinq mille salariés, selon les modalités fixées par le décret mentionné au I. Pour l'établissement du ratio mentionné à la phrase précédente, le nombre de branches s'apprécie au regard de leur champ d'application en vigueur à la date de publication de la présente loi.

Ce rapport est rendu public et transmis au Parlement.

IV. – Le I du présent article entre en vigueur à compter d'une date fixée par décret pris au vu du rapport mentionné au premier alinéa du III, au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2011, sauf si le ratio mentionné au 2 du III a diminué d'au moins 50 % depuis la date de publication de la présente loi. Un décret pris après avis de la Commission nationale de la négociation collective ajuste dans ce dernier cas le calendrier de mise en œuvre des dispositions du I.

**Dispositions en vigueur**

—

Art. L. 241-10. – I – .....

III.-Les rémunérations des aides à domicile employées sous contrat à durée indéterminée ou sous contrat à durée déterminée pour remplacer les salariés absents ou dont le contrat de travail est suspendu dans les conditions visées à l'article L. 122-1-1 du code du travail par les associations et les entreprises déclarées dans les conditions fixées à l'article L. 7232-1-1 du code du travail, à exercer des activités concernant la garde d'enfant ou l'assistance aux personnes âgées ou handicapées, les centres communaux et intercommunaux d'action sociale et les organismes habilités au titre de l'aide sociale ou ayant passé convention avec un organisme de sécurité sociale sont exonérées des cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales pour la fraction versée en contrepartie de l'exécution des tâches effectuées chez les personnes visées au I ou bénéficiaires de prestations d'aide ménagère aux personnes âgées ou handicapées au titre de l'aide sociale légale ou dans le cadre d'une convention conclue entre ces associations ou organismes et un organisme de sécurité sociale, dans la limite, pour les personnes visées au a du I, du plafond prévu par ce a.

Un décret détermine les modalités d'application de l'exonération prévue par l'alinéa ci-dessus et notamment :

-les informations et pièces que les associations, les centres communaux et intercommunaux d'action sociale et les organismes visés au précédent alinéa doivent produire auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général ;

-les modalités selon lesquelles les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général vérifient auprès des organismes servant les prestations mentionnées aux b, c, d et e du I ou les prestations d'aide ménagère visées au précédent alinéa que les personnes au titre desquelles cette exonération a été appliquée ont la qualité de bénéficiaires desdites prestations.

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

—

*Article additionnel après l'article 12*

*Dans le premier alinéa du III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, les mots : « effectuées chez les personnes » sont remplacés par les mots : « effectuées au domicile à usage privatif des personnes. »*

**Amendement 94**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

Les rémunérations des aides à domicile ayant la qualité d'agent titulaire relevant du cadre d'emplois des agents sociaux territoriaux en fonction dans un centre communal ou intercommunal d'action sociale bénéficient d'une exonération de 100 % de la cotisation d'assurance vieillesse due au régime visé au 2° de l'article R. 711-1 du présent code pour la fraction de ces rémunérations remplissant les conditions définies au premier alinéa du présent paragraphe.

.....

Code de la sécurité sociale

Art. L. 137-15. – Les rémunérations ou gains assujettis à la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 et exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale définie au premier alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et au deuxième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime sont soumis à une contribution à la charge de l'employeur, à l'exception :

1° De ceux assujettis à la contribution prévue à l'article L. 137-13 du présent code ;

2° Des contributions des employeurs mentionnées au 2° des articles L. 242-1 du présent code et L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime ;

3° Des indemnités exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale en application du douzième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et du troisième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime ;

4° De l'avantage prévu à l'article L. 411-9 du code du tourisme.

Sont également soumises à cette

**Article 13**

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 137-15 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

**Article 13**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>contribution les sommes entrant dans l'assiette définie au premier alinéa du présent article versées aux personnes mentionnées à l'article L. 3312-3 du code du travail.</p>	<p>« La contribution due au titre des rémunérations mentionnées à l'article L. 7121-8 du code du travail* est acquittée par l'employeur ou par l'utilisateur mentionné à cet article au titre des sommes qu'il verse à l'artiste. » ;</p>	<p>« La contribution ... ... aux articles L. 7121-8 et L. 7123-6 du code ...  ... artiste. » ;</p>
<p>Sont également soumises à cette contribution les rémunérations visées aux articles L. 225-44 et L. 225-85 du code de commerce perçues par les administrateurs et membres des conseils de surveillance de sociétés anonymes et des sociétés d'exercice libéral à forme anonyme.</p>	<p>2° À l'article L. 137-16, le taux : « 4 % » est remplacé par le taux : « 6 % ».</p>	<p><b>Amendement 95</b></p> <p><b>Article additionnel après l'article 13</b></p> <p><i>Après l'article L. 137-26 du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 12 ainsi rédigée :</i></p> <p>« Section 12 « Contribution sur les entreprises de commercialisation en gros de tabacs</p> <p>« Art. L. 137-27..- I. – Les personnes mentionnées au 2° de l'article 302 G ainsi qu'aux articles 30 2H ter et 565 du code général des impôts et les personnes qui leur fournissent des produits visés à l'article 564 decies du même code sont assujetties à une contribution sur leur chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre de l'activité liée à ces produits.</p> <p>« L'assiette de la contribution est composée de deux parts. La première part est constituée par le chiffre d'affai-</p>
<p>Art. L. 137-16. - Le taux de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 est fixé à 4 %.</p>		

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la  
Commission

res hors taxes réalisé par l'entreprise au cours de l'année civile ; la seconde part est constituée par la différence entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année civile et celui réalisé l'année civile précédente.

« Le montant de la contribution est calculé en appliquant un taux de 5 % à la première part et un taux de 25 % à la seconde part.

« Lorsqu'une entreprise est soumise pour la première fois à la contribution, elle n'est redevable la première année que de la première part. En ce qui concerne le calcul de la seconde part pour la deuxième année d'acquittement de la contribution, et dans le cas où l'entreprise n'a pas eu d'activité commerciale tout au long de la première année civile, le chiffre d'affaires pris en compte au titre de la première année est calculé au prorata de la durée écoulée afin de couvrir une année civile dans son intégralité.

« II. – La contribution est versée de manière provisionnelle le 1<sup>er</sup> septembre de chaque année, pour un montant correspondant à 80 % de la contribution due au titre de l'année civile précédente. Une régularisation annuelle intervient au 31 mars de l'année suivante, sur la base du chiffre d'affaires réalisé pendant l'année civile et déclaré le 15 février de l'année suivante.

« III. – La contribution est recouvrée et contrôlée en application des dispositions prévues aux articles L. 138-20 à L. 138-23. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires, sont précisées par décret en Conseil d'État.

« IV. – Le produit de la contribution est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. »

**Amendement 96**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

—

—

**Article additionnel après l'article 13**

Art. L. 242-1 – Pour le calcul des cotisations des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales, sont considérées comme rémunérations toutes les sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail, notamment les salaires ou gains, les indemnités de congés payés, le montant des retenues pour cotisations ouvrières, les indemnités, primes, gratifications et tous autres avantages en argent, les avantages en nature, ainsi que les sommes perçues directement ou par l'entremise d'un tiers à titre de pourboire. La compensation salariale d'une perte de rémunération induite par une mesure de réduction du temps de travail est également considérée comme une rémunération, qu'elle prenne la forme, notamment, d'un complément différentiel de salaire ou d'une hausse du taux de salaire horaire.

Lorsque le bénéficiaire d'une option accordée dans les conditions prévues aux articles L. 225-177 à L. 225-186 du code de commerce ne remplit pas les conditions prévues au I de l'article 163 bis C du code général des impôts, est considéré comme une rémunération le montant déterminé conformément au II du même article. Toutefois l'avantage correspondant à la différence définie au II de l'article 80 bis du code général des impôts est considéré comme une rémunération lors de la levée de l'option.

Il ne peut être opéré sur la rémunération ou le gain des intéressés servant au calcul des cotisations des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales, de déduction au titre de frais professionnels que dans les conditions et limites fixées par arrêté interministériel. Il ne pourra également être procédé à des déductions au titre de frais d'atelier que dans les conditions et limites fixées par arrêté ministériel.

Ne seront pas comprises dans la rémunération les prestations de sécurité sociale versées par l'entremise de l'employeur.

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

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, destinées au financement des régimes de retraite complémentaire mentionnés au chapitre Ier du titre II du livre IX ou versées en couverture d'engagements de retraite complémentaire souscrits antérieurement à l'adhésion des employeurs aux institutions mettant en oeuvre les régimes institués en application de l'article L. 921-4 et dues au titre de la part patronale en application des textes régissant ces couvertures d'engagements de retraite complémentaire.

Sont exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance versées par les organismes régis par les titres III et IV du livre IX du présent code ou le livre II du code de la mutualité, par des entreprises régies par le code des assurances ainsi que par les institutions mentionnées à l'article L. 370-1 du code des assurances et proposant des contrats mentionnés à l'article L. 143-1 dudit code, à la section 9 du chapitre II du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ou au chapitre II bis du titre II du livre II du code de la mutualité, lorsqu'elles revêtent un caractère collectif et obligatoire déterminé dans le cadre d'une des procédures mentionnées à l'article L. 911-1 du présent code :

1° Dans des limites fixées par décret, pour les contributions au financement d'opérations de retraite déterminées par décret ; l'abondement de l'employeur à un plan d'épargne pour la retraite collectif exonéré aux termes du deuxième alinéa de l'article L. 443-8 du code du travail est pris en compte pour l'application de ces limites ;

2° Dans des limites fixées par décret, pour les contributions au financement de prestations complémentaires de pré-

## Dispositions en vigueur

—

voyance, 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 ou la franchise annuelle prévue au III du même article.

Toutefois, les dispositions des trois alinéas précédents ne sont pas applicables lorsque lesdites contributions se substituent à d'autres éléments de rémunération au sens du présent article, à moins qu'un délai de douze mois ne se soit écoulé entre le dernier versement de l'élément de rémunération en tout ou partie supprimé et le premier versement desdites contributions.

Les personnes visées au 20° de l'article L. 311-3 qui procèdent par achat et vente de produits ou de services sont tenues de communiquer le pourcentage de leur marge bénéficiaire à l'entreprise avec laquelle elles sont liées.

Sont également pris en compte, dans les conditions prévues à l'article L. 242-11, les revenus tirés de la location de tout ou partie d'un fonds de commerce, d'un établissement artisanal, ou d'un établissement commercial ou industriel muni du mobilier ou du matériel nécessaire à son exploitation, que la location, dans ce dernier cas, comprenne ou non tout ou partie des éléments incorporels du fonds de commerce ou d'industrie, lorsque ces revenus sont perçus par une personne qui réalise des actes de commerce au titre de l'entreprise louée ou y exerce une activité.

Sont aussi prises en compte les indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail à l'initiative de l'employeur ou à l'occasion de la cessation forcée des fonctions des mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 ter du code général des impôts, ainsi que les indemnités versées à l'occasion de la rupture conventionnelle du contrat de travail, au sens de l'article L. 1237-13 du code du travail, et les indemnités de départ volontaire versées aux salariés dans le cadre d'un accord

## Texte du projet de loi

## Propositions de la Commission

## Dispositions en vigueur

collectif de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, à hauteur de la fraction de ces indemnités qui est assujettie à l'impôt sur le revenu en application de l'article 80 duodécies du même code. Toutefois, les indemnités d'un montant supérieur à trente fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 du présent code sont intégralement assimilées à des rémunérations pour le calcul des cotisations visées au premier alinéa du présent article. Pour l'application du présent alinéa, il est fait masse des indemnités liées à la rupture du contrat de travail et de celles liées à la cessation forcée des fonctions.

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 elles sont conservées dans les conditions mentionnées au I de l'article 80 quaterdecies du code général des impôts 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'entre eux. A défaut, l'employeur est tenu au paiement de la totalité des cotisations sociales, y compris pour leur part salariale.

Les dispositions de l'avant-dernier alinéa 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.

Les dispositions des deux alinéas précédents ne donnent pas lieu à application de l'article L. 131-7.

## Texte du projet de loi

## Propositions de la Commission

*Le douzième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :*

*« 1° Dans la deuxième phrase, le mot : « trente » est remplacé par le mot : « trois » ;*

*« 2° Avant la dernière phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée :*

*« Il en va de même pour les indemnités et tous avantages octroyés directement, ainsi que les contributions de l'employeur destinées à leur financement, au bénéfice des présidents, directeurs généraux ou directeurs généraux délégués à raison de la cessation ou du changement de leurs fonctions ou postérieurement à celles-ci. »*

## Amendement 97

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>Art. L. 131-8. - I.- Par dérogation aux dispositions des articles L. 131-7 et L. 139-2, le financement des mesures définies aux articles L. 241-13 et L. 241-6-4, à l'article 3 de la loi n° 98-461 du 13 juin 1998 d'orientation et d'incitation relative à la réduction du temps de travail, aux articles 1er et 3 de la loi n° 96-502 du 11 juin 1996 tendant à favoriser l'emploi par l'aménagement et la réduction conventionnels du temps de travail et à l'article 13 de la loi n° 2003-47 du 17 janvier 2003 relative aux salaires, au temps de travail et au développement de l'emploi, est assuré par une affectation d'impôts et de taxes aux régimes de sécurité sociale.</p>	<p><b>Article 14</b></p> <p>I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p><b>Article 14</b></p> <p>Sans modification</p>
<p>II.-Les impôts et taxes mentionnés au I sont :</p> <p>1° La taxe sur les salaires, mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code ;</p>	<p>1° Au début du 1° de l'article L. 131-8 sont insérés les mots : « Une fraction égale à 83,3 % de » ;</p>	
<p>2° abrogé ;</p>		
<p>3° abrogé ;</p>		
<p>4° abrogé ;</p>		
<p>5° abrogé ;</p>		
<p>6° La taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire, mentionnée à l'article L. 137-1 du présent code ;</p>		
<p>7° La taxe sur les primes d'assurance automobile, mentionnée à l'article L. 137-6 du présent code ;</p>		
<p>8° La taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par les commerçants de gros en produits pharmaceutiques, dans des conditions fixées par décret ;</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
9° La taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par les fournisseurs de tabacs, dans des conditions fixées par décret ;		
10° Une fraction égale à 33,36 % du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts ;		
11° Le droit de licence sur la rémunération des débitants de tabacs mentionné à l'article 568 du même code. .....		
Art. L. 135-3. – Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées à l'article L. 135-2 et à l'article 49 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale sont constituées par :	2° L'article L. 135-3 est ainsi modifié :	
1° Une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1, à concurrence d'un montant correspondant à l'application des taux fixés au 2° du IV de l'article L. 136-8 aux assiettes de ces contributions ;		
2° Paragraphe supprimé	a) Il est rétabli un 2° ainsi rédigé : « 2° Une fraction égale à 16,7 % du produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts*, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code* ; »	
3° Paragraphe supprimé	b) Il est rétabli un 3° ainsi rédigé : « 3° La part du produit de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15* fixée au 2° de l'article L. 137-16* ; »	
4° Une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, du solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés visé au deuxième alinéa de l'article L. 651-2-1 ;		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
5° Paragraphe supprimé	c) Il est rétabli un 5° ainsi rédigé : « 5° Le produit de la contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés mentionnée à l'article L. 245-13* ; »	
6° Les sommes mises à la charge de la Caisse nationale des allocations familiales par le 5° de l'article L. 223-1 ;		
7° Une fraction, fixée à l'article L. 245-16, des prélèvements sociaux prévus aux articles L. 245-14 et L. 245-15 ;		
8° Les fonds consignés au 31 décembre 2003 au titre des compensations prévues à l'article L. 134-1 ;		
9° Alinéa abrogé		
10° Le produit de la contribution instituée à l'article L. 137-11.		
Les recettes et les dépenses du fonds de la première section doivent être équilibrées, dans des conditions prévues par les lois de financement de la sécurité sociale.		
Art. L. 137-16. – Le taux de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 est fixé à 4 %.	3° L'article L. 137-16 est complété par trois alinéas ainsi rédigés :	
	« Le produit de cette contribution est versé :	
	« 1° À la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, pour la part correspondant à un taux de 2,42 % ;	
	« 2° Au fonds mentionné à l'article L. 135-1*, pour la part correspondant à un taux de 3,58 % . » ;	
	4° L'article L. 241-2 est ainsi modifié :	
Art. L. 241-2. – Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont également constituées par des cotisations assises sur :		
1°) Les avantages de retraite, soit qu'ils aient été financés en tout ou partie par une contribution de l'employeur, soit qu'ils aient donné lieu à rachat de cotisations ainsi que les avantages de retraite versés au titre des articles		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>L. 381-1 et L. 742-1 du présent code, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires ;</p>		
<p>2°) Les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2 ;</p>		
<p>3°) Le produit de la contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés, prévue par l'article L. 245-13 ;</p>	a) Les quatrième (3°),	
<p>4°) Le produit de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 ;</p>	cinquième (4°)	
<p>5°) Une fraction des prélèvements sur les jeux et paris prévus aux articles L. 137-20, L. 137-21 et L. 137-22.</p>	et sixième (5°) alinéas sont supprimés ;	
<p>Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté ministériel pour certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés.</p>		
<p>Les cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont à la charge des employeurs et des travailleurs salariés et personnes assimilées ainsi que des titulaires des avantages de retraite et des allocations et revenus de remplacement mentionnés aux 1° et 2° du présent article.</p>		
<p>Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont en outre constituées par :</p>		
<p>1° Une fraction égale à 38,81 % du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts ;</p>		
<p>2° Le remboursement par la Caisse nationale des allocations familiales des indemnités versées en application des articles L. 331-8 et L. 722-8-3.</p>		
<p>3°) Le produit de la contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés, prévue par l'article L. 245-13 ;</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 245-13. – Il est institué, au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, une contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés prévue par les articles L. 651-1 et suivants. Cette contribution additionnelle est assise, recouvrée, exigible et contrôlée dans les mêmes conditions que celles applicables à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés. Son taux est de 0,03 %.</p>	<p>b) Il est complété par deux alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« 4° La part du produit de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15* fixée au 1° de l'article L. 137-16* ;</p> <p>« 5° Une fraction des prélèvements sur les jeux et paris prévus aux articles L. 137-20*, L. 137-21* et L. 137-22*. » ;</p> <p>5° À l'article L. 245-13, les mots : « , au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, » sont supprimés.</p> <p>II. - A titre transitoire et par dérogation aux dispositions de l'article L. 137-16 du code de la sécurité sociale* dans sa rédaction issue de la présente loi, le produit pour 2011 de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 du même code* est versé :</p> <p>1° A la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, pour la part correspondant à un taux de 3,55 % ;</p> <p>2° Au fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code*, pour la part correspondant à un taux de 2,45 %.</p> <p>III. – Les dispositions du 1° et du a du 2° du I s'appliquent à compter du 15 février 2011.</p>	<p><b>Article 15</b></p> <p>Sans modification</p>
<p>Art. L. 136-2. – I – La contribution est assise sur le montant brut des traitements, indemnités, émoluments, salaires, allocations, pensions y compris les</p>	<p><b>Article 15</b></p> <p>L'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	

## Dispositions en vigueur

majorations et bonifications pour enfants, des rentes viagères autres que celles visées au 6 de l'article 158 du code général des impôts et des revenus tirés des activités exercées par les personnes mentionnées aux articles L. 311-2 et L. 311-3. L'assiette de la contribution due par les artistes-auteurs est celle prévue au troisième alinéa de l'article L. 382-3.

Sur le montant brut des traitements, indemnités autres que celles visées au 7° du II ci-dessous, émoluments, salaires, des revenus des artistes-auteurs assimilés fiscalement à des traitements et salaires et des allocations de chômage, il est opéré une réduction représentative de frais professionnels forfaitairement fixée à 3 % de ce montant.

Elle est également assise sur tous les avantages en nature ou en argent accordés aux intéressés en sus des revenus visés au premier alinéa.

Pour l'application du présent article, les traitements, salaires et toutes sommes versées en contrepartie ou à l'occasion du travail sont évalués selon les règles fixées à l'article L. 242-1. Toutefois, les déductions visées au 3° de l'article 83 du code général des impôts ne sont pas applicables.

I bis. – La contribution est établie sur l'assiette correspondant aux cotisations forfaitaires applicables aux catégories de salariés ou assimilés visées par les arrêtés pris en application des articles L. 241-2 et L. 241-3 du présent code et L. 741-13 du code rural et de la pêche maritime, dans leur rédaction en vigueur à la date de publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale.

II – Sont inclus dans l'assiette de la contribution :

1° Les sommes allouées au salarié au titre de l'intéressement prévu à l'article L. 3312-4 du code du travail ;

2° Les sommes réparties au titre de la réserve spéciale de participation conformément aux dispositions de l'arti-

## Texte du projet de loi

1° Au deuxième alinéa du I, après le mot : « brut » sont insérés les mots : « inférieur à quatre fois la valeur du plafond mentionné à l'article L. 241-3\* » ;

## Propositions de la Commission

**Dispositions en vigueur**

—  
cle L. 3324-5 du code du travail, ainsi que les sommes versées par l'entreprise en application de l'article L. 3332-27 du même code ; la contribution est précomptée par l'entreprise ou l'organisme de gestion respectivement lors de la répartition de la réserve spéciale, ou lors du versement au plan d'épargne d'entreprise ;

3° a) L'indemnité parlementaire et l'indemnité de fonction prévues aux articles 1er et 2 de l'ordonnance n° 58-1210 du 13 décembre 1958 portant loi organique relative à l'indemnité des membres du Parlement, l'indemnité représentative de frais de mandat, au plus égale au montant brut cumulé des deux précédentes et versée à titre d'allocation spéciale pour frais par les assemblées à tous leurs membres, ainsi que, la plus élevée d'entre elles ne pouvant être supérieure de plus de la moitié à ce montant, les indemnités de fonction complémentaires versées, au même titre, en vertu d'une décision prise par le bureau desdites assemblées, à certains de leurs membres exerçant des fonctions particulières ;

b) Les indemnités versées aux représentants français au Parlement européen dans les conditions prévues à l'article 1er de la loi n° 79-563 du 6 juillet 1979 relative à l'indemnité des représentants au Parlement européen et aux indemnités versées à ses membres par le Parlement européen ;

c) La rémunération et les indemnités par jour de présence versées aux membres du Conseil économique, social et environnemental en application de l'article 22 de l'ordonnance n° 58-1360 du 29 décembre 1958 portant loi organique relative au Conseil économique et social (1) ainsi que l'indemnité versée au Président et aux membres du Conseil constitutionnel en application de l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1067 du 7 novembre 1958 portant loi organique sur le Conseil constitutionnel ;

d) Les indemnités versées par les collectivités locales, leurs groupements ou leurs établissements publics aux élus municipaux, cantonaux et régionaux ;

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

—

**Dispositions en vigueur**

e) Les allocations versées à l'issue des mandats locaux par le fonds mentionné par l'article L. 1621-2 du code général des collectivités territoriales.

4° Les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance, à l'exception de celles visées au cinquième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et au cinquième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime et de celles destinées au financement des régimes de retraite visés au I de l'article L. 137-11 du présent code ;

5° Les indemnités de licenciement ou de mise à la retraite et toutes autres sommes versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail pour la fraction qui excède le montant prévu par la convention collective de branche, l'accord professionnel ou interprofessionnel ou à défaut par la loi, ou, en l'absence de montant légal ou conventionnel pour ce motif, pour la fraction qui excède l'indemnité légale ou conventionnelle de licenciement. En tout état de cause, cette fraction ne peut être inférieure au montant assujetti à l'impôt sur le revenu en application de l'article 80 duodecies du code général des impôts. Toutefois, les indemnités d'un montant supérieur à trente fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 du présent code sont assujetties dès le premier euro ; pour l'application des présentes dispositions, il est fait masse des indemnités liées à la rupture du contrat de travail et de celles versées en cas de cessation forcée des fonctions des personnes visées au 5° bis du présent II. Sont également assujetties toutes sommes versées à l'occasion de la modification du contrat de travail ;

5° bis Les indemnités versées à l'occasion de la cessation de leurs fonctions aux mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 ter du code général des impôts, ou, en cas de cessation forcée de ces fonctions, la fraction de ces indemnités qui excède les montants définis au deuxième alinéa du I de l'article 80 duodecies du même code ; Toutefois, en cas de cessation forcée des

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

fonctions, les indemnités d'un montant supérieur à trente fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 du présent code sont assujetties dès le premier euro ; pour l'application des présentes dispositions, il est fait masse des indemnités liées à la cessation forcée des fonctions et de celles visées à la première phrase du 5° ;

6° L'allocation visée à l'article 15 de la loi n° 94-629 du 25 juillet 1994 relative à la famille ;

7° Les indemnités journalières ou allocations versées par les organismes de sécurité sociale ou, pour leur compte, par les employeurs à l'occasion de la maladie, de la maternité ou de la paternité, des accidents du travail et des maladies professionnelles, à l'exception des rentes viagères et indemnités en capital servies aux victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle ou à leurs ayants droit.

III – Ne sont pas inclus dans l'assiette de la contribution :

1° Les allocations de chômage visées à l'article L. 131-2, perçues par des personnes dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts n'excède pas les seuils déterminés en application des dispositions des I et III du même article. En outre, la contribution pesant sur ces allocations ne peut avoir pour effet de réduire le montant net de celles-ci ou, en cas de cessation partielle d'activité, le montant cumulé de la rémunération d'activité et de l'allocation perçue, en deçà du montant du salaire minimum de croissance ;

2° Les pensions de retraite et d'invalidité des personnes dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts n'excède pas les seuils déterminés en application des dispositions des I et III du même article ou qui sont titulaires d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité non contributif attribué par un régime de base de sécurité sociale sous conditions de ressources ou par le fonds spécial visé à l'article L. 814-5. Ces conditions de ressources sont celles qui sont applicables pour l'attribution de

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité ;	2° Au 3° du III, la référence : « 17° » est remplacée par les références : « a, b, c, d et f du 17° ».	
3° Les revenus visés aux 2°, 2° bis, 3°, 4°, 7°, 9°, 9° bis, 9° quater, 9° quinquies, 10°, 12°, 13°, 14°, 14° bis, 14° ter, 15°, 17°, 19° et b du 19° ter de l'article 81 du code général des impôts ainsi que ceux visés aux articles L. 961-1, deuxième alinéa, et L. 961-5 du code du travail ;		
4° Les pensions alimentaires répondant aux conditions fixées par les articles 205 à 211 du code civil, les rentes prévues à l'article 276 du code civil et les pensions alimentaires versées en vertu d'une décision de justice, en cas de séparation de corps ou de divorce, ou en cas d'instance en séparation de corps ou en divorce ;		
5° Les salaires versés au titre des contrats conclus en application de l'article L. 117-1 du code du travail ;		
6° Abrogé ;		
7° L'indemnité de cessation d'activité visée au V de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) ;		
8° L'indemnité prévue à l'article 9 de la loi n° 2006-586 du 23 mai 2006 relative au volontariat associatif et à l'engagement éducatif.		
<b>Article 16</b>	Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié : 1° Après l'article L. 242-1-2, il est inséré un article L. 242-1-3 ainsi rédigé :	<b>Article 16</b>
« Art. L. 242-1-3. - Toute somme ou avantage alloué à un salarié à raison de son activité professionnelle par une personne qui n'est pas son employeur est une rémunération au sens de l'article L. 242-1*.	« Dans les cas où le salarié concerné exerce une activité commer-	Sans modification

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

ciale ou en lien direct avec la clientèle pour laquelle il est d'usage qu'une personne tierce à l'employeur alloue des sommes ou avantages au salarié, les cotisations d'assurance sociale, d'allocations familiales et d'accidents du travail et les contributions sociales dues sur ces rémunérations sont acquittées sous la forme d'une contribution libératoire à la charge de la personne tierce dont le montant est égal à 20 % de la part de ces rémunérations qui excède pour l'année considérée un montant égal à 15 % de la valeur du salaire minimum interprofessionnel de croissance calculée pour un mois sur la base de la durée légale du travail. Les autres cotisations d'origine légale ou conventionnelle rendues obligatoires par la loi ne sont pas dues sur ces rémunérations. Lorsque ces rémunérations versées pour un an excèdent la valeur du salaire minimum interprofessionnel de croissance calculée pour un mois, la part supérieure à ce plafond est assujettie à toutes les cotisations et contributions d'origine légale ou conventionnelle.

« Lorsque la personne tierce appartient au même groupe que l'employeur au sens de l'article L. 2331-1 du code du travail\*, elle ne peut s'acquitter de ses cotisations et contributions sociales par le versement de la contribution libératoire prévue au second alinéa.

« La personne tierce remplit les obligations relatives aux déclarations et aux versements de la contribution libératoire ou des cotisations et contributions sociales relatifs à ces rémunérations selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les salaires. Elle informe l'employeur des sommes ou avantages versés à son salarié.

« Les dispositions du deuxième alinéa ne sont ni applicables ni opposables aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1\* et L. 752-1\* si la personne tierce et l'employeur ont accompli des actes ayant pour objet d'éviter, en totalité ou en partie, le paiement des cotisations et contributions sociales. Dans ce cas, l'article L. 243-7-2\* est applicable à

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

—

—

l'employeur en cas de constat d'opérations litigieuses.

« Un décret fixe les modalités d'application du présent article, notamment les modalités d'information de l'employeur et de l'organisme de recouvrement par la personne tierce sur les sommes ou avantages versés aux salariés.

« Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale détermine les règles selon lesquelles les sommes recouvrées au titre de la contribution libératoire sont réparties entre les contributions et les cotisations mentionnées au deuxième alinéa. » ;

Art. L. 243-7. – Le contrôle de l'application des dispositions du présent code par les employeurs, personnes privées ou publiques, et par les travailleurs indépendants est confié aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général. Les agents chargés du contrôle sont assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ces agents ont qualité pour dresser en cas d'infraction auxdites dispositions des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Les unions de recouvrement les transmettent, aux fins de poursuites, au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.

2° Au premier alinéa de l'article L. 243-7, les mots : « est confié aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général » sont remplacés par les mots : « ainsi que par toute personne qui verse des cotisations ou contributions auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général est confié à ces organismes » ;

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 des cotisations destinées au financement des régimes de retraites complémentaires obligatoires mentionnés au chapitre Ier du titre II du livre IX pour le compte des institutions gestionnaires de ces régimes. 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, les organismes nationaux qui fédèrent les institutions relevant du chapitre Ier du titre II du livre IX du présent code fixent notamment les modalités de transmission du résultat des véri-

**Dispositions en vigueur**

fications et la rémunération du service rendu par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général.

Le contrôle de l'application de la législation de sécurité sociale au titre des cotisations et contributions sociales dont les services déconcentrés de l'Etat sont redevables auprès du régime général est assuré par les organismes visés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 qui reçoivent leurs déclarations et paiements.

La Cour des comptes est compétente pour contrôler les administrations centrales de l'Etat. Elle peut demander l'assistance des organismes mentionnés à l'alinéa précédent et notamment requérir la mise à disposition d'inspecteurs du recouvrement.

Il est fait état du résultat des contrôles mentionnés aux deux alinéas précédents dans le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale prévu à l'article L.O. 132-3 du code des juridictions financières.

Art. L. 311-3. — Sont notamment compris parmi les personnes auxquelles s'impose l'obligation prévue à l'article L. 311-2, même s'ils ne sont pas occupés dans l'établissement de l'employeur ou du chef d'entreprise, même s'ils possèdent tout ou partie de l'outillage nécessaire à leur travail et même s'ils sont rétribués en totalité ou en partie à l'aide de pourboires :

1° Les travailleurs à domicile soumis aux dispositions des articles L. 721-1 et suivants du code du travail ;

2° Les voyageurs et représentants de commerce soumis aux dispositions des articles L. 751-1 et suivants du code du travail ;

3° Les employés d'hôtels, cafés et restaurants ;

4° Sans préjudice des dispositions du 5° du présent article réglant la situation des sous-agents d'assurances, les

**Texte du projet de loi**

3° L'article L. 311-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

**Propositions de la Commission**

**Dispositions en vigueur**

mandataires non assujettis à la contribution économique territoriale mentionnés au 4° de l'article R. 511-2 du code des assurances rémunérés à la commission, qui effectuent d'une façon habituelle et suivie des opérations de présentation d'assurances pour une ou plusieurs entreprises d'assurances telles que définies par l'article L. 310-1 du code des assurances et qui ont tiré de ces opérations plus de la moitié de leurs ressources de l'année précédente ;

5° Les sous-agents d'assurances travaillant d'une façon habituelle et suivie pour un ou plusieurs agents généraux et à qui il est imposé, en plus de la prospection de la clientèle, des tâches sédentaires au siège de l'agence ;

6° Les gérants non-salariés des coopératives et les gérants de dépôts de sociétés à succursales multiples ou d'autres établissements commerciaux ou industriels ;

7° Les conducteurs de voitures publiques dont l'exploitation est assujettie à des tarifs de transport fixés par l'autorité publique, lorsque ces conducteurs ne sont pas propriétaires de leur voiture ;

8° Les porteurs de bagages occupés dans les gares s'ils sont liés, à cet effet, par un contrat avec l'exploitation ou avec un concessionnaire ;

9° Les ouvreuses de théâtres, cinémas, et autres établissements de spectacles, ainsi que les employés qui sont dans les mêmes établissements chargés de la tenue des vestiaires et qui vendent aux spectateurs des objets de nature diverse ;

10° Les personnes assurant habituellement à leur domicile, moyennant rémunération, la garde et l'entretien d'enfants qui leur sont confiés par les parents, une administration ou une oeuvre au contrôle desquels elles sont soumises ;

11° Les gérants de sociétés à responsabilité limitée et de sociétés d'exercice libéral à responsabilité limitée à condition que lesdits gérants ne possèdent pas ensemble plus de la moitié du capital social, étant entendu que les parts

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

**Dispositions en vigueur**

appartenant, en toute propriété ou en usufruit, au conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité compris, et aux enfants mineurs non émancipés d'un gérant sont considérées comme possédées par ce dernier ;

12° Les présidents du conseil d'administration, les directeurs généraux et les directeurs généraux délégués des sociétés anonymes et des sociétés d'exercice libéral à forme anonyme ;

13° Les membres des sociétés coopératives ouvrières de production ainsi que les gérants, les directeurs généraux, les présidents du conseil d'administration et les membres du directoire des mêmes coopératives lorsqu'ils perçoivent une rémunération au titre de leurs fonctions et qu'ils n'occupent pas d'emploi salarié dans la même société ;

14° Les délégués à la sécurité des ouvriers des carrières exerçant leurs fonctions dans des entreprises ne relevant pas du régime spécial de la sécurité sociale dans les mines, les obligations de l'employeur étant, en ce qui les concerne, assumées par le ou les exploitants intéressés ;

15° Les artistes du spectacle et les mannequins auxquels sont reconnues applicables les dispositions des articles L. 762-1 et suivants, L. 763-1 et L. 763-2 du code du travail.

Les obligations de l'employeur sont assumées à l'égard des artistes du spectacle et des mannequins mentionnés à l'alinéa précédent, par les entreprises, établissements, services, associations, groupements ou personnes qui font appel à eux, même de façon occasionnelle ;

16° Les journalistes professionnels et assimilés, au sens des articles L. 761-1 et L. 761-2 du code du travail, dont les fournitures d'articles, d'informations, de reportages, de dessins ou de photographies à une agence de presse ou à une entreprise de presse quotidienne ou périodique, sont réglées à la pige, quelle que soit la nature du lien juridique qui les unit à cette agence ou entreprise ;

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

17° Les personnes agréées qui accueillent des personnes âgées ou handicapées adultes et qui ont passé avec celles-ci à cet effet un contrat conforme aux dispositions de l'article L. 442-1 du code de l'action sociale et des familles ;

18° Les vendeurs-colporteurs de presse et porteurs de presse, visés aux paragraphes I et II de l'article 22 de la loi n° 91-1 du 3 janvier 1991 tendant au développement de l'emploi par la formation dans les entreprises, l'aide à l'insertion sociale et professionnelle et l'aménagement du temps de travail, pour l'application du troisième plan pour l'emploi, non immatriculés au registre du commerce ou au registre des métiers ;

19° Les avocats salariés, sauf pour les risques gérés par la Caisse nationale des barreaux français visée à l'article L. 723-1 à l'exception des risques invalidité-décès ;

20° Les vendeurs à domicile visés à l'article L. 135-1 du code de commerce, non immatriculés au registre du commerce ou au registre spécial des agents commerciaux ;

21° Les personnes qui exercent à titre occasionnel pour le compte de l'Etat, d'une collectivité territoriale ou d'un de leurs établissements publics administratifs, d'une autorité publique indépendante dotée de la personnalité morale ou d'un organisme privé chargé de la gestion d'un service public à caractère administratif, une activité dont la rémunération est fixée par des dispositions législatives ou réglementaires ou par décision de justice. Un décret précise les types d'activités et de rémunérations en cause.

Toutefois, ces dispositions ne sont pas applicables, sur leur demande, dans des conditions fixées par décret, aux personnes exerçant une des professions visées à l'article L. 621-3, lorsque les activités occasionnelles visées ci-dessus en sont le prolongement ;

22° Les dirigeants des associations remplissant les conditions prévues

**Dispositions en vigueur**

—  
au deuxième alinéa du d du 1° du 7 de l'article 261 du code général des impôts ;

23° Les présidents et dirigeants des sociétés par actions simplifiées et des sociétés d'exercice libéral par actions simplifiées ;

24° Les administrateurs des groupements mutualistes qui perçoivent une indemnité de fonction et qui ne relèvent pas, à titre obligatoire, d'un régime de sécurité sociale ;

25° Les personnes bénéficiaires d'un appui à la création ou à la reprise d'une activité économique dans les conditions définies par l'article L. 127-1 du code de commerce ;

26° Les personnes mentionnées au 2° de l'article L. 781-1 du code du travail ;

27° Les fonctionnaires et agents publics autorisés à faire des expertises ou à donner des consultations au titre du décret du 29 octobre 1936 relatif aux cumuls de retraites, de rémunérations et de fonctions, dans le cadre d'activités de recherche et d'innovation, ainsi que ceux qui sont autorisés à apporter leur concours scientifique à une entreprise qui assure la valorisation de leurs travaux au titre de l'article L. 413-8 du code de la recherche. Toutefois, ces dispositions ne sont pas applicables, sur leur demande, aux personnes inscrites auprès des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales en qualité de travailleurs indépendants lorsque l'existence d'un lien de subordination avec le donneur d'ouvrage ne peut être établi ;

28° Les personnes ayant souscrit un service civique dans les conditions prévues au chapitre II du titre 1er bis du livre 1er du code du service national ;

29° Les arbitres et juges, mentionnés à l'article L. 223-1 du code du sport, au titre de leur activité d'arbitre ou de juge ;

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

—

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>30° Les présidents des sociétés coopératives de banque, mentionnées aux articles L. 512-61 à L. 512-67 du code monétaire et financier.</p>	<p>« 31° Les salariés au titre des sommes ou avantages mentionnés au premier alinéa de l'article L. 242-1-3. »</p>	<p><i>Article additionnel après l'article 16</i></p>
<p>Art. L. 613-1. – Sont obligatoirement affiliés au régime d'assurance maladie et d'assurance maternité des travailleurs non-salariés des professions non agricoles :</p>		<p><i>I. – L'article L. 613-1 du code de la sécurité sociale est complété par un 7° ainsi rédigé :</i></p>
<p>1° les travailleurs non salariés relevant des groupes de professions mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 621-3 et ceux qui relèvent de la caisse nationale des barreaux français, mentionnée à l'article L. 723-1, soit :</p>		
<p>a. le groupe des professions artisanales ;</p>		
<p>b. le groupe des professions industrielles et commerciales, y compris les débitants de tabacs ;</p>		
<p>c. le groupe des professions libérales, y compris les avocats ;</p>		
<p>2° les personnes ayant exercé les professions mentionnées au 1° ci-dessus et qui bénéficient d'une allocation ou d'une pension de vieillesse ou d'une pension d'invalidité, en application de l'article L. 621-1 ou en application du chapitre 3 du titre II du livre VII ;</p>		
<p>3° les personnes titulaires d'une allocation ou d'une pension de réversion servie par un régime non agricole en application de l'article L. 643-7, les personnes titulaires d'une allocation ou d'une pension de veuve en application des articles L. 644-1 et L. 644-2 ainsi que les personnes titulaires d'une allocation ou d'une pension de réversion servie par la caisse nationale des barreaux français, mentionnée à l'article L. 723-1, et les anciens débitants de tabacs bénéficiaires de</p>		

**Dispositions en vigueur**

l'allocation viagère prévue par l'article 59 de la loi de finances n° 63-156 du 23 février 1963 ;

4° sous réserve des dispositions de l'article L. 311-2 et du 11° de l'article L. 311-3, le conjoint associé qui participe à l'activité de l'entreprise artisanale ou commerciale ;

5° l'associé unique des entreprises unipersonnelles à responsabilité limitée sauf si l'activité qu'il exerce est de nature agricole au sens de l'article 1144 du code rural ;

6° les personnes bénéficiaires de l'agrément prévu à l'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Art. L. 622-4. – Les professions industrielles et commerciales groupent toutes les personnes dont l'activité professionnelle comporte soit l'inscription au registre du commerce, soit l'assujettissement à la contribution économique territoriale en tant que commerçant, ou dont la dernière activité professionnelle aurait été de nature à provoquer cette inscription ou l'assujettissement à la patente ou à la contribution économique territoriale s'il avait été obligatoire à l'époque où les intéressés ont exercé cette activité à l'exception des personnes exerçant une activité professionnelle qui relève à titre obligatoire du régime spécial de sécurité sociale des marins.

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*« 7° Sous réserve des dispositions du 1° de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime, les loueurs de chambres d'hôtes mentionnées à l'article L. 324-3 du code du tourisme. »*

*II. – L'article L. 622-4 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

*« Sous réserve des dispositions du 1° de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime, sont également affiliés au groupe des professions industrielles et commerciales les loueurs de chambres d'hôtes mentionnées à l'article L. 324-3 du code du tourisme. »*

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007  
de financement de la sécurité sociale  
pour 2008

Art. 20. – I. – Les dispositions de l'article L. 311-2 du code de la sécurité sociale bénéficient aux personnes exerçant une activité économique réduite à fin d'insertion et bénéficiant d'un accompagnement en matière administrative et financière assuré par une association agréée par le ministre chargé de la sécurité sociale.

II. – Un décret fixe les modalités d'application du I. Il définit notamment la liste des activités éligibles, les modalités de déclaration de l'activité à l'organisme consulaire concerné, la durée maximale de l'affiliation prévue au I ainsi que les conditions d'agrément et de rémunération des associations. Il fixe également le montant des revenus tirés de l'activité visée en deçà duquel est ouvert le bénéfice de l'affiliation prévue au I.

III. – Le présent article est applicable jusqu'au 31 décembre 2010.

*Article additionnel après l'article 16*

*Au III de l'article 20 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, la date : « 31 décembre 2010 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2012 ».*

**Amendement 99**

**Article 17**

Code rural et de la pêche maritime

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

1° L'article L. 731-15 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

Art. L. 731-15. – Les revenus professionnels pris en compte sont constitués par la moyenne des revenus se rapportant aux trois années antérieures à celle au titre de laquelle les cotisations sont dues. Ces revenus professionnels proviennent de l'ensemble des activités agricoles exercées au cours des années de référence, y compris lorsque l'une de ces activités a cessé au cours desdites années.

Ces revenus s'entendent des revenus nets professionnels retenus pour le calcul de l'impôt sur le revenu, éventuellement minorés de la déduction prévue

**Dispositions en vigueur**

—

au cinquième alinéa de l'article L. 731-14, ou, le cas échéant, de leur somme. La dotation d'installation en capital accordée aux jeunes agriculteurs ainsi que le montant de la différence entre l'indemnité versée en compensation de l'abattage total ou partiel de troupeaux en application des articles L. 221-2 ou L.234-4 et la valeur en stock ou en compte d'achats des animaux abattus sont exclus de ces revenus.

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. Les contribuables qui ont exercé l'option mentionnée au c du 2 de l'article 75-0 A du code général des impôts peuvent demander à bénéficier de cette option pour la détermination des revenus mentionnés au présent article.

Les revenus mentionnés aux alinéas précédents sont majorés des déductions et abattements qui ne correspondent pas à des dépenses nécessitées par l'exercice de la profession, à l'exception de la déduction opérée en application de l'article 72 D ou de l'article 72 D bis du code général des impôts. Ces revenus sont également majorés du montant des plus-values à court terme exonérées d'impôt sur le revenu en application de l'article 151 septies A du code général des impôts.

**Texte du projet de loi**

« Les revenus mentionnés aux alinéas précédents sont également majorés des revenus perçus par le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole en contrepartie de la location des terres, biens immobiliers à utilisation agricole et biens mobiliers qui leur sont attachés lorsque ces terres et ces biens sont mis à la disposition d'une exploitation ou d'une entreprise agricole sous forme individuelle ou sociétaire aux travaux de laquelle il participe effectivement. Cette majoration ne s'applique pas lorsque le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ne procède pas à la déduction du revenu cadastral des terres prévue au cinquième alinéa de

**Propositions de la Commission**

—

**Dispositions en vigueur**

—

Art. L. 741-10. - Entrent dans l'assiette pour le calcul des cotisations dues au titre des assurances sociales agricoles les rémunérations au sens des dispositions de la sous-section 1 de la section 1 du chapitre II du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale, sous les seules réserves mentionnées dans la présente section.

Pour les jeunes agriculteurs effectuant un stage d'application dans le cadre de la politique d'installation prévue à l'article L. 330-1 et auquel est subordonné le bénéfice des aides de l'Etat à l'installation en agriculture, l'assiette des cotisations est constituée par les sommes versées au stagiaire par l'exploitant maître de stage, déduction faite des frais de transport, de nourriture et de logement réellement engagés par le stagiaire ou imputés par l'exploitant sur la rémunération du stagiaire.

Pour l'application de l'article L. 42-1-2 du code de la sécurité sociale aux rémunérations versées ou dues à des salariés agricoles, la référence aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du code de la sécurité sociale est remplacée par la référence à l'article L. 723-3 du présent code.

Pour l'application de l'article L. 242-4-1 du code de la sécurité sociale au régime de protection sociale des salariés agricoles, la référence aux a, b et f du 2° de l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale est remplacée par la référence aux 1°, 8° et 9° de l'article L. 751-1 du présent code.

**Texte du projet de loi**

l'article L. 731-14.\* » ;

2° L'article L. 741-10 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

**Propositions de la Commission**

—

« Sont également pris en compte dans l'assiette des cotisations les revenus perçus par une personne en contrepartie de la location des terres, biens immobiliers à utilisation agricole et biens mobiliers qui leur sont attachés lorsque ces terres et ces biens sont mis à la disposition d'une exploitation ou d'une entreprise agricole sous forme individuelle ou sociétaire aux travaux de laquelle elle participe effectivement. Cette majoration ne s'applique pas lors-

**Dispositions en vigueur**

—

Code de la sécurité sociale

Art. L. 136-2. – I. – La contribution est assise sur le montant brut des traitements, indemnités, émoluments, salaires, allocations, pensions y compris les majorations et bonifications pour enfants, des rentes viagères autres que celles visées au 6 de l'article 158 du code général des impôts et des revenus tirés des activités exercées par les personnes mentionnées aux articles L. 311-2 et L. 311-3. L'assiette de la contribution due par les artistes-auteurs est celle prévue au troisième alinéa de l'article L. 382-3.

Sur le montant brut des traitements, indemnités autres que celles visées au 7° du II ci-dessous, émoluments, salaires, des revenus des artistes-auteurs assimilés fiscalement à des traitements et salaires et des allocations de chômage, il est opéré une réduction représentative de frais professionnels forfaitairement fixée à 3 % de ce montant.

Elle est également assise sur tous les avantages en nature ou en argent accordés aux intéressés en sus des revenus visés au premier alinéa.

Pour l'application du présent article, les traitements, salaires et toutes sommes versées en contrepartie ou à l'occasion du travail sont évalués selon les règles fixées à l'article L. 242-1. Toutefois, les déductions visées au 3° de l'article 83 du code général des impôts ne sont pas applicables.

I bis.-La contribution est établie sur l'assiette correspondant aux cotisations forfaitaires applicables aux catégories de salariés ou assimilés visées par les arrêtés pris en application des articles L. 241-2 et L. 241-3 du présent code et L. 741-13 du code rural et de la pêche maritime, dans leur rédaction en vigueur à la date de publication de la dernière loi de financement de la sécuri-

**Texte du projet de loi**

que cette personne ne procède pas à la déduction du revenu cadastral des terres prévue au cinquième alinéa de l'article L. 731-14.\* » ;

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

**Propositions de la Commission**

—

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

—  
té sociale.

II.-Sont inclus dans l'assiette de la contribution :

1° Les sommes allouées au salarié au titre de l'intéressement prévu à l'article L. 3312-4 du code du travail ;

2° Les sommes réparties au titre de la réserve spéciale de participation conformément aux dispositions de l'article L. 3324-5 du code du travail, ainsi que les sommes versées par l'entreprise en application de l'article L. 3332-27 du même code ; la contribution est précomptée par l'entreprise ou l'organisme de gestion respectivement lors de la répartition de la réserve spéciale, ou lors du versement au plan d'épargne d'entreprise ;

3° a) L'indemnité parlementaire et l'indemnité de fonction prévues aux articles 1er et 2 de l'ordonnance n° 58-1210 du 13 décembre 1958 portant loi organique relative à l'indemnité des membres du Parlement, l'indemnité représentative de frais de mandat, au plus égale au montant brut cumulé des deux précédentes et versée à titre d'allocation spéciale pour frais par les assemblées à tous leurs membres, ainsi que, la plus élevée d'entre elles ne pouvant être supérieure de plus de la moitié à ce montant, les indemnités de fonction complémentaires versées, au même titre, en vertu d'une décision prise par le bureau desdites assemblées, à certains de leurs membres exerçant des fonctions particulières ;

b) Les indemnités versées aux représentants français au Parlement européen dans les conditions prévues à l'article 1er de la loi n° 79-563 du 6 juillet 1979 relative à l'indemnité des représentants au Parlement européen et aux indemnités versées à ses membres par le Parlement européen ;

c) La rémunération et les indemnités par jour de présence versées aux membres du Conseil économique, social et environnemental en application de

**Dispositions en vigueur**

—  
l'article 22 de l'ordonnance n° 58-1360 du 29 décembre 1958 portant loi organique relative au Conseil économique et social (1) ainsi que l'indemnité versée au Président et aux membres du Conseil constitutionnel en application de l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1067 du 7 novembre 1958 portant loi organique sur le Conseil constitutionnel ;

d) Les indemnités versées par les collectivités locales, leurs groupements ou leurs établissements publics aux élus municipaux, cantonaux et régionaux ;

e) Les allocations versées à l'issue des mandats locaux par le fonds mentionné par l'article L. 1621-2 du code général des collectivités territoriales.

4° Les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance, à l'exception de celles visées au cinquième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et au cinquième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime et de celles destinées au financement des régimes de retraite visés au I de l'article L. 137-11 du présent code ;

5° Les indemnités de licenciement ou de mise à la retraite et toutes autres sommes versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail pour la fraction qui excède le montant prévu par la convention collective de branche, l'accord professionnel ou interprofessionnel ou à défaut par la loi, ou, en l'absence de montant légal ou conventionnel pour ce motif, pour la fraction qui excède l'indemnité légale ou conventionnelle de licenciement. En tout état de cause, cette fraction ne peut être inférieure au montant assujéti à l'impôt sur le revenu en application de l'article 80 duodecies du code général des impôts. Toutefois, les indemnités d'un montant supérieur à trente fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 du présent code sont assujétiées dès le premier euro; pour l'application des présentes dispositions, il est fait masse des

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

—  
*1°A Après la première occurrence du mot : code, la fin du 4° du II de l'article L.163-2 est ainsi rédigée : « et de celles destinées au financement des régimes de retraite visés au I de l'article L. 137-11. »*

**Amendement 100**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

indemnités liées à la rupture du contrat de travail et de celles versées en cas de cessation forcée des fonctions des personnes visées au 5° bis du présent II. Sont également assujetties toutes sommes versées à l'occasion de la modification du contrat de travail ;

5° bis Les indemnités versées à l'occasion de la cessation de leurs fonctions aux mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 ter du code général des impôts, ou, en cas de cessation forcée de ces fonctions, la fraction de ces indemnités qui excède les montants définis au deuxième alinéa du 1 de l'article 80 duodécies du même code ; Toutefois, en cas de cessation forcée des fonctions, les indemnités d'un montant supérieur à trente fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 du présent code sont assujetties dès le premier euro ; pour l'application des présentes dispositions, il est fait masse des indemnités liées à la cessation forcée des fonctions et de celles visées à la première phrase du 5° ;

6° L'allocation visée à l'article 15 de la loi n° 94-629 du 25 juillet 1994 relative à la famille ;

7° Les indemnités journalières ou allocations versées par les organismes de sécurité sociale ou, pour leur compte, par les employeurs à l'occasion de la maladie, de la maternité ou de la paternité, des accidents du travail et des maladies professionnelles, à l'exception des rentes viagères et indemnités en capital servies aux victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle ou à leurs ayants droit.

III.-Ne sont pas inclus dans l'assiette de la contribution :

1° Les allocations de chômage visées à l'article L. 131-2, perçues par des personnes dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts n'excède pas les seuils déterminés en application des dispositions des I et III du même article.

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

En outre, la contribution pesant sur ces allocations ne peut avoir pour effet de réduire le montant net de celles-ci ou, en cas de cessation partielle d'activité, le montant cumulé de la rémunération d'activité et de l'allocation perçue, en deçà du montant du salaire minimum de croissance ;

2° Les pensions de retraite et d'invalidité des personnes dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts n'excède pas les seuils déterminés en application des dispositions des I et III du même article ou qui sont titulaires d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité non contributif attribué par un régime de base de sécurité sociale sous conditions de ressources ou par le fonds spécial visé à l'article L. 814-5. Ces conditions de ressources sont celles qui sont applicables pour l'attribution de l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité ;

3° Les revenus visés aux 2°, 2° bis, 3°, 4°, 7°, 9°, 9° bis, 9° quater, 9° quinquies, 10°, 12°, 13°, 14°, 14° bis, 14° ter, 15°, 17°, 19° et b du 19° ter de l'article 81 du code général des impôts ainsi que ceux visés aux articles L. 961-1, deuxième alinéa, et L. 961-5 du code du travail ;

4° Les pensions alimentaires répondant aux conditions fixées par les articles 205 à 211 du code civil, les rentes prévues à l'article 276 du code civil et les pensions alimentaires versées en vertu d'une décision de justice, en cas de séparation de corps ou de divorce, ou en cas d'instance en séparation de corps ou en divorce ;

5° Les salaires versés au titre des contrats conclus en application de l'article L. 117-1 du code du travail ;

6° Abrogé ;

7° L'indemnité de cessation d'activité visée au V de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre

**Dispositions en vigueur**

1998) ;

8° L'indemnité prévue à l'article 9 de la loi n° 2006-586 du 23 mai 2006 relative au volontariat associatif et à l'engagement éducatif.

Art. L. 136-4. – I. – Sont soumis à la contribution les revenus professionnels visés à l'article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime.

Les revenus pris en compte sont constitués par la moyenne des revenus se rapportant aux trois années antérieures à celle au titre de laquelle la contribution est due. Lorsque le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole a exercé l'option prévue à l'article L. 731-19 du code rural et de la pêche maritime, les revenus pris en compte sont constitués par les revenus afférents à l'année précédant celle au titre de laquelle la contribution est due. Ces revenus proviennent de l'ensemble des activités agricoles exercées au cours de la ou des années de référence, y compris lorsque l'une de ces activités a cessé au cours de la ou desdites années.

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 contribuables qui ont exercé l'option mentionnée au c du 2 de l'article 75-0 A du code général des impôts peuvent demander à bénéficier de cette option pour la détermination des revenus mentionnés au précédent alinéa. Les revenus sont majorés des déductions, abattements et exonérations mentionnés aux articles 44 sexies, 44 sexies A, 44 undecies, 44 terdecies, 44 quaterdecies, 73 B et 151 septies A du même code, 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

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

**Dispositions en vigueur**

—

L. 3312-4, L. 3324-5 et L. 3332-27 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 et de la pêche maritime. La dotation d'installation en capital accordée aux jeunes agriculteurs ainsi que le montant de la différence entre l'indemnité versée en compensation de l'abattement total ou partiel de troupeaux en application des articles L. 221-2 ou L. 234-4 du code rural et de la pêche maritime et la valeur en stock ou en compte d'achats des animaux abattus sont exclus de ces revenus.

Lorsque les personnes mentionnées à l'article L. 722-4 du code rural et de la pêche maritime estiment que les revenus professionnels pris en compte pour le calcul de la contribution subissent une variation, cette contribution peut, sur demande des intéressés formulée auprès de la caisse de mutualité sociale agricole, être calculée au titre des appels fractionnés ou des versements mensuels sur la base de l'assiette des revenus intégrant cette variation dès le début de l'année civile au titre de laquelle cette contribution est due.

Une majoration de retard de 10 % est appliquée sur l'insuffisance de

**Texte du projet de loi**

1° Après le troisième alinéa du I de l'article L. 136-4, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les revenus professionnels sont également majorés des revenus perçus par le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole en contrepartie de la location des terres, biens immobiliers à utilisation agricole et biens mobiliers qui leur sont attachés lorsque ces terres et ces biens sont mis à la disposition d'une exploitation ou d'une entreprise agricole sous forme individuelle ou sociétaire aux travaux de laquelle il participe effectivement. Cette majoration ne s'applique pas lorsque le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ne procède pas à la déduction du revenu cadastral des terres prévue au cinquième alinéa de l'article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime\* » ;

**Propositions de la Commission**

—

**Dispositions en vigueur**

versement des appels fractionnés ou des versements mensuels lorsque les revenus définitifs de l'année considérée sont supérieurs de plus d'un tiers aux revenus estimés par l'intéressé pour cette même année.

.....

Art. L. 136-6. – I. – Les personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts sont assujetties à une contribution sur les revenus du patrimoine assise sur le montant net retenu pour l'établissement de l'impôt sur le revenu, à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre des articles L. 136-3 et L. 136-7 :

- a) Des revenus fonciers ;
- b) Des rentes viagères constituées à titre onéreux ;
- c) Des revenus de capitaux mobiliers ;
- d) Abrogé ;
- e) Des plus-values, gains en capital et profits réalisés sur les marchés à terme d'instruments financiers et de marchandises, ainsi que sur les marchés d'options négociables, soumis à l'impôt sur le revenu à un taux proportionnel, de même que des distributions définies aux 7 et 8 du II de l'article 150-0 A du code général des impôts, des avantages définis aux 6 et 6 bis de l'article 200 A du même code et du gain défini à l'article 150 duodecies du même code ;
- f) De tous revenus qui entrent dans la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux, des bénéfices non commerciaux ou des bénéfices agricoles au sens du code général des impôts, à l'exception de ceux qui sont assujettis à la contribution sur les revenus d'activité et de remplacement définie aux articles L. 136-1 à L. 136-5.

Pour la détermination de l'assiette de la contribution, il n'est pas fait application des abattements mentionnés au I de

**Texte du projet de loi**

2° Au premier alinéa du I de l'article L. 136-6, après la référence : « L. 136-3 » est insérée la référence : « , L. 136-4\* ».

**Propositions de la Commission**

—

**Dispositions en vigueur**

l'article 125-0 A, à l'article 150-0 D bis et aux 2° et 5° du 3 de l'article 158 du code général des impôts, ainsi que, pour les revenus de capitaux mobiliers, des dépenses effectuées en vue de l'acquisition et de la conservation du revenu.

.....

Art. L.863-1. – Ouvrent droit à un crédit d'impôt au titre de la contribution due en application de l'article L. 862-4 les contrats d'assurance complémentaire de santé individuels souscrits auprès d'une mutuelle, d'une entreprise régie par le code des assurances ou d'une institution de prévoyance par les personnes résidant en France dans les conditions fixées à l'article L. 861-1 dont les ressources, appréciées dans les conditions prévues aux articles L. 861-2 et L. 861-2-1, sont comprises entre le plafond prévu à l'article L. 861-1 et ce même plafond majoré de 20 %. 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.

Le montant du crédit d'impôt varie selon le nombre et l'âge des personnes composant le foyer, au sens de l'article L. 861-1, couvertes par le ou les contrats.

Il est égal à 100 euros par personne âgée de moins de seize ans, à 200 euros par personne âgée de seize à quarante-neuf ans, à 350 euros par personne âgée de cinquante à cinquante-neuf ans et à 500 euros par personne âgée de soixante ans et plus. L'âge est apprécié au 1er janvier de l'année.

Les contrats d'assurance complémentaire souscrits par une même personne n'ouvrent droit qu'à un seul crédit d'impôt par an.

**Texte du projet de loi**

III. – Le présent article est applicable aux revenus perçus à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011.

**Article 18**

I. - Au premier alinéa de l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, le taux : « 20 % » est remplacé par le taux : « 30 % ».

II. - Jusqu'au 31 décembre 2011, les ressources des personnes mentionnées

**Propositions de la Commission**

—

**Article 18**

Sans modification

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 138-1. – Une contribution assise sur le chiffre d'affaires hors taxes 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 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. 596 du code de la santé publique lorsqu'elles vendent en gros des spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières, à l'exception des 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.</p>	<p>au premier alinéa de l'article L. 863-1 du même code sont comprises, par dérogation à cet article, entre le plafond prévu à l'article L. 861-1 du même code et ce même plafond majoré de 26 %.</p>	
	<p>III. - Le I s'applique aux décisions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 863-3 du même code* prises à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012. Le II s'applique aux décisions mentionnées au même alinéa prises du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 31 décembre 2011</p>	
	<p><b>Article 19</b></p> <p>Pour le calcul des contributions dues au titre de l'année 2011 en application de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale*, le taux de 0,5 % est substitué au taux K mentionné dans les tableaux figurant au même article.</p>	<p><b>Article 19</b></p> <p>Sans modification</p>
	<p><b>Article 20</b></p> <p>Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p><b>Article 20</b></p> <p><b>Supprimé</b></p>
	<p>1° Le premier alinéa de l'article L. 138-1 est complété par les mots : « sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros » ;</p>	<p><b>Amendement 101</b></p>

**Dispositions en vigueur**

—

Pour la détermination de l'assiette de la contribution, il n'est tenu compte que de la partie du prix de vente hors taxes aux officines inférieure à un montant de 150 euros augmenté de la marge maximum que les entreprises visées à l'alinéa précédent sont autorisées à percevoir sur cette somme en application de l'arrêté prévu à l'article L. 162-38.

Art. L.138-10. – I. – Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au cours de l'année civile, au titre des médicaments inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141 / 2000 précité, par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique et n'ayant pas passé convention avec le Comité économique des produits de santé, dans les conditions mentionnées au troisième alinéa ci-après, s'est accru, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, au titre des médicaments inscrits sur ladite liste, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141 / 2000 précité, par l'ensemble de ces mêmes entreprises, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année et de l'année précédente compte tenu, le cas échéant, des lois de financement rectificatives, ces entreprises sont assujetties à une contribution.

Le montant total de cette contribution est calculé comme suit :

**Cf annexe 3**

Ne sont pas redevables de cette contribution les entreprises qui ont conclu, postérieurement au 1er janvier 1999, une convention avec le Comité économique des produits de santé en

**Texte du projet de loi**

2° L'article L. 138-10 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du I, après le mot : « précité » sont insérés par deux fois les mots : « sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros » ;

**Propositions de la Commission**

—

**Dispositions en vigueur**

—

application de l'article L. 162-16-4, en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, à condition que cette convention fixe les prix de l'ensemble des médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 exploités par l'entreprise et comporte des engagements de l'entreprise portant sur l'ensemble du chiffre d'affaires concerné ou sur le chiffre d'affaires de chacun des produits concernés, dont le non-respect entraîne soit un ajustement des prix, soit le versement d'une remise en application de l'article L. 162-18 et que cette convention soit en outre conforme aux modalités définies par un accord conclu en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4, sous réserve qu'un tel accord ait été conclu. La liste de ces entreprises est arrêtée par le Comité économique des produits de santé avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

Pour l'assujettissement à la contribution, ne sont pris en compte ni le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 par les entreprises qui ne sont pas redevables de cette contribution ni le chiffre d'affaires de ces mêmes entreprises réalisé l'année précédente.

II. – Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au cours de l'année civile, au titre des spécialités pharmaceutiques inscrites sur les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 du présent code et L. 5126-4 du code de la santé publique, à l'exception des 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, par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique et n'ayant pas passé convention avec le Comité économique des produits de santé, dans les conditions mentionnées au quatrième

**Texte du projet de loi**

b) Au premier alinéa du II, après les mots : « les médicaments orphelins » et après le mot : « précité » sont insérés les mots : « sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros » ;

**Propositions de la Commission**

—

**Dispositions en vigueur**

alinéa ci-après, s'est accru, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, au titre des médicaments inscrits sur ces listes, à l'exception des 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, précité, par l'ensemble de ces mêmes entreprises, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année et de l'année précédente compte tenu, le cas échéant, des lois de financement rectificatives, ces entreprises sont assujetties à une contribution.

Le montant total de cette contribution est calculé comme suit :

**Cf. annexe 3**

Ne sont pas redevables de cette contribution les entreprises qui ont conclu une convention avec le Comité économique des produits de santé, en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, à condition que cette convention comporte des engagements de l'entreprise portant sur l'ensemble du chiffre d'affaires réalisé au titre des spécialités inscrites sur les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 du présent code et L. 5126-4 du code de la santé publique ou sur le chiffre d'affaires de chacun des produits concernés, dont le non-respect entraîne le versement d'une remise et que cette convention soit en outre conforme aux modalités définies par un accord conclu en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4, sous réserve qu'un tel accord ait été conclu. La liste de ces entreprises est arrêtée par le Comité économique des produits de santé avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

Pour l'assujettissement à la contribution, ne sont pris en compte ni le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

**Dispositions en vigueur**

France au titre des spécialités inscrites sur les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 du présent code et L. 5126-4 du code de la santé publique par les entreprises qui ne sont pas redevables de cette contribution ni le chiffre d'affaires de ces mêmes entreprises réalisé l'année précédente.

III. – Les dispositions des articles L. 138-11 à L. 138-19 sont applicables séparément à chacune des contributions prévues aux I et II du présent article.

Art. L.245-2. – I – La contribution est assise sur les charges comptabilisées au cours du ou des exercices clos depuis la dernière échéance au titre :

1° Des rémunérations de toutes natures, y compris l'épargne salariale ainsi que les charges sociales et fiscales y afférentes, des personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5122-11 du code de la santé publique, qu'elles soient ou non salariées de l'entreprise et qu'elles interviennent en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer auprès des professionnels de santé régis par les dispositions du titre Ier du livre Ier de la quatrième partie du code de la santé publique ou auprès des établissements de santé. Seules sont prises en compte les rémunérations afférentes à l'exploitation des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;

2° Des remboursements de frais de transport, à l'exclusion des charges afférentes à des véhicules mis à disposition, des frais de repas et des frais d'hébergement des personnes mentionnées au 1° ;

3° Des frais de publication et des achats d'espaces publicitaires, sauf dans la presse médicale bénéficiant d'un numéro de commission paritaire ou d'un agrément défini dans les conditions fixées par décret, dès lors qu'une spécialité pharmaceutique inscrite sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé pu-

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

blique y est mentionnée.

II.-II est procédé sur l'assiette définie au I :

1° A un abattement forfaitaire égal à 2,5 million d'euros et à un abattement de 3 % des dépenses mentionnées au 1° du I.L'abattement forfaitaire est modulé, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, lorsque la durée du ou des exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois ;

2° A un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique à l'exception de celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif décidé en application de l'article L. 162-16 du présent code, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;

3° A un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre des 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, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.

Pour les entreprises appartenant à un groupe, les abattements mentionnés aux 2° et 3° sont reportés, lorsqu'ils sont supérieurs à l'assiette de la contribution, au bénéfice d'une ou plusieurs entreprises appartenant au même groupe selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

3° Le 3° du II de l'article L. 245-2 est complété par les mots : « sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros ».

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L.134-1. – Il est institué une compensation entre les régimes obligatoires de sécurité sociale comportant un effectif minimum, autres que les régimes complémentaires au sens des articles L. 635-1, L. 644-1 et L. 921-4 du présent code et du I de l'article 1050 du code rural. Cette compensation porte sur les charges de l'assurance maladie et maternité au titre des prestations en nature et de l'assurance vieillesse au titre des droits propres.</p>	<p>I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p>Article 21</p>
<p>Livre I<sup>er</sup> Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base Titre III Dispositions communes relatives au financement Chapitre 4 Compensation Section 2 Compensation entre le régime général et les régimes de la Société nationale des chemins de fer français, des gens de mer, des mineurs et de la Régie autonome des transports parisiens (maladie, maternité, invalidité)</p>	<p>1° Au premier alinéa de l'article L. 134-1, les mots : « de l'assurance maladie et maternité au titre des prestations en nature et » sont supprimés ;</p>	<p>1° bis Dans l'intitulé de la section 2 du chapitre IV du titre III du livre I<sup>er</sup>, les mots : « gens de mer, » sont supprimés » ;</p>
<p>Art. L.134-4. – La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés prend en charge la partie des risques donnant lieu aux prestations en nature des assurances maladie et maternité prévues au livre III et à la section 1 du chapitre III du titre V du livre VII, pour l'ensemble des travailleurs salariés en activité et retraités relevant des régimes spéciaux de sécurité sociale des gens de mer, des mineurs et des agents de la Régie autonome des transports parisiens.</p>	<p>1° ter L'article L. 134-4 est ainsi modifié :</p>	<p>a) Au premier alinéa, les mots : « gens de mer, » sont supprimés » ;</p>
<p>La gestion des risques mentionnés au premier alinéa demeure assurée par les organismes propres aux régimes spéciaux en cause auxquels les intéressés restent affiliés.</p>		

**Dispositions en vigueur**

Ces organismes, ainsi que les armateurs pour les marins atteints de maladie en cours de navigation, et la Régie autonome des transports parisiens pour les agents du cadre permanent, continuent de servir l'ensemble des prestations prévues par les dispositions en vigueur.

Art. L.134-5. – Le taux des cotisations dues au régime général par les régimes spéciaux mentionnés aux articles L. 134-3 et L. 134-4, au titre des travailleurs salariés en activité ou retraités, est fixé compte tenu des charges d'action sanitaire et sociale, de gestion administrative et de contrôle médical que ces régimes continuent à assumer.

Dans les limites de la couverture prévue au premier alinéa de l'article L. 134-4 susmentionné, la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés rembourse à l'Établissement national des invalides de la marine, à la caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines et à la Régie autonome des transports parisiens les dépenses afférentes aux soins et aux prestations en nature. Elle rembourse, dans les mêmes limites, à la caisse de prévoyance de la Société nationale des chemins de fer français les prestations en nature versées par cet organisme pour le compte du régime général et à la Société nationale des chemins de fer français les dépenses afférentes aux soins médicaux et paramédicaux dispensés aux agents en activité.

Les soldes qui en résultent entre les divers régimes et la caisse nationale de l'assurance maladie sont fixés dans les conditions définies par le dernier alinéa de l'article L. 134-1.

Des décrets fixent, pour chaque régime spécial, les modalités d'application du présent article et des articles L. 134-3 et L. 134-4.

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*b) Au dernier alinéa, les mots : « Ces organismes, ainsi que les armateurs pour les marins atteints de maladie en cours de navigation, » sont remplacés par les mots : « La Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines » ;*

*1° quater Dans la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 134-5, les mots : « à l'Établissement national des invalides de la marine, » sont supprimés ;*

**Dispositions en vigueur**

—  
Livres Ier

Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre III

Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 4

Compensation

*Section 3*

Compensation entre le régime général et les régimes des clercs et employés de notaires et de la Banque de France (maladie et maternité)

« Art. L. 134-5-1. – La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés prend en charge la partie des risques donnant lieu aux prestations en nature des assurances maladie et maternité prévues au livre III, pour l'ensemble des travailleurs salariés en activité et des retraités relevant des régimes des clercs et employés de notaires et de la Banque de France.

La gestion des risques mentionnés au premier alinéa demeure assurée par les organismes propres aux régimes spéciaux en cause auxquels les intéressés restent affiliés.

Le taux des cotisations dues au régime général par les régimes des clercs et employés de notaires et de la Banque de France au titre des travailleurs salariés en activité et des retraités est fixé compte tenu des charges d'action sanitaire et sociale, de gestion administrative et de contrôle médical que ces régimes continuent à assumer. Dans les limites de la couverture prévue au premier alinéa, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés rembourse à la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires et à la caisse de prévoyance maladie de la Banque de France les dépenses afférentes aux soins et aux prestations en nature.

Les soldes qui en résultent entre ces régimes spéciaux et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sont fixés dans les condi-

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

—  
*1° quinquies* La section 3 du chapitre IV du titre III du livre I<sup>er</sup> est ainsi rédigée :

« Section 3

« Compensation entre le régime général et le régime des clercs et employés de notaires (maladie et maternité)

« Art. L. 134-5-1. – La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés prend en charge la partie des risques donnant lieu aux prestations en nature des assurances maladie et maternité prévues au livre III, pour l'ensemble des travailleurs salariés en activité et des retraités relevant du régime des clercs et employés de notaires.

« La gestion des risques mentionnés au premier alinéa demeure assurée par la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires auxquels les intéressés restent affiliés.

« Le taux des cotisations dues au régime général par le régime des clercs et employés de notaires au titre des travailleurs salariés en activité et des retraités est fixé compte tenu des charges d'action sanitaire et sociale, de gestion administrative et de contrôle médical que ce régime continue à assumer. Dans les limites de la couverture prévue au premier alinéa, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés rembourse à la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires les dépenses afférentes aux soins et aux prestations en nature.

« Les soldes qui en résultent entre ce régime et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sont fixés dans les conditions dé-

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
tions définies par le dernier alinéa de l'article L. 134-1.		<i>finies par le dernier alinéa de l'article L. 134-1.</i>
Des décrets fixent, pour chaque régime spécial, les conditions d'application du présent article.		<i>« Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret. »</i>
Art. L. 612-1. – Les charges entraînées par l'application du présent titre sont couvertes par :		<b>Amendement 102</b>
1° les cotisations des assurés ;		
2° abrogé ;		
3° une fraction du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge de certaines sociétés instituées par l'article L. 651-1 ;		
4° une fraction du produit de la contribution de solidarité instituée par l'article L. 651-10 ;		
5° les versements à intervenir au titre de la compensation instituée par l'article L. 134-1 ;	2° Le 5° de l'article L. 612-1 est abrogé ;	
6° une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7, L. 136-7-1 ;		
7° le remboursement par la Caisse nationale des allocations familiales des indemnités versées en application de l'article L. 615-19-2.		
Art. L. 651-1. – Il est institué, au profit du régime social des indépendants mentionné à l'article L. 611-1, ainsi qu'au profit du Fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1 et du Fonds de réserve pour les retraites mentionné à l'article L. 135-6, une contribution sociale de solidarité à la charge :	3° Au premier alinéa de l'article L. 651-1, les mots : « , au profit du régime social des indépendants mentionné à l'article L. 611-1*, ainsi qu'au profit du Fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1* et du Fonds de réserve pour les retraites mentionné à l'article L. 135-6*, » sont supprimés ;	
1° Des sociétés anonymes et des sociétés par actions simplifiées, quelles que soient, le cas échéant, la nature et la répartition de leur capital ;		
2° Des sociétés à responsabilité limitée ;		
3° Des sociétés en commandite ;		

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

4° Des personnes morales de droit public dans les limites de leur activité concurrentielle ;

4° bis Des groupements d'intérêt public assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée en application de dispositions du chapitre Ier du titre II de la première partie du livre Ier du code général des impôts autres que celles de l'article 256 B ;

5° Des personnes morales dont le siège est situé hors du territoire de la France métropolitaine ou des départements d'outre-mer, à raison des affaires réalisées sur ce territoire et le rendant passibles de l'impôt sur les sociétés ;

6° Des sociétés en nom collectif ;

7° Des groupements d'intérêt économique ;

8° Des groupements européens d'intérêt économique à raison des affaires réalisées sur le territoire de la France métropolitaine ou des départements d'outre-mer ;

9° Des organismes suivants, non mentionnés aux 1° à 8° :

Établissements et entreprises exerçant l'activité définie à l'article L. 511-1 du code monétaire et financier et relevant des chapitres Ier à VII ainsi que de la section 2 du chapitre VIII du titre Ier du livre V du même code, entreprises d'assurance, de capitalisation et de réassurance de toute nature régies par le code des assurances, mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du présent code et institutions de prévoyance relevant du II de l'article L. 727-2 du code rural et de la pêche maritime ;

10° Des sociétés ou organismes non visés aux 1° à 9° qui sont régis par la loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération, à l'exception de ceux visés à l'article L. 521-1 du code rural qui ont pour objet exclusif

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

d'assurer l'approvisionnement de leurs associés coopérateurs en leur procurant les produits, les équipements, les instruments et les animaux nécessaires à leurs exploitations agricoles et des sociétés coopératives agricoles ayant pour objet exclusif l'utilisation de matériels agricoles par les associés coopérateurs ;

11° Des sociétés européennes au sens de l'article L. 229-1 du code de commerce et des sociétés coopératives européennes, au sens du règlement (CE) 1435/2003 du Conseil du 22 juillet 2003 relatif au statut de la société coopérative européenne.

Au titre de chaque exercice, le produit de la contribution sociale de solidarité, minoré des frais de recouvrement et abondé du solde éventuel de l'exercice précédent, est affecté au régime social des indépendants mentionné à l'article L. 611-1, au prorata et dans la limite du déficit comptable résultant de la couverture obligatoire de base gérée par chacune des branches du régime, compte non tenu des subventions de l'Etat ni des montants de contribution sociale de solidarité attribués au titre des exercices antérieurs ou à titre d'acomptes provisionnels.

Tout ou partie du solde du produit de la contribution résultant de l'application des dispositions de l'alinéa précédent est versé soit au Fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1, soit au Fonds de réserve pour les retraites mentionné à l'article L. 135-6.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe les montants de contribution sociale de solidarité ainsi répartis entre le régime bénéficiaire, le Fonds de solidarité vieillesse et le Fonds de réserve pour les retraites. Cette répartition peut faire l'objet d'acomptes provisionnels.

4° L'article L. 651-2-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après les mots : « est affecté » sont insérés les mots : « , sous réserve de l'application du 10 de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime\* , » et les mots : « mentionné à l'article L. 611-1\* , » sont supprimés ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « soit au Fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1\* , soit au Fonds de réserve pour les retraites mentionné à l'article L. 135-6\* » sont remplacés par les mots : « au fonds mentionné à l'article L. 135-1\* dans les conditions fixées par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget » ;

c) Le dernier alinéa est supprimé.

**Dispositions en vigueur**

—

Art. L.731-2. – Le financement des prestations d'assurance maladie, invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles, à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10, est assuré par :

1° La fraction des cotisations dues par les assujettis affectée au service des prestations d'assurance maladie, invalidité et maternité des non-salariés agricoles ;

2° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, déterminée dans les conditions fixées à l'article L. 139-1 du même code ;

3° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 138-1 et L. 138-10 du même code, déterminée dans les conditions fixées à l'article L. 138-8 du même code ;

4° Le produit du droit de consommation sur les produits intermédiaires mentionné à l'article 402 bis du code général des impôts ;

5° Une fraction égale à 65, 6 % du produit du droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels mentionné à l'article 438 du même code ;

6° Le produit du droit sur les bières et les boissons non alcoolisées mentionné à l'article 520 A du même code ;

7° Le produit de la cotisation sur les boissons alcooliques instituée par l'article L. 245-7 du code de la sécurité sociale ;

8° Une fraction du produit du droit de consommation mentionné à l'article 575 du code général des impôts, déterminée par l'article 61 de la loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005 ;

**Texte du projet de loi**

II. – Le 10° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime est remplacé par les dispositions suivantes :

**Propositions de la Commission**

—

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
9° Le produit des taxes mentionnées aux articles 1010, 1609 viciés et 1618 septies du code général des impôts ;		—
10° Le versement du solde de compensation résultant, pour l'assurance maladie et maternité, de l'application de l'article L. 134-1 du code de la sécurité sociale ;	« 10° Une fraction égale à 30,89 % du produit de la contribution sociale de solidarité mentionnée à l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale ; ».	—
11° Les subventions du fonds spécial d'invalidité mentionné à l'article L. 815-26 du même code ;		—
12° Le remboursement versé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles ;		—
13° Une dotation de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés destinée à assurer l'équilibre financier de la branche ;		—
14° Les impôts, taxes et amendes qui sont affectés à la branche ;		—
15° Toute autre ressource prévue par la loi.		—
Loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005	III. – L'article 61 de la loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005 est ainsi modifié :	—
Art. 61. – Les sommes à percevoir à compter du 1er janvier 2010, au titre du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts, sont réparties dans les conditions suivantes :	1° Au premier alinéa, l'année : « 2010 » est remplacée par l'année : « 2011 » ;	—
a) Une fraction égale à 18,68 % est affectée à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole pour contribuer au financement des dépenses prévues au 2° de l'article L. 722-8 du code rural ;	2° Au a, le taux : « 18,68 % » est remplacé par le taux : « 15,44 % » ;	—
b) Une fraction égale à 1,89 % est affectée à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole pour contribuer au financement des dépenses du régime d'assurance vieillesse complé-		—

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
mentaire obligatoire mentionné à l'article L. 732-56 du même code ;	3° Au c, le taux : « 38,81 % » est remplacé par le taux : « 42,05 % ».	
c) Une fraction égale à 38, 81 % est affectée à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;		
d) Une fraction égale à 1, 48 % est affectée au Fonds national d'aide au logement mentionné à l'article L. 351-6 du code de la construction et de l'habitation ;		
e) Une fraction égale à 0, 31 % est affectée au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante institué par le III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) ;		
f) Une fraction égale à 33,36 % est affectée aux caisses et régimes de sécurité sociale mentionnés au 1 du III de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, selon les modalités prévues au dernier alinéa du 1 et aux 2 et 3 du même III ;		
g) Une fraction égale à 1, 25 % est affectée au fonds de solidarité mentionné à l'article L. 5423-24 du code du travail ;		
h) Une fraction égale à 1, 30 % est affectée à la compensation des mesures définies aux articles L. 241-17 et L. 241-18 du code de la sécurité sociale dans les conditions définies par l'article 53 de la loi n° 2007-1822 du 24 décembre 2007 de finances pour 2008 ;		
i) Une fraction égale à 2,92 % est affectée au budget général de l'Etat.		
	<b>Article 22</b>	<b>Article 22</b>
Loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires	Le paragraphe 1 <sup>er</sup> de l'article 3 de la loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires est complété par un alinéa ainsi rédigé :	
Art 3. – Par. 1 <sup>er</sup> – La caisse de retraite et de prévoyance prévue à l'article		

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

1er de la présente loi reçoit :

1° Une cotisation obligatoire pour toutes les notaires en exercice ayant des clercs et employés, ainsi que pour les chambres, caisses et organismes visés à l'article 1er. Cette cotisation est égale à un pourcentage, fixé par décret, des salaires, gratifications et avantages de toute nature alloués par les employeurs aux clercs et employés, sans exception ni réserve ;

2° Une autre cotisation obligatoire pour tous les notaires en exercice égale à un pourcentage, fixé par décret, de l'ensemble des émoluments et honoraires définis par les textes législatifs ou réglementaires en vigueur et prélevés sur le montant desdits émoluments et honoraires ;

3° Une cotisation obligatoire pour les clercs et employés visés à l'article 1er. Cette cotisation est égale à un pourcentage, fixé par décret, des salaires, gratifications et avantages de toute nature qui leur sont alloués par les employeurs, sans exception ni réserve.

Cette cotisation sera obligatoirement retenue par les notaires et autres organismes employeurs et versée par eux à la caisse en même temps que leur cotisation personnelle, à laquelle sera joint, en ce qui concerne les notaires, le produit de la cotisation visée au 2°, le tout dans les délais et conditions déterminés par le décret en Conseil d'Etat prévu à l'article 5 de la présente loi.

« 4° Une cotisation obligatoire assise sur les avantages de retraite servis par la caisse de prévoyance et de retraite des clercs et employés de notaires, à un taux et dans des conditions fixés par décret, à l'exclusion des avantages servis aux personnes ne relevant pas du régime d'assurance maladie et maternité des clercs et employés de notaires. Sont également exonérés de cette cotisation les pensionnés relevant du 2° du III de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale\* »

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>Par. 2 – Les cotisations qui ne sont pas versées dans le délai fixé par le décret en Conseil d'Etat sont passibles d'une majoration.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Article 23</b></p> <p>Est approuvé le montant de 3,4 milliards d'euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 5 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.</p> <p style="text-align: center;">Section 3 <b>Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Article 24</b></p> <p>Pour l'année 2011, les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, sont fixées :</p> <p>1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et par branche à :</p> <p style="text-align: center;"><b>Cf. tableau en annexe 1</b></p> <p>2° Pour le régime général de sécurité sociale et par branche à :</p> <p style="text-align: center;"><b>Cf. tableau en annexe 1</b></p> <p>3° Pour les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale à :</p> <p style="text-align: center;"><b>Cf. tableau en annexe 1</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Article 25</b></p> <p>Pour l'année 2011, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :</p> <p style="text-align: center;"><b>Cf. tableau en annexe 1</b></p>	<p>—</p> <p style="text-align: center;"><b>Article 23</b></p> <p>Sans modification</p> <p style="text-align: center;"><b>Article 24</b></p> <p>Sans modification (l'annexe C est modifiée, cf annexe 1)</p> <p style="text-align: center;"><b>Article 25</b></p> <p>Sans modification</p>

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

**Article 26**

Pour l'année 2011, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale :

**Cf. tableau en annexe 1**

**Article 26**

Sans modification

**Article 27**

Pour l'année 2011, est approuvé le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

**Cf. tableau en annexe 1**

**Article 27**

Sans modification

**Article 28**

I. – Pour l'année 2011, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 11,7 milliards d'euros.

II. – Pour l'année 2011, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

**Cf. tableau en annexe 1**

**Article 28**

Sans modification

**Article 29**

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2011 à 2014), 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.

**Article 29**

Sans modification

(l'annexe B est modifiée, cf annexe 1)

Section 4

**Dispositions relatives au recouvrement à la trésorerie et à la comptabilité**

**Article 30**

I. – L'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction is-

**Article 30**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 243-7. – Le contrôle de l'application des dispositions du présent code par les employeurs, personnes privées ou publiques, et par les travailleurs indépendants est confié aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général. Les agents chargés du contrôle sont assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ces agents ont qualité pour dresser en cas d'infraction auxdites dispositions des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Les unions de recouvrement les transmettent, aux fins de poursuites, au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.</p>	<p>sue de la loi n° 2008-126 du 13 février 2008 relative à la réforme de l'organisation du service public de l'emploi est ainsi modifié, à compter de la date prévue au premier alinéa du III de l'article 5 de cette loi :</p>	<p><i>...travail des cotisations et contributions recouvrées pour le compte de l'organisme gestionnaire du régime visé à l'article L. 611-1, dans le respect des dispositions prévues à l'article L.133-6 du présent code et des...</i></p>
<p>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 des cotisations destinées au financement des régimes de retraites complémentaires obligatoires mentionnés au chapitre Ier du titre II du livre IX pour le compte des institutions gestionnaires de ces régimes. Le résultat de ces vérifications est transmis auxdites institutions aux fins de recouvrement.</p>	<p>1° La première phrase du deuxième alinéa est complétée par les mots : « , des cotisations et contributions recouvrées pour le compte de l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage par les organismes mentionnés aux c et e de l'article L. 5427-1 du code du travail et des cotisations destinées au financement des régimes mentionnés au titre I<sup>er</sup> du livre VII du présent code » ;</p>	<p><b>Amendement 121</b></p>
<p>Des conventions conclues entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et, les organismes nationaux qui fédèrent les institutions relevant du chapitre Ier du titre II du livre IX du présent code 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.</p>	<p>2° Le troisième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« Pour la mise en œuvre de l'alinéa précédent, des conventions conclues entre, d'une part, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et, d'autre part, les organismes nationaux qui fédèrent les institutions relevant du chapitre I<sup>er</sup> du titre II du livre IX du présent code, les organismes mentionnés aux c et e de l'article L. 5427-1 du code du travail*, l'organisme gestionnaire du régime d'assu-</p>	

**Dispositions en vigueur**

—

Le contrôle de l'application de la législation de sécurité sociale au titre des cotisations et contributions sociales dont les services déconcentrés de l'Etat sont redevables auprès du régime général est assuré par les organismes visés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 qui reçoivent leurs déclarations et paiements.

La Cour des comptes est compétente pour contrôler les administrations centrales de l'Etat. Elle peut demander l'assistance des organismes mentionnés à l'alinéa précédent et notamment requérir la mise à disposition d'inspecteurs du recouvrement.

Il est fait état du résultat des contrôles mentionnés aux deux alinéas précédents dans le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale prévu à l'article LO 132-3 du code des juridictions financières.

**Texte du projet de loi**

rance chômage et les organismes nationaux chargés de la gestion des régimes prévus au titre I<sup>er</sup> du livre VII du présent code qui en font la demande 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. »

**Propositions de la Commission**

—

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

Loi n° 2008-126 du 13 février 2008 relative à la réforme de l'organisation du service public de l'emploi

Art.5. – I .....

III.– Les I et II entrent en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1er janvier 2012.

A compter de la création de l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du code du travail, dans les conditions prévues à l'article 9 de la présente loi, et jusqu'à la date mentionnée au premier alinéa du présent III, le recouvrement des contributions mentionnées aux articles L. 321-4-2, L. 351-3-1 et L. 351-14 du même code est assuré pour le compte de l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage par l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 dudit code dans les formes et conditions et sous le régime contentieux en vigueur avant la publication de la présente loi. Celle-ci assure également le recouvrement des cotisations prévues à l'article L. 143-11-6 du même code pour le compte du régime d'assurance prévu à l'article L. 143-11-1 dudit code, en application d'une convention passée avec l'association mentionnée à l'article L. 143-11-4 du même code et dans les formes et conditions et sous le régime contentieux en vigueur avant la publication de la présente loi.

Pendant la période mentionnée au deuxième alinéa du présent III, les contributions et cotisations mentionnées aux articles L. 321-4-2, L. 351-3-1, L. 351-14 et L. 143-11-6 du même code exigibles avant la création de l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du même code sont recouvrées par l'institution mentionnée au même article L. 311-7.

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

Les contributions et cotisations mentionnées aux articles L. 321-4-2, L. 351-3-1, L. 351-14 et L. 143-11-6 du même code exigibles avant la date mentionnée au premier alinéa du présent III continuent à être recouvrées, à compter de cette date, par l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du même code, dans les formes et conditions applicables selon les dispositions en vigueur avant cette date.

Pendant la période mentionnée au deuxième alinéa du présent III :

1° Les agents des services des impôts ainsi que ceux des organismes de sécurité sociale peuvent communiquer à l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du même code les renseignements nécessaires à l'assiette des cotisations et contributions ;

2° Les informations détenues par les organismes de sécurité sociale peuvent être rapprochées de celles détenues par l'institution mentionnée au même article L. 311-7 pour la vérification du versement des contributions et cotisations ;

3° Pour procéder à la vérification du versement des contributions et cotisations leur incombant, la caisse de congés des professions de la production cinématographique et audiovisuelle et des spectacles, les institutions des régimes complémentaires de retraite de ces professions et l'institution mentionnée au même article L. 311-7 peuvent rapprocher leurs informations.

II. – Le quatrième alinéa du III de l'article 5 de la loi n° 2008-126 du 13 février 2008 précitée est complété par les mots : « , et contrôlées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1\* et L. 752-4 du code de la sécurité sociale\* ainsi qu'à l'article L. 723-1 du code rural et de la pêche maritime\* ».

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

Code de la sécurité sociale

Art. 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 oeuvre sont fixées par convention établie entre l'organisme national et les organismes locaux ou régionaux. Les directeurs signent la convention, après avis des conseils d'administration des organismes locaux ou régionaux concernés.

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

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

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

III. – La première phrase du troisième alinéa du I de l'article L. 216-2-1 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « , sauf en ce qui concerne le traitement des litiges et des contentieux y afférents ainsi que de leurs suites qui sont précisés par décret ».

**Dispositions en vigueur**

Art. L. 243-1-2.—L'employeur dont l'entreprise ne comporte pas d'établissement en France remplit ses obligations relatives aux déclarations et versements des contributions et cotisations sociales d'origine légale ou conventionnelle auxquelles il est tenu au titre de l'emploi de personnel salarié auprès d'un organisme de recouvrement unique, désigné par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Pour remplir ses obligations, l'employeur peut désigner un représentant résidant en France qui est personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues.

Les modalités d'application du présent article sont, en tant que de besoin, déterminées par décret en Conseil d'État.

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

**Article additionnel après l'article 30**

*I.— L'article L. 243-1-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :*

*« 1° Le premier alinéa est précédé de la mention : « I.— » ;*

*« 2° Au premier alinéa, après les mots : « L'employeur dont l'entreprise ne comporte pas d'établissement en France », sont insérés les mots : « ou, s'il est un particulier, qui n'est pas considéré comme domicilié en France pour l'établissement de l'impôt sur le revenu et souhaite bénéficier de cette faculté, » ;*

*« 3° La dernière phrase du premier alinéa est supprimée ;*

*« 4° Il est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :*

*« II.— L'employeur mentionné au I peut bénéficier, s'il est un particulier, des dispositions du 1° de l'article L. 1271-1-1 et des articles L. 1271-2 à L. 1271-5 du code du travail ainsi que des articles L. 133-8 à L. 133-8-2 du présent code, relatives au chèque emploi-service universel, ou s'il est une entreprise, des dispositions des articles L. 1273-3 à L. 1273-6 du code du travail et de l'article L. 133-5-2 du présent code, relatives au titre emploi-service entreprise. Pour l'application de ces dispositions, l'employeur s'acquitte de ses obligations sociales auprès de l'organisme mentionné au I, qui se substitue à l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-8 et à l'organisme habilité mentionné à l'article L. 133-5-2. Les documents établis par l'organisme mentionné au I, notamment le bulletin de salaire ou l'attestation d'emploi à remettre au salarié, sont transmis à l'employeur sous forme électronique.*

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

« Lorsque le salarié est employé pour une durée maximale fixée par décret et que sa rémunération n'excède pas un montant fixé par ce même décret, les cotisations et contributions sociales dues peuvent être payées par avance auprès de l'organisme mentionné au I et sur une base forfaitaire, en fonction de la durée totale de la période d'emploi ou du séjour en France. Dans ce cas, les dispositions des articles L. 133-7 et L. 241-10 ne sont pas applicables.

« III. – Les déclarations sociales de l'employeur mentionné au I sont transmises audit organisme de recouvrement par voie électronique dans les conditions prévues à l'article L. 133-5. Les cotisations et contributions sociales dues sont réglées par les moyens de paiement prévus par décret.

« IV. – Un décret fixe les modalités d'application du présent article. »

**Amendement 121**

**Article 31**

I. – Le I de l'article L. 133-6-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie est ainsi modifié :

**Article 31**

I. – Le ...

...issue du a du 7° du I de l'article 1<sup>er</sup> de la ...

**Amendement 123**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L.133-6-2. – I. – Les données nécessaires au calcul et au recouvrement des cotisations et contributions sociales mentionnées aux articles L. 133-6 et L. 642-1 et de la cotisation due par les travailleurs indépendants mentionnés au c du 1° de l'article L. 613-1 peuvent être obtenues par les organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 selon les modalités prévues par l'article L. 114-14.</p>	<p>1° Au premier alinéa, les mots : « peuvent être » sont remplacés par le mot : « sont » ;</p>	<p>2° La ... ... remplacée par <i>deux phrases ainsi rédigées : « Le travailleur indépendant peut transmettre les données mentionnées au premier alinéa en souscrivant auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations et contributions une déclaration préalable. Lorsque ces données ...</i></p>
<p>Lorsque ces données ne peuvent pas être obtenues dans les conditions prévues au premier alinéa, les organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 en informent les travailleurs non salariés des professions non agricoles, qui les leur communiquent par déclaration. Cette procédure s'applique également en cas de cessation d'activité.</p>	<p>« Lorsque ces données ne peuvent pas être obtenues dans les conditions prévues au premier alinéa et que le travailleur indépendant n'a pas souscrit de déclaration auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations et contributions sociales, ceux-ci en informent le travailleur indépendant qui les leur communique. ».</p>	<p>... communique. ».</p>
<p>II.– Lorsque les données relèvent de l'article L. 642-1, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 les transmettent aux organismes mentionnés à l'article L. 641-1.</p>	<p>II. – La déclaration prévue au deuxième alinéa du I de l'article L. 133-6-2 du même code dans sa rédaction issue de la présente loi est effectuée en 2011 à titre obligatoire et conformément aux dispositions de cet article dans sa rédaction en vigueur avant la publication de la présente loi.</p>	<p><b>Amendement 124</b></p>

**Dispositions en vigueur**

—

Art. L. 651-5-1. – L'organisme chargé du recouvrement de la contribution peut obtenir des administrations fiscales communication des éléments nécessaires à la détermination de son assiette et de son montant dans les conditions prévues à l'article L. 152 du livre des procédures fiscales. Les sociétés et entreprises mentionnées à l'article L. 651-1 sont tenues de fournir, à la demande de l'organisme de recouvrement, tous renseignements et documents nécessaires à la détermination de l'assiette de la contribution et de son montant, dans un délai de soixante jours. Le délai de reprise de la créance de contribution, mentionné au premier alinéa de l'article L. 244-3, est interrompu à la date d'envoi de la demande. Le contrôle des déclarations transmises par les sociétés et entreprises assujetties à la contribution sociale de solidarité est effectué dans les conditions prévues aux articles L. 113 et L. 161 du livre des procédures fiscales.

**Texte du projet de loi**

**Article 32**

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 651-5-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 651-5-1. – I. – L'organisme chargé du recouvrement de la contribution peut obtenir des administrations fiscales communication des éléments nécessaires à la détermination de son assiette et de son montant dans les conditions prévues à l'article L. 152 du livre des procédures fiscales\*.

« II. – Les sociétés et entreprises mentionnées à l'article L. 651-1\* sont tenues de fournir, à la demande de l'organisme de recouvrement, tous renseignements et documents nécessaires à la détermination de l'assiette de la contribution et de son montant dans un délai de soixante jours. Lorsque le redevable a répondu de façon insuffisante à cette demande, l'organisme de recouvrement le met en demeure de compléter sa réponse dans un délai de trente jours en précisant les compléments de réponse attendus.

« Le délai de reprise de la créance de contribution mentionné au premier alinéa de l'article L. 244-3\* est interrompu à la date d'envoi des demandes mentionnées à l'alinéa précédent.

« Le contrôle des déclarations transmises par les sociétés et entreprises assujetties à la contribution sociale de solidarité est effectué dans les conditions prévues par l'article L. 113 du livre des procédures fiscales.

« III. – En cas de défaut de réponse à la demande de renseignements et de documents ou à la mise en demeure mentionnée au II ou en cas de réponse insuffisante à la mise en demeure, il est appliqué une majoration dans la limite de 5 % du montant des sommes dues par le redevable.

**Propositions de la Commission**

—

« Le délai ...

men-  
tionnées au premier alinéa du présent II.

**Amendement 125**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

—

—

« IV. – L'organisme de recouvrement ayant constaté une inexactitude, une insuffisance, une omission ou une dissimulation dans les éléments servant au calcul de la contribution notifiée au redevable, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, un document mentionnant l'objet des opérations de contrôle, les documents consultés, la période vérifiée, le mode de calcul et le montant de la rectification envisagée.

« Lorsque le redevable n'a pas répondu dans les délais prescrits à la demande et, le cas échéant, à la mise en demeure mentionnées au II ou que sa réponse demeure insuffisante, le montant des rectifications envisagées est estimé selon les règles fixées par le neuvième alinéa de l'article L. 651-5\*.

« Le redevable dispose d'un délai de trente jours pour faire part à l'organisme de recouvrement de sa réponse.

« L'organisme de recouvrement est tenu de notifier à l'intéressé, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, la modification de la rectification envisagée dès lors que les observations fournies par le redevable sont reconnues fondées ou de motiver leur rejet.

« L'organisme de recouvrement ne peut engager la mise en recouvrement de la contribution et des majorations avant l'expiration du délai de réponse mentionné au troisième alinéa. » ;

2° L'article L. 651-5-2 est abrogé

« Lorsque...

...montant de la rectification envisagée est estimé...

... l'article L. 651-5\*.

**Amendement 126**

Art. L. 651-5-2 – Le fait pour toute personne assujettie à la contribution sociale de solidarité de n'avoir pas fourni, dans les conditions fixées par décret, la déclaration prévue à l'article L. 651-5 ou d'avoir sciemment communiqué des renseignements inexacts ou incomplets dans cette déclaration, sera puni d'une amende de 9 000 euros.

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

3° Après l'article L. 651-5-3\*, il est inséré trois articles L. 651-5-4 à L. 651-5-6 ainsi rédigés :

« Art. L. 651-5-4. – I.–Le défaut de production par le redevable, dans les délais prescrits, de la déclaration de son chiffre d'affaires prévue à l'article L. 651-5 entraîne l'application d'une majoration fixée dans la limite de 10 % du montant de la contribution mise à sa charge ou résultant de la déclaration produite tardivement.

« II. – Une majoration identique à celle mentionnée au I est applicable sur le supplément de contribution mis à la charge du redevable en cas de rectifications mentionnées au IV de l'article L. 651-5-1\*.

« Art. L. 651-5-5. – Une majoration fixée dans la limite de 10 % est appliquée de plein droit à la contribution sociale de solidarité qui n'a pas été acquittée aux dates limites de versement de la contribution. Toute contribution restée impayée plus d'un an après ces dates est augmentée de plein droit d'une nouvelle majoration fixée dans la limite de 4,8 % par année ou par fraction d'année de retard.

« Art. L. 651-5-6. – Les majorations mentionnées à l'article L. 651-5-3\*, au I de l'article L. 651-5-4\* et à l'article L. 651-5-5\* sont applicables dans le cadre de la taxation d'office à titre provisionnel prévue pour le recouvrement de la contribution sociale de solidarité. » ;

3° L'article L. 651-9 est ainsi modifié :

a) La deuxième phrase du premier alinéa est remplacée par les dispositions suivantes :

« Il détermine en particulier les modalités de recouvrement de la contribution et des majorations mentionnées aux articles L. 651-5-1\* et L. 651-5-3\* à L. 651-5-5\* » ;

« II. – Une ...

...redevable *en cas d'application des rectifications* ...  
...L. 651-5-1.

**Amendement 127**

« II.–

Un décret fixe les conditions d'application des articles L. 651-1 à L. 651-8. Il détermine en particulier les modalités de recouvrement de la contribution et des majorations de retard ainsi que celles des majorations prévues à l'article L. 651-5-3.

**Dispositions en vigueur**

—  
Ces majorations peuvent faire l'objet d'une remise totale ou partielle décidée par le directeur de l'organisme visé à l'article L. 651-4. Ces décisions peuvent faire l'objet d'un recours devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale qui statuent en dernier ressort.

Code monétaire et financier

Art. L.213-3. – Sont habilités à émettre des titres de créances négociables :

1. Les établissements de crédit, les entreprises d'investissement et la caisse des dépôts et consignations, sous réserve de respecter les conditions fixées à cet effet par le ministre chargé de l'économie ;

2. Les entreprises autres que celles mentionnées au 1, sous réserve de remplir les conditions de forme juridique, de capital et de contrôle des comptes requises pour procéder à une offre au public de titres financiers ou à une admission de titres financiers aux négociations sur un marché réglementé et dont le capital social est précisé par décret, ou des conditions équivalentes pour les entreprises ayant un siège social à l'étranger ;

3. Les entreprises du secteur public dès lors qu'elles remplissent les conditions fixées au 2 ;

4. Les entreprises du secteur public ne disposant pas de capital social mais qui sont autorisées à procéder à une offre au public ;

5. Les groupements d'intérêt économique et les sociétés en nom collectif, composés exclusivement de sociétés par actions satisfaisant aux conditions prévues au 2 ;

6. Les institutions de la Communauté européenne et les organisations internationales ;

7. La caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'article 1<sup>er</sup> de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la

**Texte du projet de loi**

b) Le second alinéa est supprimé.

**Propositions de la Commission**

—  
b) *supprimé*

**Amendement 128**

*Article additionnel après l'article 32*

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>dette sociale ;</p> <p>8. Les collectivités locales et leurs groupements ;</p> <p>9. Les associations régies par la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association ou par les articles 21 à 79 du code civil local applicable dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle et répondant aux conditions prévues pour l'émission d'obligations par appel public à l'épargne ;</p> <p>10. Les Etats ;</p> <p>11. Les organismes de titrisation ;</p> <p>12. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.</p> <p>Un décret précise les conditions que doivent remplir les émetteurs mentionnés aux 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 et 12 et fixe les conditions d'émission des titres de créances négociables.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Article 33</b></p> <p>Sont habilités à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les régimes obligatoires de base mentionnés dans le tableau ci-dessous, dans les limites indiquées :</p> <p style="text-align: center;"><b>Cf. tableau en annexe 1</b></p> <p>Par dérogation au tableau ci-dessus, le montant maximal de ressources non permanentes pour le régime général est fixé à 58 000 millions d'euros entre le 1<sup>er</sup> janvier 2011 et le 31 mai 2011.</p> <p style="text-align: center;"><b>Cf. tableau en annexe 1</b></p>	<p style="text-align: center;"><i>Avant le dernier alinéa de l'article L. 213-3 du code monétaire et financier, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</i></p> <p style="text-align: center;"><i>« 13° Les établissements publics de santé visés à l'article L. 6141-1 du code de la santé publique. »</i></p> <p style="text-align: center;"><b>Amendement 129</b></p>
	<p style="text-align: center;"><b>Article 33</b></p> <p>Sans modification</p>	<p style="text-align: center;"><b>Article 33</b></p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
Code de la sécurité sociale	<p style="text-align: center;"><b>QUATRIÈME PARTIE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'ANNÉE 2011</b></p> <p style="text-align: center;">Section 1 <b>Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Article 34</b></p> <p>L'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p style="text-align: center;"><b>Article 34</b></p> <p>I.-</p>
<p>Art. L. 114-4-1. – Le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie est chargé d'alerter le Parlement, le Gouvernement, les caisses nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement. Le comité est composé du secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale, du directeur général de l'Institut national de la statistique et des études économiques et d'une personnalité qualifiée nommée par le président du Conseil économique, social et environnemental.</p>	<p>1° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Chaque année, au plus tard le 15 avril, le comité rend un avis dans lequel il analyse les anticipations de réalisation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'année précédente en se fondant sur les données statistiques disponibles. Il en déduit les conséquences sur le respect de l'objectif de l'exercice en cours. » ;</p>	<p>« Chaque ... ... avis <i>public</i> dans ...</p> <p>... en cours. » ;</p>
<p>Chaque année, au plus tard le 1<sup>er</sup> juin, et en tant que de besoin, le comité rend un avis sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour l'exercice en cours. Il analyse notamment l'impact des mesures</p>		<p style="text-align: right;"><b>Amendement 130</b></p>

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

conventionnelles et celui des déterminants conjoncturels et structurels des dépenses d'assurance maladie. Il analyse les conditions d'exécution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour l'année précédente et le risque qui en résulte pour le respect de l'objectif de l'année en cours.

Lorsque le comité considère qu'il existe un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent l'objectif national de dépenses d'assurance maladie avec une ampleur supérieure à un seuil fixé par décret qui ne peut excéder 1 %, il le notifie au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie. Celles-ci proposent des mesures de redressement. Le comité rend un avis sur l'impact financier de ces mesures et, le cas échéant, de celles que l'État entend prendre pour sa part qui sont transmises dans un délai d'un mois au comité par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Le comité notifie également le risque sérieux de dépassement à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire qui propose des mesures de redressement.

2° Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le comité examine également les éléments ayant permis l'élaboration de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie projeté pour l'année à venir. S'il constate, compte tenu des données dont il dispose, que cet objectif ne peut manifestement pas être respecté au vu de l'évolution prévisionnelle de la dépense, il rend un avis explicitant ses réserves, au plus tard le 15 octobre. »

Code de la sécurité sociale

Art. L. 162-14-1-1. I. — Toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-14-1 ou des rémunérations mentionnées par les conventions ou accords prévus aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14,

**Dispositions en vigueur**

L. 162-32-1 et L. 322-5-2 entre en vigueur au plus tôt à l'expiration d'un délai de six mois à compter de l'approbation prévue à l'article L. 162-15 de la convention, de l'accord ou de l'avenant comportant cette mesure.

II. — Lorsque le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie au sens du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de celui des sous-objectifs mentionnés au 3° du D du I de l'article LO 111-3 comprenant les dépenses de soins de ville, l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation au cours de l'année des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-14-1 ou des rémunérations mentionnées par les conventions ou accords prévus aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-32-1 et L. 322-5-2 est suspendue, après consultation des parties signataires à la convention nationale concernée. A défaut d'un avenant fixant à nouveau une date d'entrée en vigueur des revalorisations compatible avec les mesures de redressement mentionnées à l'article L. 114-4-1, l'entrée en vigueur est reportée au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

Art. L. 162-1-7 – La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé, dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice salarié auprès d'un autre professionnel de santé libéral, ou en centre de santé ou dans un établissement ou un service médico-social, ainsi que, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005, d'un exercice salarié dans un établissement de

**Texte du projet de loi**

**Article 35**

L'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

**Propositions de la Commission**

*II. – Au premier alinéa de l'article L. 162-14-1-1, le chiffre « six » est remplacé par le chiffre « trois »*

**Amendement 131**

**Article 35**

Sans modification

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

santé, à l'exception des prestations mentionnées à l'article L. 165-1, est subordonné à leur inscription sur une liste établie dans les conditions fixées au présent article. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation. Lorsqu'il s'agit d'actes réalisés en série, ces conditions de prescription peuvent préciser le nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire en application de l'article L. 315-2 pour poursuivre à titre exceptionnel la prise en charge, sur le fondement d'un référentiel élaboré par la Haute Autorité de santé ou validé par celle-ci sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

La hiérarchisation des prestations et des actes est établie dans le respect des règles déterminées par des commissions créées pour chacune des professions dont les rapports avec les organismes d'assurance maladie sont régis par une convention mentionnée à l'article L. 162-14-1. Ces commissions, présidées par une personnalité désignée d'un commun accord par leurs membres, sont composées de représentants des syndicats représentatifs des professionnels de santé et de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Un représentant de l'État assiste à leurs travaux.

Les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. 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.

Les décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la

**Dispositions en vigueur**

santé et de la sécurité sociale. Le ministre chargé de la santé peut procéder d'office à l'inscription ou à la radiation d'un acte ou d'une prestation pour des raisons de santé publique par arrêté pris après avis de la Haute Autorité de santé. Dans ce cas, il fixe la hiérarchisation de l'acte ou de la prestation dans le respect des règles mentionnées ci-dessus. Les tarifs de ces actes et prestations sont publiés au Journal officiel de la République française.

Art. L. 162-1-7 – La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé, dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice salarié auprès d'un autre professionnel de santé libéral, ou en centre de santé ou dans un établissement ou un service médico-social, ainsi que, à compter du 1er janvier 2005, d'un exercice salarié dans un établissement de santé, à l'exception des prestations mentionnées à l'article L. 165-1, est subordonné à leur inscription sur une liste établie dans les conditions fixées au présent article. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation. Lorsqu'il s'agit d'actes réalisés en série, ces conditions de prescription peuvent préciser le nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire en application de l'article L. 315-2 pour poursuivre à titre exceptionnel la prise en charge, sur le fondement d'un référentiel élaboré par la

**Texte du projet de loi**

« Tout acte nouvellement inscrit fait l'objet d'un examen en vue d'une nouvelle hiérarchisation dans les cinq ans qui suivent l'entrée en vigueur de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie mentionnée au troisième alinéa. »

**Propositions de la Commission**

**Article additionnel après l'article 35**

*Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :*

**Dispositions en vigueur**

Haute Autorité de santé ou validé par celle-ci sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

La hiérarchisation des prestations et des actes est établie dans le respect des règles déterminées par des commissions créées pour chacune des professions dont les rapports avec les organismes d'assurance maladie sont régis par une convention mentionnée à l'article L. 162-14-1. Ces commissions, présidées par une personnalité désignée d'un commun accord par leurs membres, sont composées de représentants des syndicats représentatifs des professionnels de santé et de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Un représentant de l'État assiste à leurs travaux.

Les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. 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.

Les décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le ministre chargé de la santé peut procéder d'office à l'inscription ou à la radiation d'un acte ou d'une prestation pour des raisons de santé publique par arrêté pris après avis de la Haute Autorité de santé. Dans ce cas, il fixe la hiérarchisation de l'acte ou de la prestation dans le respect des règles mentionnées ci-dessus. Les tarifs de ces actes et prestations sont publiés au Journal officiel de la République française.

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*« 1° À la fin de la deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7, après les mots : « caisses d'assurance maladie », sont insérés les mots : « et des représentants des fédérations représentatives de l'hospitalisation ;*

## Dispositions en vigueur

Art. L. 162-1-13 – Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-16-1 et L. 322-5-2 sont définis par un accord-cadre conclu par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et l'Union nationale des professionnels de santé.

Cet accord-cadre ne s'applique à une des professions susmentionnées que si au moins une organisation syndicale représentative de cette profession l'a signé.

Cet accord-cadre, conclu pour une durée au plus égale à cinq ans, fixe des dispositions communes à l'ensemble des professions entrant dans le champ des conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre, à l'article L. 162-16-1 et à l'article L. 322-5-2. Il peut notamment déterminer les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des professionnels de santé exerçant en ville, ainsi que les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés et une meilleure coordination des soins ou pour promouvoir des actions de santé publique.

Art. L. 162-15 – Les conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre, l'accord-cadre prévu à l'article L. 162-1-13 et les accords conventionnels interprofessionnels prévus à l'article L. 162-14-1, leurs annexes et avenants sont transmis, au nom des parties signataires, lors de leur conclusion ou d'une tacite reconduction, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Conseil national de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des masseurs-kinésithérapeutes, des infirmiers ou des pédicures-podologues est consulté par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie de ces professions. L'avis rendu est transmis simultanément à l'union et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

## Texte du projet de loi

## Propositions de la Commission

*« 2° À la fin du premier alinéa de l'article L. 162-1-13, après les mots : « professionnels de santé », sont insérés les mots : « et des représentants des fédérations représentatives de l'hospitalisation » ;*

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

L'accord-cadre, les accords conventionnels interprofessionnels, les conventions, annexes et avenants sont approuvés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ils sont réputés approuvés si les ministres n'ont pas fait connaître aux signataires, dans le délai de vingt et un jours à compter de la réception du texte, qu'ils s'opposent à leur approbation du fait de leur non-conformité aux lois et règlements en vigueur ou pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire ou lorsqu'il est porté atteinte au principe d'un égal accès aux soins.

Toutefois, lorsque la non-conformité aux lois et règlements en vigueur de l'accord-cadre, des accords conventionnels interprofessionnels, de la convention, de l'avenant ou de l'annexe concerne seulement une ou plusieurs dispositions divisibles, les ministres compétents peuvent, dans le délai prévu ci-dessus, disjoindre cette ou ces seules dispositions de l'approbation. Ils notifient cette disjonction à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Ils peuvent également, dans les mêmes conditions, lorsque l'accord-cadre, une convention ou un avenant a pour objet de rendre opposables les références professionnelles mentionnées à l'article L. 162-12-15, exclure certaines références de l'approbation dans l'intérêt de la santé publique. Il est fait mention de ces exclusions lors de la publication.

L'opposition formée à l'encontre d'une convention ou d'un accord prévu à la section 1 du présent chapitre par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 réunissant la majorité des suffrages exprimés, dans chacun des trois collèges, lors des élections à l'union régionale des professionnels de santé regroupant les médecins fait obstacle à sa mise en œuvre.

L'opposition formée à l'encontre d'une convention ou d'un accord prévu aux sections 2 et 3 du présent chapitre, de l'accord-cadre prévu à l'article L. 162-1-13 et des accords convention-

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

nels interprofessionnels prévus à l'article L. 162-14-1 par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 réunissant la majorité des suffrages exprimés lors des élections aux unions régionales des professionnels de santé prévues à l'article L. 4031-2 du code de la santé publique fait obstacle à sa mise en œuvre.

Pour les professions pour lesquelles, en application de l'article L. 4031-2 du même code, ne sont pas organisées d'élections aux unions régionales des professionnels de santé, l'opposition fait obstacle à la mise en œuvre de la convention ou de l'accord si elle est formée par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 du présent code réunissant au moins le double des effectifs de professionnels représentés par les organisations syndicales signataires.

L'accord-cadre, les accords conventionnels interprofessionnels, les conventions et leurs avenants approuvés sont publiés au Journal officiel de la République française.

L'accord-cadre, les conventions nationales, leurs avenants, le règlement et les accords de bon usage des soins mentionnés à l'article L. 162-12-17 sont applicables :

1° Aux professionnels de santé qui s'installent en exercice libéral ou qui souhaitent adhérer à la convention pour la première fois s'ils en font la demande ;

2° Aux autres professionnels de santé tant qu'ils n'ont pas fait connaître à la caisse primaire d'assurance maladie qu'ils ne souhaitent plus être régis par ces dispositions.

## Dispositions en vigueur

Art L. 162-15 – L'Union nationale des caisses d'assurance maladie soumet pour avis à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, avant transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-14-1 ou des rémunérations mentionnées par les conventions ou accords prévus aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-32-1 et L. 322-5-2. Cet avis est réputé rendu au terme d'un délai de vingt et un jours à compter de la réception du texte. Il est transmis à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, qui en assure la transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale simultanément à celle de la convention, l'avenant, l'accord-cadre ou l'accord interprofessionnel. Le présent alinéa ne s'applique pas lorsque l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire participe aux négociations dans les conditions prévues à l'article L. 162-14-3.

Art. L. 162-15 – Les conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre, l'accord-cadre prévu à l'article L. 162-1-13 et les accords conventionnels interprofessionnels prévus à l'article L. 162-14-1, leurs annexes et avenants sont transmis, au nom des parties signataires, lors de leur conclusion ou d'une tacite reconduction, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Conseil national de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des masseurs-kinésithérapeutes, des infirmiers ou des pédicures-podologues est consulté par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie de ces professions. L'avis rendu est transmis

## Texte du projet de loi

## Propositions de la Commission

« 3° Dans la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 162-15, après les mots : « pour avis à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire », sont insérés les mots : « et aux représentants des fédérations représentatives de l'hospitalisation ».

### Amendement 132

### Article additionnel après l'article 35

Le premier alinéa de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

**Dispositions en vigueur**

simultanément à l'union et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

L'accord-cadre, les accords conventionnels interprofessionnels, les conventions, annexes et avenants sont approuvés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ils sont réputés approuvés si les ministres n'ont pas fait connaître aux signataires, dans le délai de vingt et un jours à compter de la réception du texte, qu'ils s'opposent à leur approbation du fait de leur non-conformité aux lois et règlements en vigueur ou pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire ou lorsqu'il est porté atteinte au principe d'un égal accès aux soins.

.....

Le Comité économique des produits de santé peut fixer par convention ou, à défaut, par décision les prix des produits et prestations mentionnés à l'ar-

**Texte du projet de loi**

**Article 36**

L'article L. 165-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Il est inséré au début du premier alinéa un « I » ;

**Propositions de la Commission**

*« Les fédérations représentatives de l'hospitalisation publique et privée sont également consultées par l'Union nationale des caisses d'assurances maladie sur les dispositions conventionnelles susceptibles de comporter des incidences sur le financement et le fonctionnement des établissements de santé. »*

**Amendement 133**

**Article additionnel après l'article 35**

*Le ministre chargé de la santé soumet à l'avis de la Haute Autorité de santé l'inscription du second avis des experts anatomopathologistes sur la liste des actes médicaux pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie établie selon les modalités définies par l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.*

**Amendement 134**

**Article 36**

Sans modification

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

—

ticle L. 165-1 dans les conditions prévues à l'article L. 162-38. Lorsque le produit ou la prestation est inscrit sous forme de nom de marque ou de nom commercial, la convention est établie entre le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation concerné et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.

Lorsque les produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 sont inscrits par description générique, la convention est établie entre un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique ou, le cas échéant, une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.

2° Il est complété par un II ainsi rédigé :

« II. – Le cadre des conventions mentionnées au I peut être précisé par un accord conclu entre le comité économique des produits de santé et un ou plusieurs syndicats représentatifs ou organisations regroupant les fabricants ou distributeurs des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1\*.

« Sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-17-4\*, cet accord cadre prévoit notamment les conditions dans lesquelles les conventions déterminent :

« 1° Les modalités d'échanges d'informations avec le comité en matière de suivi et de contrôle des dépenses de produits et prestations remboursables ;

« 2° Les conditions et les modalités de mise en œuvre par les fabricants ou distributeurs d'études de suivi postérieures à l'inscription des produits et prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1\*.

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

« En cas de manquement par un fabricant ou un distributeur à un engagement souscrit en application du 2°, le comité économique des produits de santé peut prononcer, après que le fabricant ou le distributeur a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ce fabricant ou distributeur.

« Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou le distributeur au titre des produits ou prestations objets de l'engagement souscrit, durant les douze mois précédant la constatation du manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'importance du manquement constaté.

« La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1\* désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. 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 règles, délais de procédure et modes de calcul de la pénalité financière mentionnée au présent II, ainsi que la répartition de son produit entre les organismes de sécurité sociale, sont définis par décret en Conseil d'État. »

Code de l'éducation

Art. L. 632-6 – Chaque année, en arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale détermine le nombre d'étudiants qui, admis à poursuivre des études médicales à l'issue de la première année du premier cycle ou ultérieurement au cours de ces études, peuvent signer avec le Centre national de gestion mentionné à l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 jan-

*Article additionnel après l'article 36*

*I.– L'article L. 632-6 du code de l'éducation est ainsi modifié :*

**Dispositions en vigueur**

—

vier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière un contrat d'engagement de service public.

Ce contrat ouvre droit, en sus des rémunérations auxquelles les étudiants et internes peuvent prétendre du fait de leur formation, à une allocation mensuelle versée par le centre national de gestion jusqu'à la fin de leurs études médicales. En contrepartie de cette allocation, les étudiants s'engagent à exercer leurs fonctions à titre libéral ou salarié, à compter de la fin de leur formation, dans les lieux d'exercice mentionnés au quatrième alinéa. La durée de leur engagement est égale à celle pendant laquelle l'allocation leur a été versée et ne peut être inférieure à deux ans. Pendant la durée de cet engagement, qui n'équivaut pas à une première installation à titre libéral, ceux qui exercent leurs fonctions à titre libéral pratiquent les tarifs fixés par la convention mentionnée aux articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

A l'issue des épreuves mentionnées à l'article L. 632-2 du présent code, les étudiants ayant signé un contrat d'engagement de service public choisissent un poste d'interne sur une liste établie chaque année par arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur, en fonction de la situation de la démographie médicale dans les différentes spécialités sur les territoires visés à l'alinéa précédent.

Au cours de la dernière année de leurs études, les internes ayant signé un contrat d'engagement de service public choisissent leur futur lieu d'exercice sur une liste, établie par le centre national de gestion sur proposition des agences régionales de santé, de lieux d'exercice où le schéma visé à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique indique que l'offre médicale est insuffisante ou la continuité de l'accès aux soins est menacée, en priorité les zones de revitalisation rurale visées à l'article 1465 A du code général des impôts et les zones urbaines sensibles définies au 3 de l'article 42 de la loi n° 95-115 du 4 février

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

—

**Dispositions en vigueur**

1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire. Le directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort duquel ils exercent leurs fonctions peut, à leur demande, à tout moment, changer le lieu de leur exercice. Le directeur général du centre national de gestion peut, à leur demande, à tout moment, et après avis du directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort duquel ils exercent leurs fonctions, leur proposer un lieu d'exercice dans une zone dépendant d'une autre agence régionale de santé.

Les médecins ayant signé un contrat d'engagement de service public avec le centre national de gestion peuvent se dégager de leur obligation d'exercice prévue au deuxième alinéa du présent article, moyennant le paiement d'une indemnité dont le montant égale les sommes perçues au titre de ce contrat ainsi qu'une fraction des frais d'études engagés. Les modalités de remboursement et de calcul de cette somme sont fixées par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

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

Code de la sécurité sociale

Art. L. 136-5 – I. — La contribution portant sur les revenus mentionnés aux articles L. 136-1, L. 136-2, L. 136-3 sous réserve de son deuxième alinéa, et L. 136-4 ci-dessus est recouvrée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvre-

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*1° Au cinquième alinéa, après le mot : « médecins » sont insérés les mots : « ou les étudiants » ;*

*2° Au cinquième alinéa, les mots : « dont le montant égale les » sont remplacés par les mots : « dont le montant dégressif est au plus égal aux » ;*

*3° Le cinquième alinéa est complété par la phrase suivante : « Le recouvrement de cette indemnité est assuré, pour les médecins, par la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle le médecin exerce à titre principal et pour les étudiants par le Centre national de gestion. ».*

*II. – Le premier alinéa de l'article L. 136-5 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :*

### Dispositions en vigueur

ment des cotisations au régime général pour la même catégorie de revenus. La contribution portant sur les revenus tirés de l'activité d'artiste-auteur et visés au premier alinéa du I de l'article L. 136-2 est recouvrée dans les conditions et par les organismes agréés, prévus au chapitre II du titre VIII du livre III. La contribution portant sur les revenus non soumis à cotisations au régime général de la sécurité sociale est, sauf disposition expresse contraire, précomptée par les entreprises ou par les organismes débiteurs de ces revenus et versée aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les salaires.

Pour les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales, la contribution portant sur les revenus mentionnés à l'article L. 136-3 est recouvrée, conformément aux dispositions prévues à l'article L. 133-6-4, en même temps que les cotisations d'allocations familiales des travailleurs non salariés non agricoles et selon les règles, garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général.

Les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et les caisses générales de sécurité sociale sont habilitées à faire tout contrôle sur le versement de la contribution dans les conditions fixées au chapitre III du titre

### Texte du projet de loi

### Propositions de la Commission

*« La contribution portant sur l'allocation mentionnée à l'article L. 632-6 du code de l'éducation est précomptée par le centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière ; elle est recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de la sécurité sociale assises sur les rémunérations. »*

### Amendement 135

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

IV du livre II du code de la sécurité sociale dans sa rédaction publiée à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale.

Code de la santé publique

Art. L. 1111-2 – Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à

*Article additionnel après l'article 36*

## Dispositions en vigueur

leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par la Haute Autorité de santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.

L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie.

## Code de la sécurité sociale

Art L 161-37 – La Haute Autorité de santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale, est chargée de :

1° Procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent, et contribuer par ses avis à l'élaboration des décisions relatives à l'inscription, au remboursement et à la prise en charge par l'assurance maladie des produits, actes ou prestations de santé ainsi qu'aux conditions particulières de prise en charge des soins dispensés aux personnes atteintes d'affections de longue durée. A cet effet, elle émet également un avis sur les conditions de prescription, de réalisation ou d'emploi des actes, produits ou prestations de santé et réalise ou valide des

## Texte du projet de loi

## Propositions de la Commission

*I.- Le sixième alinéa de l'article L. 1111-2 du code la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :*

*« Les pathologies chroniques susceptibles d'être prises en charge au domicile des patients donnent lieu à la publication de recommandations de bonnes pratiques. »*

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

—  
études d'évaluation des technologies de santé ;

2° Elaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines, sans préjudice des mesures prises par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé dans le cadre de ses missions de sécurité sanitaire ;

3° Etablir et mettre en oeuvre des procédures d'évaluation des pratiques professionnelles et d'accréditation des professionnels et des équipes médicales mentionnées à l'article L. 1414-3-3 du code de la santé publique ;

4° Etablir et mettre en oeuvre les procédures de certification des établissements de santé prévues aux articles L. 6113-3 et L. 6113-4 du code de la santé publique ;

5° Participer au développement de l'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population par le système de santé ;

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

Pour l'accomplissement de ses missions, la Haute Autorité de santé travaille en liaison notamment avec l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, l'Institut national de veille sanitaire et l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Elle peut mener toute action commune avec les organismes ayant compétence en matière de recherche dans le domaine de la santé.

La Haute Autorité de santé rend publics l'ordre du jour et les comptes rendus assortis des détails et explications des votes, y compris les opinions minoritaires, à l'exclusion des informations relatives au secret des stratégies commerciales, des réunions de la com-

**Dispositions en vigueur**

mission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique siégeant auprès d'elle et consultée sur l'inscription des médicaments inscrits sur les listes prévues à l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ainsi que son règlement intérieur.

Dans l'exercice de ses missions, la Haute Autorité tient compte des objectifs pluriannuels de la politique de santé publique mentionnés à l'article L. 1411-2 du code de la santé publique.

Dans le cadre de ses missions, la Haute Autorité de santé émet des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces.

La Haute Autorité de santé établit un rapport annuel d'activité adressé au Parlement et au Gouvernement avant le 1er juillet, qui porte notamment sur les travaux des commissions mentionnées à l'article L. 161-41 du présent code ainsi que sur les actions d'information mises en oeuvre en application du 2° du présent article.

Les décisions et communications prises en vertu des 1° et 2° du présent article sont transmises sans délai à la Conférence nationale de santé prévue à l'article L. 1411-3 du code de la santé publique.

Art. L.1434-7. – Le schéma régional d'organisation des soins a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique.

Il précise les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*II.- Au onzième alinéa de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, après le mot : « émet », sont insérés les mots : « notamment en ce qui concerne les pathologies chroniques susceptibles d'être prises en charge au domicile des patients, des recommandations...  
... efficaces.*

**Amendement 136**

*Article additionnel après l'article 36*

## Dispositions en vigueur

entre les établissements de santé, les communautés hospitalières de territoire, les établissements et services médico-sociaux, les centres de santé, les structures et professionnels de santé libéraux. Il prend en compte également les difficultés de déplacement des populations, ainsi que les exigences en matière de transports sanitaires, liées en particulier aux situations d'urgence. Il signale à cet effet les évolutions nécessaires dans le respect des compétences dévolues aux collectivités territoriales.

Il tient compte de l'offre de soins des régions limitrophes et de la vocation sanitaire et sociale de certains territoires.

Il indique, par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice des soins mentionnés aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12, notamment celles des professionnels de santé libéraux, des pôles de santé, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé.

Il détermine, selon des dispositions prévues par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé et prévues notamment par l'article L. 1434-8 du présent code, par les conventions mentionnées au chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale, par l'article L. 632-6 du code de l'éducation, par l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales et par l'article 151 ter du code général des impôts.

Il organise la coordination entre les différents services de santé mentionnés à l'alinéa précédent et les établissements de santé assurant une activité au domicile des patients intervenant sur le même territoire de santé. Les conditions de cette coordination sont définies par le

## Texte du projet de loi

## Propositions de la Commission

*Le deuxième alinéa de l'article L.1434-7 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :*

*« Il organise le développement des activités de dialyse à domicile. »*

### Amendement 137

**Dispositions en vigueur**

—  
directeur général de l'agence régionale de santé.

Art. L.4113-13.— Les membres des professions médicales qui ont des liens avec des entreprises et établissements produisant ou exploitant des produits de santé ou des organismes de conseil intervenant sur ces produits sont tenus de les faire connaître au public lorsqu'ils s'expriment lors d'une manifestation publique ou dans la presse écrite ou audiovisuelle sur de tels produits. Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État.

Les manquements aux règles mentionnées à l'alinéa ci-dessus sont punis de sanctions prononcées par l'ordre professionnel compétent.

Code de la santé publique

Art. L4211-1. — Sont réservées aux pharmaciens, sauf les dérogations prévues aux articles du présent code :

1° La préparation des médicaments destinés à l'usage de la médecine humaine ;

2° La préparation des objets de pansements et de tous articles présentés comme conformes à la pharmacopée, la préparation des produits destinés à l'entretien ou l'application des lentilles oculaires de contact ;

3° La préparation des générateurs, trousseaux ou précurseurs mentionnés à l'article L. 5121-1 ;

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*Article additionnel après l'article 36*

*Après le premier alinéa de l'article L.4113-13 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :*

*« Les conventions conclues entre les membres des professions médicales et les entreprises ou établissements mentionnés au premier alinéa doivent être rendues publiques. Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État.*

**Amendement 138**

*Article additionnel après l'article 36*

**Dispositions en vigueur**

4° La vente en gros, la vente au détail et toute dispensation au public des médicaments, produits et objets mentionnés aux 1°, 2° et 3° ;

5° La vente des plantes médicinales inscrites à la pharmacopée sous réserve des dérogations établies par décret ;

6° La vente au détail et toute dispensation au public des huiles essentielles dont la liste est fixée par décret ainsi que de leurs dilutions et préparations ne constituant ni des produits cosmétiques, ni des produits à usage ménager, ni des denrées ou boissons alimentaires ;

7° La vente au détail et toute dispensation au public des aliments lactés diététiques pour nourrissons et des aliments de régime destinés aux enfants du premier âge, c'est-à-dire de moins de quatre mois, dont les caractéristiques sont fixées par arrêté des ministres chargés de la consommation et de la santé ;

8° La vente au détail et toute dispensation de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro destinés à être utilisés par le public.

La fabrication et la vente en gros des drogues simples et des substances chimiques destinées à la pharmacie sont libres à condition que ces produits ne soient jamais délivrés directement aux consommateurs pour l'usage pharmaceutique et sous réserve des règlements particuliers concernant certains d'entre eux.

Art. L. 1142-21-1. – Lorsqu'un médecin régi, au moment des faits, par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*L'article L.4211-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

*« La dispensation de médicaments effectuée sous la responsabilité d'un pharmacien d'officine avec déconditionnement et reconditionnement individualisé et sécurisé ne correspond pas à une nouvelle autorisation de mise sur le marché. »*

**Amendement 139**

*Article additionnel après l'article 36*

## Dispositions en vigueur

—

sociale ou le règlement arbitral mentionné à l'article L. 162-14-2 du même code et exerçant, dans un établissement de santé, une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation, est condamné par une juridiction à réparer les dommages subis par la victime à l'occasion d'un acte lié à la naissance, que la couverture d'assurance prévue à l'article L. 1142-2 du présent code est épuisée, et que la victime ne peut obtenir l'exécution intégrale de la décision de justice auprès du professionnel concerné, cette victime peut saisir l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux institué à l'article L. 1142-22 en vue d'obtenir le règlement de la part d'indemnisation non versée par le professionnel au-delà des indemnités prises en charge par l'assureur dans le cadre des contrats souscrits en application de l'article L. 1142-2. Le professionnel doit alors à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux remboursement de la créance correspondante, sauf dans le cas où le délai de validité de la couverture d'assurance garantie par le cinquième alinéa de l'article L. 251-2 du code des assurances est expiré ou que le juge compétent a constaté l'incompatibilité du règlement de la créance avec la solvabilité du professionnel.

Art. L.5121-10. – Pour une spécialité générique définie au 5° de l'article L. 5121-1, l'autorisation de mise sur le marché peut être délivrée avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent à la spécialité de référence concernée. Le demandeur de cette autorisation informe le titulaire de ces droits concomitamment au dépôt de la demande.

Lorsque l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé a délivré une autorisation de mise sur le marché d'une spécialité générique, elle en informe le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de la spécialité de référence.

Le directeur général de l'agence procède à l'inscription de la spécialité

## Texte du projet de loi

## Propositions de la Commission

—

*À l'article L. 1142-21-1 du code de la santé publique, après les mots : « anesthésie-réanimation », sont insérés les mots suivants : « ou lorsqu'une sage-femme régie au moment des faits par la convention nationale mentionnée à l'article L.162-9 du code de la sécurité sociale et exerçant dans un établissement de santé. »*

### Amendement 140

### Article additionnel après l'article 36

*La dernière phrase du premier alinéa de l'article L.5121-10 du code de la santé publique est supprimée.*

### Amendement 141

**Dispositions en vigueur**

générique dans le répertoire des groupes génériques au terme d'un délai de soixante jours, après avoir informé de la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché de celle-ci le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de la spécialité de référence. Toutefois, la commercialisation de cette spécialité générique ne peut intervenir qu'après l'expiration des droits de propriété intellectuelle, sauf accord du titulaire de ces droits.

Préalablement à cette commercialisation, le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de la spécialité générique informe le directeur général de l'agence des indications, formes pharmaceutiques et dosages de la spécialité de référence pour lesquels les droits de propriété intellectuelle n'ont pas expiré.

Aux seules fins d'en garantir la publicité, le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé tient disponible au public la liste des titres de propriété intellectuelle attachés à une spécialité de référence si le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de cette spécialité la lui a communiquée à cet effet. Le laboratoire est seul responsable de l'exactitude des informations fournies.

Art. L. 5125-15. —Plusieurs officines peuvent, dans les conditions fixées à l'article L. 5125-3, être regroupées en un lieu unique, à la demande de leurs titulaires.

Le lieu de regroupement de ces officines est l'emplacement de l'une d'elles, ou un lieu nouveau situé dans la commune d'une des pharmacies regroupées.

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

**Article additionnel après l'article 36**

*La première phrase du premier alinéa de l'article L. 5125-15 du code de la santé publique est ainsi rédigée :*

*« Le nombre de licences prises en compte pour l'application des conditions prévues aux deux premiers aliéas de l'article L. 5125-11 à l'issue d'un regroupement d'officines dans la même commune ou dans des communes limitrophes est le nombre d'officine regroupées. »*

**Amendement 142**

**Dispositions en vigueur**

Dans le cadre d'un regroupement dans un lieu nouveau, la nouvelle officine ne pourra être effectivement ouverte au public que lorsque les officines regroupées auront été fermées.

À la suite d'un regroupement dans la même commune ou dans des communes limitrophes, les licences libérées doivent être prises en compte au sein de la commune où s'effectue le regroupement pour appliquer les conditions prévues aux deux premiers alinéas de l'article L. 5125-11. Le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis des syndicats représentatifs de la profession et du conseil compétent de l'ordre des pharmaciens, mettre fin à cette prise en compte à l'issue d'un délai de cinq ans à compter de la délivrance de l'autorisation de regroupement si les conditions prévues par le premier alinéa de l'article L. 5125-3 ne sont plus remplies.

Code de la sécurité sociale

Art. L. 161-38 – La Haute Autorité de santé est chargée d'établir une procédure de certification des sites informatiques dédiés à la santé et des logiciels d'aide à la prescription médicale ayant respecté un ensemble de règles de bonne pratique. Elle veille à ce que les règles de bonne pratique spécifient que ces logiciels permettent de prescrire directement en dénomination commune internationale, d'afficher les prix des produits au moment de la prescription et le montant total de la prescription et comportent une information relative à leur concepteur et à la nature de leur financement.

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006, cette certification est mise en oeuvre et délivrée par un organisme accrédité attestant du respect des règles de bonne pratique édictées par la Haute Autorité de santé.

Art. L.162-5. – Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins sont définis par des conventions nationales conclues sépa-

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

**Article additionnel après l'article 36**

*1.– La deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :*

*1° Après le mot : « logiciels », sont insérés les mots : « intègrent les recommandations et avis mentionnés au onzième alinéa de l'article L. 161-37, » ;*

*2° Après les mots : « montant total de la prescription », sont insérés les mots : «, d'indiquer l'appartenance d'un produit au répertoire des génériques ».*

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

rément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes ou de médecins spécialistes ou par une convention nationale conclue par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes et une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins spécialistes.

La ou les conventions nationales peuvent faire l'objet de clauses locales particulières, sous forme d'accords complémentaires entre les caisses primaires d'assurance maladie et les organisations syndicales de médecins les plus représentatives de leur ressort. Un décret en Conseil d'État fixe les conditions et modalités d'approbation de ces accords.

La ou les conventions déterminent notamment :

1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des médecins d'exercice libéral ;

2° Les conditions de l'exercice de la médecine générale et de la médecine spécialisée ainsi que les dispositions permettant, d'une part, une meilleure coordination de leurs interventions et, d'autre part, l'amélioration du recours aux établissements de soins hospitaliers ;

2° bis Le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires aux médecins ;

3° (Abrogé) ;

3° bis Le cas échéant, les conditions de promotion des actions d'évaluation des pratiques professionnelles individuelles ou collectives ;

**Dispositions en vigueur**

4° Les modalités de financement des expérimentations et des actions innovantes ;

5° Les modalités de réalisation et de financement de programmes d'évaluation des stratégies diagnostiques et thérapeutiques permettant l'établissement de références médicales nationales et locales ;

6° Les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales concourant au respect des dispositions prévues à l'article L. 162-5-2, et notamment des mesures appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés, la sélection des thèmes de références médicales, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application, et la mise en oeuvre de contrats locaux de maîtrise de dépenses dans chaque circonscription de caisse ;

7° Le cas échéant, les modalités de financement et d'organisation de la reconversion professionnelle des médecins exerçant à titre libéral et les conditions d'attribution d'une aide à la reconversion dont le montant peut varier en fonction de la zone géographique et de l'exercice, par le médecin, d'une spécialité ou de la médecine générale. Elles peuvent prévoir de subordonner cette aide à l'engagement du médecin à renoncer à tout exercice de la médecine nécessitant une inscription au tableau de l'Ordre des médecins ainsi que les modalités de son remboursement en cas de reprise d'une activité telle que définie ci-dessus ;

8° Le cas échéant, les conditions dans lesquelles les tarifs et les rémunérations visés à l'article L. 162-5-2 peuvent être majorés pour certains médecins conventionnés ou certaines activités en vue de valoriser une pratique médicale correspondant à des critères de qualité qu'elles déterminent ;

9° Les conditions de l'utilisation pour l'application de la convention des informations mentionnées aux articles L. 161-28 et L. 161-29, relatives à l'activité des praticiens et notamment les

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

**Dispositions en vigueur**

modalités de transmission de ces données aux instances conventionnelles et aux unions de médecins visées à l'article 6 de la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie ;

10° Les conditions dans lesquelles est assuré le suivi des dépassements d'honoraires et de leur évolution ;

11° (Abrogé) ;

12° Le cas échéant :

a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins par un médecin généraliste choisi par le patient, et les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, y afférents ;

b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des médecins participant à ces réseaux ;

c) Les droits et obligations respectifs des médecins, des patients et des caisses, ainsi que des modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ;

13° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des médecins, et notamment de prévention, d'éducation pour la santé, de formation, d'évaluation, d'études de santé publique, de veille sanitaire, prévus par des contrats passés entre les médecins concernés et les organismes d'assurance maladie et définissant les obligations relatives aux conditions d'exercice qui en résultent pour les intéressés.

Pour la mise en oeuvre des 12° et 13°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1 ;

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

**Dispositions en vigueur**

14° Le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie au développement professionnel continu ;

15° Les mesures et procédures applicables aux médecins dont les pratiques abusives sont contraires aux objectifs de bonnes pratiques et de bon usage des soins fixés par la convention ;

16° (Abrogé) ;

17° Les missions particulières des médecins traitants mentionnés à l'article L. 162-5-3 et les modalités de l'organisation de la coordination des soins ;

18° Les modalités selon lesquelles les médecins relevant de certaines spécialités sont autorisés à pratiquer, dans certaines limites respectant les dispositions de l'article L. 162-2-1, des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins, et les engagements des professionnels pour assurer l'égalité de traitement des patients au regard des délais d'accès au médecin ;

19° Des objectifs de prescription de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique ;

20° Les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et du présent article applicables aux médecins en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones au sens du 2° de l'article L. 162-47. Ces modalités sont définies après concertation des organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes, des chefs de clinique et des médecins récemment diplômés ou installés avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*II. – L'article L. 162-5 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

**Dispositions en vigueur**

—

Art. L. 161-38. – La Haute Autorité de santé est chargée d'établir une procédure de certification des sites informatiques dédiés à la santé et des logiciels d'aide à la prescription médicale ayant respecté un ensemble de règles de bonne pratique. Elle veille à ce que les règles de bonne pratique spécifient que ces logiciels permettent de prescrire directement en dénomination commune internationale, d'afficher les prix des produits au moment de la prescription et le montant total de la prescription et comportent une information relative à leur concepteur et à la nature de leur financement.

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006, cette certification est mise en oeuvre et délivrée par un organisme accrédité attestant du respect des règles de bonne pratique édictées par la Haute Autorité de santé.

Art. L.162-5.– Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins sont définis par des conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

—

*« 21°Le cas échéant, le montant et les conditions d'attribution d'une aide à l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié suivant la procédure prévue à l'article L. 161-38.*

**Amendement 143**

**Article additionnel après l'article 36**

*Le premier alinéa de l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée*

*« Elle veille aussi à ce que les sites informatiques qui ne sont pas encore certifiés dédiés à la santé affichent sur leur page d'accueil des hyperliens vers les sites informatiques publics français dédiés à la santé et aux médicaments. »*

**Amendement 144**

**Article additionnel après l'article 36**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

l'ensemble du territoire de médecins généralistes ou de médecins spécialistes ou par une convention nationale conclue par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes et une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins spécialistes.

La ou les conventions nationales peuvent faire l'objet de clauses locales particulières, sous forme d'accords complémentaires entre les caisses primaires d'assurance maladie et les organisations syndicales de médecins les plus représentatives de leur ressort. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions et modalités d'approbation de ces accords.

La ou les conventions déterminent notamment :

1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des médecins d'exercice libéral ;

2° Les conditions de l'exercice de la médecine générale et de la médecine spécialisée ainsi que les dispositions permettant, d'une part, une meilleure coordination de leurs interventions et, d'autre part, l'amélioration du recours aux établissements de soins hospitaliers ;

2° bis Le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires aux médecins ;

3° (Abrogé) ;

3° bis Le cas échéant, les conditions de promotion des actions d'évaluation des pratiques professionnelles individuelles ou collectives ;

4° Les modalités de financement des expérimentations et des actions innovantes ;

5° Les modalités de réalisation et de financement de programmes d'évaluation des stratégies diagnostiques et

**Dispositions en vigueur**

thérapeutiques permettant l'établissement de références médicales nationales et locales ;

6° Les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales concourant au respect des dispositions prévues à l'article L. 162-5-2, et notamment des mesures appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés, la sélection des thèmes de références médicales, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application, et la mise en oeuvre de contrats locaux de maîtrise de dépenses dans chaque circonscription de caisse ;

7° Le cas échéant, les modalités de financement et d'organisation de la reconversion professionnelle des médecins exerçant à titre libéral et les conditions d'attribution d'une aide à la reconversion dont le montant peut varier en fonction de la zone géographique et de l'exercice, par le médecin, d'une spécialité ou de la médecine générale. Elles peuvent prévoir de subordonner cette aide à l'engagement du médecin à renoncer à tout exercice de la médecine nécessitant une inscription au tableau de l'Ordre des médecins ainsi que les modalités de son remboursement en cas de reprise d'une activité telle que définie ci-dessus ;

8° Le cas échéant, les conditions dans lesquelles les tarifs et les rémunérations visés à l'article L. 162-5-2 peuvent être majorés pour certains médecins conventionnés ou certaines activités en vue de valoriser une pratique médicale correspondant à des critères de qualité qu'elles déterminent ;

9° Les conditions de l'utilisation pour l'application de la convention des informations mentionnées aux articles L. 161-28 et L. 161-29, relatives à l'activité des praticiens et notamment les modalités de transmission de ces données aux instances conventionnelles et aux unions de médecins visées à l'article 6 de la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie ;

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>10° Les conditions dans lesquelles est assuré le suivi des dépassements d'honoraires et de leur évolution ;</p>		
<p>11° (Abrogé) ;</p>		
<p>12° Le cas échéant :</p>		
<p>a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins par un médecin généraliste choisi par le patient, et les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, y afférents ;</p>		
<p>b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des médecins participant à ces réseaux ;</p>		
<p>c) Les droits et obligations respectifs des médecins, des patients et des caisses, ainsi que des modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ;</p>		
<p>13° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des médecins, et notamment de prévention, d'éducation pour la santé, de formation, d'évaluation, d'études de santé publique, de veille sanitaire, prévus par des contrats passés entre les médecins concernés et les organismes d'assurance maladie et définissant les obligations relatives aux conditions d'exercice qui en résultent pour les intéressés.</p>		
<p>Pour la mise en oeuvre des 12° et 13°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1 ;</p>		
<p>14° Le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie au développement professionnel continu ;</p>		
<p>15° Les mesures et procédures applicables aux médecins dont les prati-</p>		

**Dispositions en vigueur**

ques abusives sont contraires aux objectifs de bonnes pratiques et de bon usage des soins fixés par la convention ;

16° (Abrogé) ;

17° Les missions particulières des médecins traitants mentionnés à l'article L. 162-5-3 et les modalités de l'organisation de la coordination des soins ;

18° Les modalités selon lesquelles les médecins relevant de certaines spécialités sont autorisés à pratiquer, dans certaines limites respectant les dispositions de l'article L. 162-2-1, des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins, et les engagements des professionnels pour assurer l'égalité de traitement des patients au regard des délais d'accès au médecin ;

19° Des objectifs de prescription de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique ;

20° Les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et du présent article applicables aux médecins en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones au sens du 2° de l'article L. 162-47. Ces modalités sont définies après concertation des organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes, des chefs de clinique et des médecins récemment diplômés ou installés avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un 21° ainsi rédigé :*

*« 21° Le cas échéant, la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, la prise*

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

*en charge des patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, la participation à la permanence de soins, le contrôle médical, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. La contrepartie financière est liée à l'atteinte des objectifs par le professionnel de santé. »*

**Amendement 145**

**Article additionnel après l'article 36**

Art. L. 162-32-1.— Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les centres de santé sont définis par un accord national conclu pour une durée au plus égale à cinq ans par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins infirmiers, ainsi qu'une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins médicaux, dentaires et polyvalents.

Cet accord détermine notamment :

1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des centres de santé ;

2° Les conditions générales d'application des conventions mentionnées aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre aux différents professionnels exerçant dans des centres de santé ; ces conditions ne peuvent pas modifier les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires déterminés par ces conventions ;

3° Les modalités d'organisation des actions de prévention sanitaire menées par les centres de santé ;

4° Les mesures jugées appropriées pour favoriser l'accès aux soins des assurés sociaux et garantir la qualité et la coordination des soins ;

5° Les modes de rémunération,

**Dispositions en vigueur**

autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des centres de santé et notamment d'actions de prévention et d'éducation pour la santé ;

6° Les conditions dans lesquelles les organismes d'assurance maladie participent à des actions d'accompagnement de l'informatisation des centres de santé, notamment pour ce qui concerne la transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge. Les centres s'engagent dans ce cadre à réaliser un taux significatif de télétransmission de documents nécessaires au remboursement des actes ou des prestations qu'ils dispensent ;

7° Le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie au développement professionnel continu ;

8° Le cas échéant, des dispositifs d'aide visant à faciliter l'installation des centres de santé dans les zones définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique ainsi que les conditions dans lesquelles ces centres bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et leurs modalités d'exercice ou d'organisation, notamment pour les conduire à intégrer dans leurs équipes des professionnels de santé exerçant des activités numériquement déficitaires dans ces zones. Les obligations auxquelles sont soumis les centres de santé qui bénéficient de ces aides peuvent être adaptées par les agences régionales de santé après consultation des organisations représentatives des centres de santé mentionnées au premier alinéa du présent article pour tenir compte de la situation régionale.

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*L'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale est complété par un 9° ainsi rédigé :*

*« 9° Le cas échéant, la rémunération versée en contrepartie du respect*

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

*d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, la participation à la permanence de soins, le contrôle médical, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. La contrepartie financière versée est liée à l'atteinte des objectifs par le centre de santé. »*

**Amendement 146**

**Article additionnel après l'article 36**

*Après l'article L. 165-9 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 165-10 ainsi rédigé :*

*« Art. L. 165-10. – La prise en charge des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 peut être subordonnée à des conditions de validité de la prescription desdits produits ou prestations, à des modalités de délivrance des produits aux assurés et à des modalités d'exécution des prestations.*

*Ces conditions sont définies dans le souci de la plus grande économie compatible avec la prescription médicale et peuvent notamment concerner la durée de validité de la prescription et le type de conditionnement délivré.*

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

**Amendement 147**

**Article additionnel après l'article 36**

Art. L. 862-7. – a) Le fonds est habilité à procéder à tout contrôle sur les dépenses mentionnées aux a et b de l'article L. 862-2 et les déductions opérées en application du III de l'article L. 862-4 ;

b) Les organismes d'assurance et assimilés non établis en France et admis

**Dispositions en vigueur**

à y opérer en libre prestation de services en application de l'article L. 310-2 du code des assurances désignent un représentant, résidant en France, personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues ;

c) Les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 communiquent aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général les éléments nécessaires à la détermination de l'assiette de la contribution et de la déduction prévues au même article ; ils communiquent au fonds les éléments nécessaires à l'application de l'article L. 862-6 et l'état des dépenses et recettes relatives à la protection complémentaire mise en oeuvre au titre du b de l'article L. 861-4 ;

d) Les organismes de sécurité sociale communiquent au fonds le nombre de personnes prises en charge et le montant des prestations servies au titre du a de l'article L. 861-4 ;

e) L'Autorité de contrôle prudentiel et le fonds mentionné à l'article L. 862-1 transmettent chaque année, avant le 1er juin, aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et au Parlement les données nécessaires à l'établissement des comptes des organismes visés au I de l'article L. 862-4.

Sur cette base, le Gouvernement établit un rapport faisant apparaître notamment l'évolution du montant des primes ou cotisations mentionnées à ce même I, du montant des prestations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé versées par ces organismes, du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit au crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1, du montant des impôts, taxes et contributions qu'ils acquittent et de leur rapport de solvabilité.

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*L'avant-dernier alinéa de l'article L. 862-7 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :*

*« Ce rapport présente une prévision des recettes et des dépenses du fonds pour les trois exercices à venir, assortie d'une explication des hypothèses sous-jacentes. »*

**Amendement 148**

**Dispositions en vigueur**

—  
Ce rapport est remis avant le 15 septembre au Parlement. Il est rendu public.

loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010

Art. 47.— Sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des dépenses de médicaments et sur recommandation du conseil de l'hospitalisation, l'État arrête, chaque année, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments remboursées sur l'enveloppe de soins de ville, prescrits par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements publics de santé.

Lorsque l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les dépenses de médicaments occasionnées par les prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein d'un établissement de santé ont connu une progression supérieure à ce taux, elle peut proposer de conclure avec l'établissement de santé et l'organisme local d'assurance maladie un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les médicaments, d'une durée de trois ans.

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

**Article additionnel après l'article 36**

—  
*L.— L'article 47 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 est ainsi modifié :*

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

*« Après l'article L. 162 30 1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162 30 2 ainsi rédigé : ».*

*2° Le début du premier alinéa est ainsi rédigé :*

*« Art. L. 162 30 2. — Sur la base ... (le reste sans changement) »...*

*3° Aux premier, deuxième et quatrième à septième alinéas, après chaque occurrence du mot : « médicaments », sont insérés les mots : « mentionnés à l'article L. 162 17 du présent code et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165 1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste » ;*

*4° Le premier alinéa est complété par les mots : « et des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162 22 6 » ;*

*5° Au deuxième alinéa, après le mot : « taux », sont insérés les mots : « et non justifiée au regard de son activité et de sa patientèle, et que ce dépassement résulte notamment du non-respect des obligations prévues aux articles L. 162 2 1 du présent code et L. 5125 23 du code de la santé publique » ;*

### Dispositions en vigueur

Ce contrat est conforme à un contrat-type élaboré selon les modalités définies à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique et comporte notamment :

1° Un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de médicaments de l'établissement en lien avec le taux d'évolution des dépenses de médicaments fixé nationalement et actualisé annuellement par avenant ;

2° Un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières en termes de prescription de médicaments.

En cas de refus de l'établissement de conclure ce contrat, l'agence régionale de santé lui enjoint de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de médicaments qui lui sont imputables, dans la limite de 10 % de ces dépenses.

Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que l'établissement de santé n'a pas respecté l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de médicaments, et après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, l'agence régionale de santé peut lui enjoindre de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de médicaments qui lui sont imputables, dans la limite du dépassement de son objectif.

Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que des économies ont été réalisées par rapport à l'objectif, l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'organisme local d'assurance maladie de verser à l'établissement de santé une fraction des économies réalisées.

Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article.

### Texte du projet de loi

### Propositions de la Commission

*6° Au quatrième alinéa, après le mot : « établissement », sont insérés les mots : « , corrélée à son activité et à sa patientèle, ».*

#### **Amendement 281**

#### *Article additionnel après l'article 36*

*Dans les conditions prévues à l'article L. 162 38 du code de la sécurité sociale, les ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale fixent par décision les prix et les*

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L.162-1-17. – Sur proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie, le directeur général de l'agence régionale de santé, après mise en oeuvre d'une procédure contradictoire, peut décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme local d'assurance maladie, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la prise en charge par l'assurance maladie de prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 du présent code.</p>	<p><b>Article 37</b></p> <p>I. - L'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° La première phrase du premier alinéa est complétée par les mots : « ainsi que les prestations d'hospitalisation mentionnées au 2° de l'article L. 162-22* pour les soins de suite ou de réadaptation » ;</p>	<p><i>marges des traitements de substitution nicotinique.</i></p> <p><b>Amendement 189</b></p> <p><i>Article additionnel après l'article 36</i></p> <p><i>Un rapport sur l'évaluation de l'application de l'article 52 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 sera présenté tous les ans au Parlement avant le 30 septembre. Ce rapport devra permettre d'évaluer les conséquences en termes d'accès aux soins de l'application de cet article.</i></p>
<p>Dans ce cas, les prestations d'hospitalisation non prises en charge par l'assurance maladie ne peuvent être facturées aux patients.</p>	<p>2° La deuxième phrase du premier alinéa est remplacée par les dispositions suivantes : « Dans le cas où l'établissement de santé, informé par l'agence régionale de santé de la soumission à la procédure d'accord préalable du prescripteur, délivre des prestations d'hospitalisation malgré une décision de refus de prise en charge, il ne peut pas les facturer au patient. » ;</p>	<p><b>Amendement 150</b></p> <p><b>Article 37</b></p> <p><b>Supprimé.</b></p> <p><b>Amendement 151</b></p>
<p>La proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie est motivée par le constat d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement, d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation facturées non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé ou d'un nombre de prestations d'hospitalisation facturées significativement supérieur aux moyennes régionales ou nationales établies à partir des données mentionnées à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique ou des données de facturation transmises à l'assurance maladie, pour une activité comparable. La procédure contradictoire est mise en oeuvre dans les mêmes conditions que celles prévues pour les pénalités applicables pour non-respect des objectifs quantifiés mentionnées à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique.</p>	<p>3° Dans la troisième phrase du premier alinéa, après les mots : « des prises en charge sans hébergement » sont insérés les mots : « ou sans hospitalisation » ;</p>	
<p>Toutefois, en cas d'urgence attestée par l'établissement, l'accord préalable du service du contrôle médical n'est pas requis pour la prise en charge des prestations d'hospitalisation susvisées.</p>	<p>4° A la dernière phrase du premier alinéa, les mots : « dans les mêmes conditions que celles prévues pour les pénalités applicables pour non-respect des objectifs quantifiés mentionnées à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique* » sont remplacés par les mots : « dans des conditions prévues par décret » ;</p>	
	<p>5° Au second alinéa, les mots : « attestée par l'établissement » sont remplacés par les mots : « attestée par le médecin ou par l'établissement de santé prescripteur ».</p>	
<p>Code de la sécurité sociale</p>	<p>II. – La procédure contradictoire à laquelle renvoie le premier alinéa de l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale* dans sa rédaction antérieure à la présente loi s'applique pour les prestations d'hospitalisation prévues au 1° de l'article L. 162-22-6 du même code* jusqu'à l'entrée en vigueur du décret prévu au premier alinéa de l'article L. 162-1-17 de ce code* dans sa rédaction résultant de la présente loi et au plus tard jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2011.</p>	<p><i>Article additionnel après l'article 37</i></p>
<p>Art. L. 162-14-1.– I.– La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont conclues pour une durée égale au plus à cinq ans. Elles définissent :</p>		
<p>1° Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement auto-</p>		

**Dispositions en vigueur**

risés par la convention pour les médecins et les chirurgiens-dentistes ;

2° Des engagements des signataires, collectifs et individuels, le cas échéant pluriannuels, portant sur l'évolution de l'activité des professions concernées ; la ou les conventions prévoient les modalités permettant de s'assurer de la cohérence de leur mise en oeuvre avec les dispositions définies au deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 ; la ou les conventions définissent à cet effet les mesures de toute nature propres à assurer le respect de ces engagements et, en particulier, les modalités du suivi annuel et, le cas échéant, pluriannuel, de l'évolution des dépenses de la profession concernée ; elles précisent également les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ainsi que les dispositions applicables en cas de non-respect des engagements ;

3° Le cas échéant, les modalités de constitution, d'organisation et de fonctionnement de fonds de modernisation de la profession considérée ;

4° Le cas échéant, des dispositifs d'aides visant à faciliter l'installation des professionnels de santé libéraux ou des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ou le remplacement de professionnels de santé libéraux, dans les zones définies à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique ainsi que les conditions dans lesquelles les praticiens libéraux exerçant dans ces zones ou les centres de santé qui y sont implantés bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et de leurs modalités d'exercice ou d'organisation, notamment pour favoriser l'exercice regroupé. La convention fixe également les modalités de calcul et de répartition, entre régimes, de cette rémunération. Les obligations auxquelles sont soumis les professionnels ou les centres de santé qui bénéficient de ces aides peuvent être adaptées par les agences régionales de santé après

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

## Dispositions en vigueur

consultation des organisations représentatives des professionnels de santé pour tenir compte de la situation régionale ;

5° Les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires en application des articles L. 242-11, L. 645-2 et L. 722-4 ; la ou les conventions fixent l'assiette et le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation, notamment en fonction du lieu d'installation ou d'exercice ; elles fixent également les modalités de calcul et de répartition entre régimes de cette participation ; la participation ne peut être allouée que si le professionnel de santé a versé la cotisation à sa charge dans un délai fixé par décret ; elle peut être en outre partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les professionnels de santé ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent ;

6° Les modalités d'organisation et de fonctionnement des commissions mentionnées à l'article L. 162-1-7.

II. – Des accords conventionnels interprofessionnels intéressant plusieurs professions de santé relatifs aux pathologies ou aux traitements peuvent être conclus pour une durée au plus égale à cinq ans entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les organisations représentatives signataires des conventions nationales de chacune de ces professions, après avis des conseils de l'ordre concernés, sur leurs dispositions relatives à la déontologie.

Ces accords peuvent déterminer les objectifs et les modalités de mise en oeuvre et d'évaluation de dispositifs visant à favoriser une meilleure organisa-

## Texte du projet de loi

## Propositions de la Commission

*Le 5° de l'article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :*

*« 5° Les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires en application des articles L. 242 11, L. 645 2 et L. 722 4 ; la ou les conventions fixent l'assiette et le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation, notamment en fonction du lieu d'installation ou d'exercice, sans pouvoir minorer celle-ci du fait de formes particulières d'exercice comme dans le cadre de maisons de santé, de pôles de santé ou en coopération avec des établissements de santé délivrant des soins à domicile ou des établissements et services sociaux et médico-sociaux ; elles fixent également les modalités de calcul et de répartition entre régimes de cette participation ; la participation ne peut être allouée que si le professionnel de santé a versé la cotisation à sa charge dans un délai fixé par décret ; elle peut être en outre partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les professionnels de santé ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent ; ».*

## Amendement 152

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>tion et coordination des professionnels de santé, notamment par la création de réseaux de santé, la promotion du développement professionnel continu ainsi que de dispositifs visant à améliorer la qualité des soins.</p>	<b>Article 38</b>	<b>Article 38</b>
<p>Loi n° 2003-1199 du 28 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004</p>	<p>Au premier alinéa du I de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 28 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, la date : « 1<sup>er</sup> juillet 2011 » est remplacée par la date : « 1<sup>er</sup> janvier 2013 ».</p>	<p><i>Le premier alinéa du I du même article est complété par une phrase ainsi rédigée :</i></p>
<p>Art. 33. – Les dispositions des articles 22 à 32 à sont applicables à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005, à l'exception des dispositions de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction issue de l'article 23 et des dispositions de l'article L. 162-22-6 du même code dans leur rédaction issue de l'article 25 qui s'appliquent à compter du 1<sup>er</sup> mars 2005 dans les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 dans sa rédaction issue de la présente loi, sous réserve des dispositions suivantes :</p>	<p>I. – Jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2011, par dérogation aux dispositions de l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du même code ne sont pas facturés à la caisse désignée à l'article L. 174-2 du même code. Les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code dans sa rédaction issue de la présente loi transmettent à échéances régulières à l'agence régionale de santé, pour les activités mentionnées au même article, leurs données d'activité y compris celles relatives aux consultations externes. Ils lui transmettent simultanément la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés ci-dessus.</p>	<p><i>« Un bilan du processus d'expérimentation de la procédure de facturation dérogatoire ci-dessus visée est transmis pour information au Parlement avant le 15 septembre de chaque année. »</i></p>

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'activité par application des tarifs des prestations fixés en application de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale dans les conditions prévues au A du V du présent article et de la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés au premier alinéa du présent I. Par dérogation au dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-10 précité, les tarifs de prestations fixés en application de cet article prennent effet, en 2005, à compter du 1<sup>er</sup> janvier. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.

L'écart entre la valorisation de l'activité prévisionnelle retenue pour clore l'exercice 2004 et la valorisation de l'activité réellement constatée peut être imputé à due concurrence sur le montant calculé en application de l'alinéa précédent.

L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-22-18 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.

.....

**Article 39**

**Article 39**

Code de la santé publique

I. – L'article L. 1142-23 du code de la santé publique est ainsi modifié :

Sans modification

Art. L. 1142-23. – L'office est soumis à un régime administratif, budgétaire, financier et comptable défini par décret.

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

Les charges de l'office sont constituées par :

1° Le versement d'indemnités aux victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes et d'infections nosocomiales en application des dispositions du présent chapitre ;

2° Le versement d'indemnités en réparation des dommages directement imputables à une vaccination obligatoire en application de l'article L. 3111-9 ;

3° Le versement d'indemnités aux victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus d'immuno-déficience humaine en application de l'article L. 3122-1 ;

3° bis Le versement d'indemnités en application de l'article L. 1221-14 ;

4° Le versement des indemnités prévues à l'article L. 3131-4 aux victimes de dommages imputables directement à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins réalisée en application de mesures prises conformément aux articles L. 3131-1 et L. 3134-1 ;

5° Les frais de gestion administrative de l'office et des commissions régionales et interrégionales ;

6° Les frais résultant des expertises diligentées par les commissions régionales et interrégionales ainsi que des expertises prévues pour l'application des articles L. 3131-4, L. 3111-9 et L. 3122-2.

Les recettes de l'office sont constituées par :

1° Une dotation globale versée par les organismes d'assurance maladie dans des conditions fixées par décret. La répartition de cette dotation entre les différents régimes d'assurance maladie s'effectue dans les conditions prévues à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale. Le montant de cette dotation est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale ;

1° Au neuvième alinéa, après les mots : « l'application des articles » est insérée la référence : « L. 1221-14\*, » ;

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>2° Le produit des remboursements des frais d'expertise prévus aux articles L. 1142-14 et L. 1142-15 ;</p>	<p>2° Au douzième alinéa, après les mots : « frais d'expertise prévus aux articles » est insérée la référence : « L. 1221-14* » ;</p>	
<p>3° Le produit des pénalités prévues aux mêmes articles ;</p>	<p>3° Au treizième alinéa, les mots : « aux mêmes articles » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 1142-14* et L. 1142-15* » ;</p>	
<p>4° Le produit des recours subrogatoires mentionnés aux articles L. 1142-15, L. 1142-17, L. 3131-4, L. 3111-9 et L. 3122-4 ;</p>	<p>4° Au quatorzième alinéa, après les mots : « des recours subrogatoires mentionnés aux articles » est insérée la référence : « L. 1221-14* » ;</p>	
<p>5° Une dotation versée par l'État en application de l'article L. 3111-9 ;</p>	<p>5° Le dernier alinéa est supprimé.</p>	
<p>6° Une dotation versée par le fonds mentionné à l'article L. 3131-5 ;</p>	<p>II. L'article L. 1221-14 du même code est ainsi modifié :</p>	
<p>7° Une dotation versée par l'Établissement français du sang couvrant l'ensemble des dépenses exposées en application de l'article L. 1221-14. Un décret fixe les modalités de versement de cette dotation.</p>	<p>Art. L. 1221-14. – Les victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus de l'hépatite C causée par une transfusion de produits sanguins ou une injection de médicaments dérivés du sang réalisée sur les territoires auxquels s'applique le présent chapitre sont indemnisées par l'office mentionné à l'article L. 1142-22 dans les conditions prévues à la seconde phrase du troisième alinéa de l'article L. 3122-1, aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3122-2, au premier alinéa de l'article L. 3122-3 et à l'article L. 3122-4.</p>	
<p>Dans leur demande d'indemnisation, les victimes ou leurs ayants droit justifient de l'atteinte par le virus de l'hépatite C et des transfusions de produits sanguins ou des injections de médicaments dérivés du sang. L'office recherche les circonstances de la contamination, notamment dans les conditions prévues à l'article 102 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>L'offre d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis du fait de la contamination est faite à la victime dans les conditions fixées aux deuxième, troisième et cinquième alinéas de l'article L. 1142-17.</p>	<p>1° Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il procède à toute investigation sans que puisse lui être opposé le secret professionnel. » ;</p>	
<p>La victime dispose du droit d'action en justice contre l'office si sa demande d'indemnisation a été rejetée, si aucune offre ne lui a été présentée dans un délai de six mois à compter du jour où l'office reçoit la justification complète des préjudices ou si elle juge cette offre insuffisante.</p>	<p>2° Après le cinquième alinéa sont insérés deux alinéas ainsi rédigés : « L'office est substitué à l'Établissement français du sang dans ses droits et obligations résultant des contrats d'assurance souscrits par les structures reprises par l'Établissement français du sang en vertu de l'article 18 B de la loi n° 95-535 du 1<sup>er</sup> juillet 1998* relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, de la loi n° 2000-1353 du 30 décembre 2000 de finances rectificative pour 2000 et de l'article 14 de l'ordonnance n° 2005-1087 du 1<sup>er</sup> septembre 2005* relative aux établissements publics nationaux à caractère sanitaire et aux contentieux en matière de transfusion sanguine, au titre des indemnités qu'il a versées aux victimes en application du présent article et des condamnations prononcées contre lui en application du IV de l'article 67 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009*, sans que puisse être opposée à l'office la clause</p>	

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

—

—

de direction du procès éventuellement contenue dans les contrats d'assurance applicables.

« La transaction intervenue entre l'office et la victime, ou ses ayants droit, en application du présent article, est opposable à l'assureur ou, le cas échéant, au responsable des dommages, sauf le droit pour ceux-ci de contester devant le juge le principe de la responsabilité ou le montant des sommes réclamées. L'office peut en outre obtenir le remboursement des frais d'expertise. Quelle que soit la décision du juge, le montant des indemnités allouées à la victime, ou à ses ayants droit, leur reste acquis. » ;

3° Le sixième alinéa, devenu le huitième alinéa, est remplacé par les dispositions suivantes :

« L'action subrogatoire prévue à l'article L. 3122-4\* peut être exercée par l'office. Elle ne peut être exercée contre l'Établissement français du sang que si la contamination trouve son origine dans une violation ou un manquement mentionnés à l'article L. 1223-5\*. » ;

4° Après le sixième alinéa, devenu le huitième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les recours des tiers payeurs autres que l'office ne peuvent être exercés que contre les assureurs des structures reprises par l'Établissement français du sang, mentionnées au sixième alinéa du présent article, lorsque ces recours sont fondés sur la responsabilité du fournisseur de produits sanguins. »

III. – Les instances dirigées par les tiers payeurs contre l'Établissement français du sang qui sont en cours à l'entrée en vigueur de la présente loi se poursuivent devant la juridiction compétemment saisie avant cette entrée en vigueur, l'assureur de la structure reprise par l'Établissement français du sang mentionnée au sixième alinéa de

L'action subrogatoire prévue à l'article L. 3122-4 ne peut être exercée par l'office si l'établissement de transfusion sanguine n'est pas assuré, si sa couverture d'assurance est épuisée ou encore dans le cas où le délai de validité de sa couverture est expiré, sauf si la contamination trouve son origine dans une violation ou un manquement mentionnés à l'article L. 1223-5.

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

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 1142-21-1.— Lorsqu'un médecin régi, au moment des faits, par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ou le règlement arbitral mentionné à l'article L. 162-14-2 du même code et exerçant, dans un établissement de santé, une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation, est condamné par une juridiction à réparer les dommages subis par la victime à l'occasion d'un acte lié à la naissance, que la couverture d'assurance prévue à l'article L. 1142-2 du présent code est épuisée, et que la victime ne peut obtenir l'exécution intégrale de la décision de justice auprès du professionnel concerné, cette victime peut saisir l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux institué à l'article L. 1142-22 en vue d'obtenir le règlement de la part d'indemnisation non versée par le professionnel au-delà des indemnités prises en charge par l'assureur dans le cadre des contrats souscrits en application de l'article L. 1142-2. Le professionnel doit alors à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux remboursement de la créance correspondante, sauf dans le cas où le délai de validité de la couverture d'assurance garantie par le cinquième alinéa de l'article L. 251-2 du code des assurances est expiré ou que le juge compétent a constaté l'incompatibilité du règlement de la créance avec la solvabilité du professionnel.</p>	<p>l'article L. 1221-14 du même code* tel que modifié par le présent article, qui se trouve à l'origine du dommage, se substituant à l'Établissement français du sang tant que celui-ci n'a pas fait l'objet d'une condamnation irrévocable. Le cas échéant, la juridiction met en cause l'assureur. Toutefois, en cas d'impossibilité de déterminer une structure à l'origine du dommage, de défaut d'assurance, d'épuisement de la couverture d'assurance ou d'expiration de son délai de validité, la condamnation éventuellement prononcée demeure à la charge de l'Établissement français du sang.</p>	<p><b>Article additionnel après l'article 39</b></p> <p><i>L'article L. 1142-21-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :</i></p> <p><i>1° Les mots : « à l'occasion d'un acte lié à la naissance » sont supprimés ;</i></p> <p><i>2° Après la référence: « l'article L. 1142-2 », la fin de l'article est ainsi rédigée : « , sans que l'office puisse se retourner contre le professionnel. ».</i></p>

**Amendement 154**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

—

—

**Article 40**

**Article 40**

Il est rétabli au code de la santé publique un article L. 6122-19 ainsi rédigé :

*Supprimé.*

**Amendement 155**

« Art. L. 6122-19. – À partir du 1<sup>er</sup> septembre 2011 et pendant une période de deux ans, le Gouvernement est autorisé à engager l'expérimentation de nouveaux modes de prise en charge de soins aux femmes enceintes et aux nouveau-nés au sein de structures dénommées « maisons de naissance » où des sages-femmes réalisent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont assuré le suivi de grossesse, dans les conditions prévues aux articles L. 4151-1\* et L. 4151-3\*. Ces expérimentations ont une durée maximale de cinq ans.

« À cet effet, il est dérogé aux dispositions des articles L. 1434-2\*, L. 1434-7\* et L. 6122-1\*.

« Les maisons de naissances ne sont pas des établissements de santé au sens de l'article L. 6111-1 et ne sont pas soumises aux dispositions du chapitre II du titre II du livre III de la deuxième partie du présent code.

« Il peut être dérogé aux dispositions du code de la sécurité sociale relatives aux modalités d'application de la prise en charge de certains actes inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 de ce code\*.

« Par dérogation à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale\*, les dépenses nécessaires au fonctionnement des maisons de naissance peuvent être prises en charge en tout ou partie par la dotation annuelle prévue à l'article L. 162-22-14 de ce code\*.

« Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner à titre expérimental en fonction notamment de l'intérêt et de la qualité du projet pour l'expérimentation et de son intégration dans

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

—

—

l'offre de soins régionale en obstétrique. La suspension de fonctionnement d'une maison de naissance inscrite sur la liste peut être prononcée par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les motifs et dans les conditions prévues par l'article L. 6122-13\*. Le retrait d'inscription à la liste est prononcé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en cas de manquement grave et immédiat à la sécurité ou lorsqu'il n'a pas été remédié aux manquements ayant motivé la suspension.

« Un premier bilan de l'expérimentation sera établi au 31 décembre 2014 par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en vue de la poursuite ou de l'abandon de l'expérimentation. Le Gouvernement adresse au Parlement un bilan définitif de l'expérimentation dans l'année qui suivra sa fin.

« Les conditions de l'expérimentation et notamment les conditions d'établissement de la liste susmentionnée, les conditions de prise en charge par l'assurance maladie de la rémunération des professionnels, les conditions spécifiques de fonctionnement des maisons de naissance ainsi que les modalités d'évaluation de l'expérimentation à son terme sont fixées par décret en Conseil d'État. »

Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004

Art. 33.- I. - .....

VII. - Pour les années 2005 à 2018, outre les éléments prévus au II de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du même code sont fixés en tenant compte du processus de convergence entre les tarifs nationaux des établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 dudit code et ceux des établissements mentionnés au d du même article, devant être achevé, dans la limite des écarts justifiés par des

**Article 41**

**Article 41**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs, au plus tard en 2018. Ce processus de convergence est orienté vers les tarifs des établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du même code. Un bilan d'avancement du processus de convergence est transmis au Parlement avant le 15 septembre de chaque année jusqu'en 2018. Ce bilan contient également un programme précisant la méthode et les étapes permettant de progresser dans la réalisation de la convergence intersectorielle des tarifs avant l'échéance de 2018.</p>	<p>Au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, les mots : « des établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du même code* » sont remplacés par les mots : « les plus bas ».</p>	<p>Au...</p>
<p>À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008 et afin de faciliter le processus de convergence, les tarifs des prestations nouvellement créées sont identiques pour les établissements mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans la limite des écarts mentionnés à l'alinéa précédent.</p>	<p><b>Article 42</b></p> <p>I. – L'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale est complété par un 3° ainsi rédigé :</p>	<p>...bas sur la base du taux de prise en charge par le régime obligatoire.»</p>
<p>Code de la sécurité sociale</p>	<p><b>Article 42</b></p>	<p><b>Article 42</b></p>
<p>Art. L. 162-22. – Un décret en Conseil d'État détermine, parmi les soins définis à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique qui sont dispensés dans les établissements de santé autorisés en application de l'article L. 6122-1 du même code :</p>	<p>I. – L'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale est complété par un 3° ainsi rédigé :</p>	<p><b>Amendement 156</b></p>
<p>1° Les activités financées conformément aux dispositions de l'article L. 162-22-6 ;</p>	<p>« 3° Les activités financées conformément aux dispositions de l'article L. 174-5* . »</p>	<p><b>Amendement 156</b></p>
<p>2° Les activités financées conformément aux dispositions de l'article L. 162-22-1 dans les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 et aux dispositions de l'article L. 174-1 dans les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6.</p>	<p>Art. L.162-22-2. – I. – Chaque année est défini un objectif quantifié national relatif aux activités mentionnées</p>	<p><b>Amendement 156</b></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>au 2° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué par le montant annuel des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans le cadre de ces activités au cours de l'année et supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie et tient compte notamment des créations et fermetures d'établissements. Le contenu de cet objectif est défini par décret.</p>	<p>II. — Après la première phrase du deuxième alinéa du I de l'article L. 162-22-2 du même code, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « Il distingue la part du montant afférent à chacune des activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22. »</p>	<p>II. — Après ...</p> <p>... la</p> <p>part <i>afférente</i> à ...</p> <p>. L. 162-22. »</p>
<p>Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.</p>	<p>III. — L'article L.174-1-1 du même code est ainsi modifié :</p>	<p><b>Amendement 157</b></p>
<p>II.— Un décret en Conseil d'État, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements, précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif ainsi que les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminées les évolutions des tarifs des prestations compatibles avec le respect de cet objectif. Il prend en compte à cet effet, notamment, les prévisions de l'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours.</p>	<p>Art. L.174-1-1. — Chaque année est défini un objectif des dépenses d'assurance maladie constitué des activités suivantes :</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>1° Les activités de psychiatrie exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 174-1 ;</p>	<p>1° Le 1° et le 1° bis sont remplacés par les dispositions suivantes : « 1° Les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22* exercées par les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6* ; »</p>	<p>3° Au 4°, ... les mots : « mentionnées ... L. 162-22 » ;</p>
<p>1° bis Les activités de soins de suite et de réadaptation exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 174-1 ;</p>	<p>2° Au 3°, les mots : « des unités de soins de longue durée » sont remplacés par les mots : « mentionnées au 3° de l'article L. 162-22* » ;</p>	<p><b>Amendement 158</b></p>
<p>2° L'ensemble des activités des établissements mentionnés à l'article L. 162-22-16 ;</p>	<p>3° Au 4°, les mots : « de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation » sont remplacés par les mots : « <u>correspondant à celles</u> mentionnées au 2° de l'article L. 162-22* » ;</p>	<p>3° Au 4°, ... les mots : « mentionnées ... L. 162-22 » ;</p>
<p>3° Les activités des unités de soins de longue durée ;</p>	<p>3° Au 4°, les mots : « de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation » sont remplacés par les mots : « <u>correspondant à celles</u> mentionnées au 2° de l'article L. 162-22* » ;</p>	<p>3° Au 4°, ... les mots : « mentionnées ... L. 162-22 » ;</p>
<p>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 ;</p>	<p>3° Au 4°, les mots : « de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation » sont remplacés par les mots : « <u>correspondant à celles</u> mentionnées au 2° de l'article L. 162-22* » ;</p>	<p>3° Au 4°, ... les mots : « mentionnées ... L. 162-22 » ;</p>
<p>5° Les activités de soins dispensés par l'établissement public territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon ;</p>	<p>3° Au 4°, les mots : « de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation » sont remplacés par les mots : « <u>correspondant à celles</u> mentionnées au 2° de l'article L. 162-22* » ;</p>	<p>3° Au 4°, ... les mots : « mentionnées ... L. 162-22 » ;</p>
<p>6° Les activités de soins dispensés par l'établissement public de santé de Mayotte ;</p>	<p>3° Au 4°, les mots : « de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation » sont remplacés par les mots : « <u>correspondant à celles</u> mentionnées au 2° de l'article L. 162-22* » ;</p>	<p>3° Au 4°, ... les mots : « mentionnées ... L. 162-22 » ;</p>
<p>7° Les activités de soins dispensés par un hôpital établi dans un autre État à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, en application d'un accord conclu entre la France et l'État concerné.</p>	<p>3° Au 4°, les mots : « de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation » sont remplacés par les mots : « <u>correspondant à celles</u> mentionnées au 2° de l'article L. 162-22* » ;</p>	<p>3° Au 4°, ... les mots : « mentionnées ... L. 162-22 » ;</p>
<p>Cet objectif est constitué du montant total des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre du 7° du présent article et des dotations annuelles de financement fixées en application des articles L. 162-22-16, L. 174-1, L. 174-5 et L. 174-15 et de celles fixées en application des articles L. 6147-5 et L. 6416-1 du code de la santé publique.</p>	<p>3° Au 4°, les mots : « de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation » sont remplacés par les mots : « <u>correspondant à celles</u> mentionnées au 2° de l'article L. 162-22* » ;</p>	<p>3° Au 4°, ... les mots : « mentionnées ... L. 162-22 » ;</p>
<p>Le montant de cet objectif est arrêté par l'État en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.</p>	<p>4° Après la première phrase de l'avant-dernier alinéa, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « Il distingue la</p>	<p>4° Après ...</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.</p>	<p>part du montant afférent à chacune des activités mentionnées au 1<sup>o</sup>. »</p>	<p>...part <i>afférente</i> à ... ... au 1<sup>o</sup>. »</p>
<p>Le montant de cet objectif est constitué en dotations régionales. Certaines des dépenses incluses dans l'objectif mentionné au premier alinéa peuvent ne pas être incluses dans ces dotations régionales. Le montant des dotations régionales, qui présente un caractère limitatif, est fixé par l'État en tenant compte de l'activité des établissements, des orientations des schémas d'organisation des soins et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire.</p>	<p>L'article L. 341-10 du code de la sécurité sociale est abrogé à compter du 1<sup>er</sup> juin 2011.</p>	<p><b>Amendement 157</b></p>
<p>Art. L.341-10. – Les arrérages des pensions d'invalidité sont supprimés à l'expiration de la période de versements des arrérages au cours de laquelle le bénéficiaire a exercé une activité professionnelle non-salariée, lorsque cette activité procure à l'intéressé ou au ménage un revenu qui, ajouté au montant de la pension, excède un plafond déterminé par décret.</p>		<p><i>Article additionnel après l'article 42</i></p>
<p>Code de la santé publique</p>		
<p>Art. L. 1433-1.– Un conseil national de pilotage des agences régionales de santé réunit des représentants de l'État et de ses établissements publics, dont la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ainsi que des représentants des organismes nationaux d'assurance maladie membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, ou leur représentant, le président ; les ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en sont membres.</p>		

**Dispositions en vigueur**

Le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé donne aux agences régionales de santé les directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le territoire. Il veille à la cohérence des politiques qu'elles ont à mettre en œuvre en termes de santé publique, d'organisation de l'offre de soins et de prise en charge médico-sociale et de gestion du risque et il valide leurs objectifs.

Il valide toutes les instructions qui leur sont données. Il conduit l'animation du réseau des agences.

Il évalue périodiquement les résultats de l'action des agences et de leurs directeurs généraux.

Le Conseil national de pilotage veille à ce que la répartition entre les agences régionales de santé des financements qui leur sont attribués prenne en compte l'objectif de réduction des inégalités de santé mentionné à l'article L. 1411-1.

Art. L. 5126-1. – Les établissements de santé et les établissements médico-sociaux dans lesquels sont traités des malades, les groupements de coopération sanitaire, les hôpitaux des armées, les installations de chirurgie esthétique satisfaisant aux conditions prévues à l'article L. 6322-1 ainsi que les organismes, établissements et services mentionnés aux articles L. 5126-9 et L. 5126-13 peuvent disposer d'une ou plusieurs pharmacies à usage intérieur dans les conditions prévues au présent chapitre.

L'activité des pharmacies à usage intérieur est limitée à l'usage particulier des malades dans les établissements de santé ou médico-sociaux où elles ont été

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*L'avant-dernier alinéa de l'article L. 1433-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :*

*« À partir de ces évaluations, le Conseil national de pilotage émet des recommandations aux agences régionales de santé. Elles sont établies en tenant compte des bonnes pratiques des agences régionales de santé »*

**Amendement 159**

*Article additionnel après l'article 42*

**Dispositions en vigueur**

constituées ou qui appartiennent au groupement de coopération sanitaire, dans les hôpitaux des armées ou dans les installations de chirurgie esthétique.

Toutefois, dans le cadre de recherches biomédicales réalisées sur des produits, substances ou médicaments, la pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé peut être autorisée à titre exceptionnel par le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé à distribuer ces produits, substances ou médicaments à d'autres pharmacies à usage intérieur d'établissement de santé où la recherche est réalisée.

Dans les établissements publics de santé, la ou les pharmacies à usage intérieur autorisées dans les conditions définies à l'article L. 5126-7 sont organisées selon les modalités prévues par le chapitre VI du titre IV du livre I<sup>er</sup> de la partie VI du présent code.

Art. L.6113-7. – Les établissements de santé, publics ou privés, procèdent à l'analyse de leur activité.

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*L'article L. 5126-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

*« Lorsque des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux sont membres d'un groupement de coopération sanitaire ou social et médico-social et disposent de plusieurs pharmacies à usage intérieur, le directeur général de l'agence régionale de santé peut les autoriser à desservir conjointement un site géographique d'implantation d'un établissement de santé, de chirurgie esthétique ou médico-social, ou d'un groupement de coopération sanitaire détenteur d'une autorisation d'activité de soins ou autorisés dans le cadre de l'expérimentation prévue à l'article L. 6133-5 du code de la santé publique, dans la version antérieure à l'entrée en vigueur de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. »*

**Amendement 160**

*Article additionnel après l'article 42*

## Dispositions en vigueur

Dans le respect du secret médical et des droits des malades, ils mettent en oeuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins.

Les praticiens exerçant dans les établissements de santé publics et privés transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité et à la facturation de celle-ci au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement dans des conditions déterminées par voie réglementaire après consultation du Conseil national de l'ordre des médecins.

Les praticiens transmettent les données mentionnées au troisième alinéa dans un délai compatible avec celui imposé à l'établissement.

Sous l'autorité des chefs de pôle, les praticiens sont tenus, dans le cadre de l'organisation de l'établissement, de transmettre toutes données concernant la disponibilité effective des capacités d'accueil et notamment des lits. A la demande du directeur, ce signalement peut se faire en temps réel.

Le praticien responsable de l'information médicale est un médecin désigné par le directeur d'un établissement public de santé ou l'organe délibérant d'un établissement de santé privé s'il existe, après avis de la commission médicale ou de la conférence médicale. Pour ce qui concerne les établissements publics de santé, les conditions de cette désignation et les modes d'organisation de la fonction d'information médicale sont fixés par décret.

## Texte du projet de loi

## Propositions de la Commission

*Le deuxième alinéa de l'article L. 6113-7 du code de la santé publique est complété par deux phrases ainsi rédigées :*

*« Les établissements publics hospitaliers mettent en place une comptabilité analytique, avant le 31 décembre 2011. Ils fournissent des éléments sur leurs coûts indirects de logistique, administratifs et médico-techniques afin d'alimenter une base de données commune. »*

### Amendement 161

**Dispositions en vigueur**

—

Lorsque les praticiens appartenant au personnel des établissements publics de santé ne satisfont pas aux obligations qui leur incombent en vertu des troisième et quatrième alinéas, leur rémunération fait l'objet de la retenue prévue à l'article 4 de la loi de finances rectificative pour 1961.

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

**Article additionnel après l'article 42**

*L'article L. 6122-19 au code de la santé publique est ainsi rétabli :*

*« Art. L. 6122-19.— Un régime d'autorisation expérimentale est mis en place, à compter du 1er janvier 2010, pour une durée de trois ans, sur la base du volontariat, de manière à constituer au sein des territoires de santé des plateaux d'imagerie complets, mutualisés et faisant intervenir des équipes spécialisées. »*

**Amendement 162**

**Article additionnel après l'article 42**

*Après l'article L. 6145-16 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6145 16-1 ainsi rédigé :*

*« Art. L. 6145-16-1. — Lorsque l'établissement financé à l'activité dégage un excédent au compte de résultat de l'activité principale, le directeur peut décider, après concertation avec le directoire, de répartir tout ou partie de cet excédent aux personnels de l'établissement.*

*« Cette répartition est opérée sous la forme d'une réduction des cotisations sociales à la charge des personnels bénéficiaires.*

*« Le montant global des réductions de cotisations consenties à ce titre ne peut dépasser 10 % du montant total des rémunérations brutes. »*

**Amendement 163**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

—

—

**Article additionnel après l'article 42**

*Au premier alinéa de l'article L. 6146-1 du code de la santé publique, après les mots : « , sous réserve », sont insérés les mots : « du respect des bonnes pratiques organisationnelles définies par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et ».*

**Amendement 164**

Art. L. 6146-1.— Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne, sous réserve des dispositions du présent chapitre.

Le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement et, dans les centres hospitaliers universitaires, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale. Le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser un établissement à ne pas créer de pôles d'activité quand l'effectif médical de l'établissement le justifie.

Les pôles d'activité peuvent comporter des structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées. Dans les centres hospitaliers universitaires, les pôles d'activité clinique et médico-technique sont dénommés pôles hospitalo-universitaires.

Les chefs de pôle sont nommés par le directeur, sur présentation d'une liste élaborée par le président de la commission médicale d'établissement pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique. En cas de désaccord, constaté dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau désaccord, il nomme les chefs de pôle de son choix. La durée du mandat des chefs de pôle est fixée par décret. À l'issue de cette période, leur mandat peut être renouvelé dans les mêmes conditions.

Pour les pôles hospitalo-universitaires, les listes mentionnées au

**Dispositions en vigueur**

—

précédent alinéa sont établies conjointement par le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical.

Dans les centres hospitaliers ayant passé une convention avec une université pour être associés à l'exercice des missions mentionnées à l'article L. 6142-1, les chefs de pôles d'activité sont nommés par le directeur, sur une liste élaborée par le président de la commission médicale d'établissement pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique, après avis du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical.

Peuvent exercer les fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique les praticiens mentionnés à l'article L. 6151-1 et aux 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> de l'article L. 6152-1.

Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle, après avis, pour les pôles d'activité clinique et médico-technique, du président de la commission médicale d'établissement pour vérifier la cohérence du contrat avec le projet médical, ainsi que, dans les centres hospitaliers universitaires, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale.

Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services ou unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle.

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

—

**Dispositions en vigueur**

Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme.

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

**Article additionnel après l'article 42**

*I. – Avant l'article L. 6148-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6148 1 A ainsi rédigé :*

*« Art. L. 6148-1-A. – Tout établissement public de santé établit chaque année un bilan patrimonial. »*

*II. – Le Gouvernement remet au Parlement, chaque année avant le mois d'octobre, un rapport de synthèse sur les bilans patrimoniaux des établissements publics hospitaliers, leurs acquisitions immobilières de plus de 0,5 million d'euros hors taxes et leurs prises à bail dont le loyer est supérieur à un million d'euros hors taxes dans la région d'Île-de-France et à 0,5 million d'euros hors taxes dans les autres régions.*

**Amendement 165**

**Article additionnel après l'article 42**

*Après l'article L. 6152-5-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6152 5 2 ainsi rédigé :*

*« Art. L. 6152-5-2. – Des expérimentations relatives à l'annualisation du temps de travail des praticiens des hôpitaux à temps partiel peuvent être prévues dans les établissements de santé publics des départements et régions d'outre-mer et des collectivités d'outre-mer du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 31 décembre 2013.*

*« Un arrêté du ministre chargé de la santé précise les modalités de ces expérimentations, les établissements qui en sont chargés ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et d'évaluation. »*

**Amendement 161**

**Dispositions en vigueur**

—

Code de la sécurité sociale

Art. L. 162-22-9. – I.-Chaque année est défini un objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret.

Le montant de cet objectif commun est arrêté par l'État en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Cet objectif prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment celles relatives aux conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.

II.-Un décret en Conseil d'État précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif commun ainsi que les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminés les éléments mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 compatibles avec le respect de l'objectif, en prenant en compte à cet effet, notamment, les prévisions d'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours, mesurée notamment à partir des données mentionnées

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

—

*Article additionnel après l'article 42*

*Le I de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

*« De nouvelles mesures ayant des incidences sur les charges hospitalières ne peuvent intervenir en cours d'année sans que leurs modalités de financement aient été intégrées dans la loi de financement de la sécurité sociale. »*

**Amendement 167**

**Dispositions en vigueur**

aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° du I du même article peuvent également être déterminés en tout ou partie à partir des données afférentes au coût relatif des prestations.

Art. L. 174-3. – Dans les établissements mentionnés aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1, une tarification des prestations fixée par arrêté servira de base :

1°) à la facturation des soins et de l'hébergement des malades non couverts par un régime d'assurance maladie ;

2°) au calcul de la participation laissée à la charge des assurés dans le cas où le régime d'assurance maladie dont ils relèvent comporte une disposition de cet ordre ;

3°) à l'exercice des recours contre tiers.

**Code de l'action sociale et des familles**

Art. L. 254-2.– Les établissements de santé facturent à la caisse d'assurance maladie désignée en application de l'article L. 174-2 ou L. 174-18 du code de la sécurité sociale la part des dépenses prises en charge par l'État pour les soins dispensés au titre des articles L. 251-1 et L. 254-1.

Art. L. 221-1 – La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés a pour rôle :

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

**Article additionnel après l'article 42**

*I.– Le 1° du L. 174-3 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « et au titre de l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles ».*

*II.– L'article L. 254-2 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

*« Quand ces établissements facturent les soins dispensés au titre de l'article L. 254-1, ils facturent ces soins en utilisant les règles définies aux articles L. 162-2- 1 et L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale. »*

**Amendement 168**

**Article additionnel après l'article 42**

*L'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

1° d'assurer sur le plan national, en deux gestions distinctes, le financement, d'une part, des assurances maladie, maternité, invalidité, décès et, d'autre part, des accidents du travail et maladies professionnelles et de maintenir l'équilibre financier de chacune de ces deux gestions ;

2° De définir et de mettre en oeuvre les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que de concourir à la détermination des recettes nécessaires au maintien de l'équilibre de cette branche selon les règles fixées par les chapitres Ier et II du titre IV du présent livre et dans le respect de la loi de financement de la sécurité sociale ;

3° de promouvoir une action de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé de ses ressortissants et de coordonner les actions menées à cet effet par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et les caisses primaires d'assurance maladie, dans le cadre des programmes prioritaires nationaux définis en application de l'article L. 1417-1 du code de la santé publique, déclinés par la convention prévue à l'article L. 227-1 du présent code ;

4° d'exercer une action sanitaire et sociale et de coordonner l'action sanitaire et sociale des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie ;

5° d'organiser et de diriger le contrôle médical ;

6° d'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie, et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ;

7° de mettre en oeuvre les actions conventionnelles ;

8° de centraliser l'ensemble des opérations, y compris les opérations

## Dispositions en vigueur

pour compte de tiers, des caisses primaires d'assurance maladie et les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, des caisses générales de sécurité sociale, ainsi que des unions et fédérations desdits organismes et d'en assurer soit le transfert vers les organismes du régime général, soit le règlement vers tous organismes désignés à cet effet, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur et aux stipulations conventionnelles prises en vertu des articles L. 123-1 et L. 123-2 et agréées par l'autorité compétente de l'Etat.

La caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées ci-dessus, un pouvoir de contrôle sur les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et primaires d'Assurance maladie.

I. – Le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité ainsi que des prestations prises en charge en application des articles L. 251-2 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.

II. – Le service du contrôle médical constate les abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations.

Lorsque l'activité de prescription d'arrêt de travail apparaît anormalement élevée au regard de la pratique constatée chez les professionnels de santé appartenant à la même profession, des contrôles systématiques de ces prescriptions sont mis en oeuvre dans des conditions

## Texte du projet de loi

## Propositions de la Commission

*« 9° de publier annuellement un bilan national et comparatif par région, quantitatif et qualitatif, de la prévalence des actes et interventions chirurgicales réalisés par les établissements de santé. »*

### Amendement 169

#### *Article additionnel après l'article 42*

*Après le II de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un II bis ainsi rédigé :*

**Dispositions en vigueur**

définies par la convention mentionnée à l'article L. 227-1.

Lorsqu'un contrôle effectué par un médecin à la demande de l'employeur, en application de l'article L. 1226-1 du code du travail, conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail ou fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré, ce médecin transmet son rapport au service du contrôle médical de la caisse dans un délai maximal de quarante-huit heures. Le rapport précise si le médecin diligent par l'employeur a ou non procédé à un examen médical de l'assuré concerné. Au vu de ce rapport, ce service :

1° Soit demande à la caisse de suspendre les indemnités journalières. Dans un délai fixé par décret à compter de la réception de l'information de suspension des indemnités journalières, l'assuré peut demander à son organisme de prise en charge de saisir le service du contrôle médical pour examen de sa situation. Le service du contrôle médical se prononce dans un délai fixé par décret ;

2° Soit procède à un nouvel examen de la situation de l'assuré. Ce nouvel examen est de droit si le rapport a fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré.

III. – Le service du contrôle médical procède à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des établissements de santé mentionnés aux articles L. 162-29 et L. 162-29-1 dans lesquels sont admis des bénéficiaires de l'assurance maladie, de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, no-

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*« II bis. – Le service du contrôle médical veille et participe à la mise en œuvre dans les établissements publics de santé des bonnes pratiques organisationnelles définies par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. »*

**Amendement 170**

**Dispositions en vigueur**

—  
tamment au regard des règles définies en application des dispositions de l'article L. 162-1-7.

III. bis. – Le service du contrôle médical procède auprès des établissements de santé visés à l'article L. 162-22-6, des pharmaciens et des distributeurs de produits ou prestations, dans le respect des règles déontologiques, aux contrôles nécessaires en matière de délivrance et de facturation de médicaments, produits ou prestations donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie ou à prise en charge par l'Etat en application des articles L. 251-2 ou L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.

IV. – Il procède également à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie, de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, notamment au regard des règles définies par les conventions qui régissent leurs relations avec les organismes d'assurance maladie ou, en ce qui concerne les médecins, du règlement mentionné à l'article L. 162-14-2. La procédure d'analyse de l'activité se déroule dans le respect des droits de la défense selon des conditions définies par décret.

Par l'ensemble des actions mentionnées au présent article, le service du contrôle médical concourt, dans les conditions prévues aux articles L. 183-1, L. 211-2-1 et au 5° de l'article L. 221-1, à la gestion du risque assurée par les caisses d'assurance maladie.

IV. bis. – Le service du contrôle médical s'assure de l'identité du patient à l'occasion des examens individuels qu'il réalise, en demandant à la personne concernée de présenter sa carte nationale d'identité ou tout autre document officiel comportant sa photographie.

V. – Les praticiens-conseils du service du contrôle médical et les personnes placées sous leur autorité n'ont accès aux données de santé à caractère

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

—

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission, dans le respect du secret médical.</p>	<p><b>Article 43</b></p>	<p><b>Article additionnel après l'article 42</b></p> <p><i>Les données de cadrage, les objectifs et les indicateurs du programme de qualité et d'efficience visé au 1° du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale relatif à la branche Maladie comportent des éléments relatifs à la politique immobilière des établissements de santé.</i></p> <p><b>Amendements n°171</b></p> <p><b>Article additionnel après l'article 42</b></p> <p><i>« Le programme de qualité et d'efficience de la branche maladie prévu par le 1° du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale présente un bilan et les perspectives des réorganisations internes tendant à améliorer le fonctionnement des établissements publics de santé. »</i></p> <p><b>Amendement 172</b></p> <p><b>Article 43</b></p> <p>Sans modification</p> <p><b>Article additionnel après l'article 43</b></p> <p><i>I. – L'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :</i></p>
<p>Code de l'action sociale et des familles</p>	<p>L'article L. 341-10 du code de la sécurité sociale est abrogé à compter du 1<sup>er</sup> juin 2011.</p>	
<p>Art. L. 14-10-5. – La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie retrace ses ressources et ses charges en</p>		

## Dispositions en vigueur

six sections distinctes selon les modalités suivantes :

I.-Une section consacrée au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1, qui est divisée en deux sous-sections.

1. La première sous-section est relative aux établissements et services mentionnés aux 1° et 4° de l'article L. 314-3-1 et à ceux du 2° du même article qui accueillent principalement des personnes handicapées. Elle retrace :

a) En ressources, une fraction au moins égale à 10 % et au plus égale à 14 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, ainsi que la part de la contribution des régimes d'assurance maladie, mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, qui est destinée au financement de ces établissements ou services ;

b) En charges, le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés dans ces établissements ou services et une contribution, par voie de fonds de concours créé par l'Etat en 2006, au financement des groupes d'entraide mutuelle mentionnés à l'article L. 114-1-1.

## Texte du projet de loi

## Propositions de la Commission

*1° Au premier alinéa du I, après les mots : « mentionnés à l'article L.314-3-1 », sont insérés les mots : « ainsi qu'au financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3 et des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 qui respectent un cahier des charges fixé par arrêté du ministre chargé des personnes handicapées » ;*

*2° La première phrase du 1 du I est complétée par les mots : « , ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114- 1- 1 et L. 114-3 » ;*

*3° Au b du 1 du I, les mots : « et une contribution, par voie de fonds de concours créé par l'État en 2006, au financement des groupes d'entraide mutuelle mentionnés à l'article L. 114-1-1 » sont remplacés par les mots : « et les contributions aux budgets des agences régionales de santé pour le financement des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 » ;*

*4° Le b du 1 du I est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

*« Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie*

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

2. La deuxième sous-section est relative aux établissements et services mentionnés au 3° de l'article L. 314-3-1 et à ceux du 2° du même article qui accueillent principalement des personnes âgées. Elle retrace :

a) En ressources, 40 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, ainsi que la part de la contribution des régimes d'assurance maladie, mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, qui est destinée au financement de ces établissements ou services ;

b) En charges, le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés dans ces établissements ou services.

*dans la limite du montant inscrit au budget de la section » ;*

*5° La première phrase du 2 du I est complétée par les mots : « , ainsi qu'aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3 » ;*

*6° Le b du 2 du I est complété par les mots : « et les contributions aux budgets des agences régionales de santé pour le financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des personnes malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3 » ;*

*7° Le b) du 2 du I est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

*« Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant inscrit au budget de la section ».*

*II. – Au chapitre III du titre I<sup>er</sup> du livre premier du code de l'action sociale et des familles, après l'article L. 113-2, il est inséré un article L. 113-2-1 ainsi rédigé :*

*« Art. L.113-2-1. – Les institutions et les professionnels de santé intervenant dans le secteur social, médico-social et sanitaire, sur un même territoire, auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ou en perte d'autonomie, coordonnent leurs activités au sein de « maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer.*

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

Art. L. 312-7. – Afin de favoriser leur coordination, leur complémentarité et garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, notamment dans le cadre de réseaux sociaux ou médico-sociaux coordonnés, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 ou les personnes physiques ou morales qui peuvent être gestionnaires au sens de l'article L. 311-1 ainsi que les personnes morales ou physiques concourant à la réalisation de leurs missions peuvent :

1° Conclure des conventions entre eux, avec des établissements de santé ou avec des établissements publics locaux d'enseignement et des établissements d'enseignement privés ;

2° Créer des groupements d'intérêt économique et des groupements d'intérêt public et y participer, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat ;

3° Créer des groupements de coopération sociale ou médico-sociale. Outre les missions dévolues aux catégories de groupements mentionnées au 2°, le groupement de coopération peut :

a) Permettre les interventions communes des professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, des professionnels salariés du groupement ainsi que des professionnels associés par convention ;

*« Les conditions de leur fonctionnement répondent à un cahier des charges approuvé par décret, qui fixe notamment les modalités selon lesquelles sont évalués les besoins ainsi que les méthodes mises en œuvre pour assurer le suivi des personnes concernées. »*

**Amendement 173**

**Article additionnel après l'article 43**

*L'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :*

*« Art. L. 312-7. – Afin de favoriser leur coordination, leur complémentarité et garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, notamment dans le cadre de réseaux sociaux ou médico-sociaux coordonnés, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 ou les personnes physiques ou morales qui peuvent être gestionnaires au sens de l'article L. 311-1 ainsi que les personnes morales ou physiques concourant à la réalisation de leurs missions peuvent :*

*« 1° Conclure des conventions entre eux, avec des établissements de santé ou avec des établissements publics locaux d'enseignement et des établissements d'enseignement privés ;*

*« 2° Créer des groupements d'intérêt économique et des groupements d'intérêt public et y participer ;*

*« 3° Créer des groupements de coopération sociale ou médico-sociale. Outre les missions dévolues aux catégories de groupements mentionnées au 2°, le groupement de coopération peut :*

*« a) Permettre les interventions communes des professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, des professionnels salariés du groupement ainsi que des professionnels associés par convention ;*

### Dispositions en vigueur

b) Être autorisé ou agréé au titre de l'article L. 7232-1 du code du travail, à la demande des membres, à exercer directement les missions et prestations des établissements et services énoncés à l'article L. 312-1 et à assurer directement, à la demande de l'un ou plusieurs de ses membres, l'exploitation de l'autorisation ou de l'agrément au titre de l'article L. 7232-1 précité après accord de l'autorité l'ayant délivrée ;

c) Être chargé de procéder aux fusions et regroupements mentionnés au 4° du présent article ;

d) Créer des réseaux sociaux ou médico-sociaux avec les personnes mentionnées au premier alinéa et adhérer à ces mêmes réseaux ou aux réseaux et groupements de coopération ou d'intérêt public prévus au code de la santé publique.

Ils peuvent être constitués entre professionnels des secteurs sociaux et médico-sociaux et sanitaires, entre ces professionnels, les établissements et personnes mentionnés au premier alinéa et les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique. Peuvent y être associés, par conventions, des professionnels médicaux et paramédicaux du secteur libéral ou du secteur public n'exerçant pas dans les établissements et services des membres adhérents.

Les dispositions du chapitre III du titre III du livre 1er de la sixième partie du code de la santé publique sont applicables, sous réserve des dispositions du présent code, aux groupements de coopération sociale ou médico-sociale.

### Texte du projet de loi

### Propositions de la Commission

*« b) Être autorisé ou agréé au titre de l'article L. 7232-1 du code du travail, à la demande des membres, à exercer directement les missions et prestations des établissements et services énoncés à l'article L. 312-1 du présent code et à assurer directement, à la demande de l'un ou plusieurs de ses membres, l'exploitation de l'autorisation ou de l'agrément au titre de l'article L. 7232-1 précité après accord de l'autorité l'ayant délivrée ;*

*« c) Être chargé de procéder aux fusions et regroupements mentionnés au 4° du présent article ;*

*« d) Créer des réseaux sociaux ou médico-sociaux avec les personnes mentionnées au premier alinéa et adhérer à ces mêmes réseaux ou aux réseaux et groupements de coopération ou d'intérêt public prévus au code de la santé publique.*

*« Ils peuvent être constitués entre professionnels des secteurs sociaux et médico-sociaux et sanitaires, entre ces professionnels, les établissements et personnes mentionnés au premier alinéa et les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique. Peuvent y être associés, par conventions, des professionnels médicaux et paramédicaux du secteur libéral ou du secteur public n'exerçant pas dans les établissements et services des membres adhérents.*

*« Le groupement de coopération social ou médico-social n'a pas la qualité d'établissement social ou médico-social. Par dérogation, le groupement de coopération qui procède à des fusions en application du 4° du présent article peut acquérir cette qualité.*

*« Les dispositions du chapitre III du titre III du livre 1er de la sixième partie du code de la santé publique sont applicables, sous réserve des dispositions du présent code, aux groupements de coopération sociale ou médico-sociale.*

### Dispositions en vigueur

Les actions du groupement réalisées au profit d'un seul de ses membres sont financées par celui-ci sur le budget correspondant.

4° Procéder à des regroupements ou à des fusions.

Les établissements de santé publics et privés et, dans les conditions prévues par le présent article, les organismes agréés au titre de l'article L. 7232-1 du code du travail peuvent adhérer à l'une des formules de coopération mentionnées au présent article.

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 peuvent conclure avec des établissements de santé des conventions de coopération.

Afin de favoriser les réponses aux besoins et leur adaptation, les schémas d'organisation sociale et médico-sociale peuvent envisager les opérations de coopération, de regroupement ou de fusion compatibles avec les objectifs de développement de l'offre sociale.

La convention constitutive des groupements de coopération définit notamment l'ensemble des règles de gouvernance et de fonctionnement. Elle peut prévoir des instances de consultation du personnel.

Les mesures d'application du présent article sont, en tant que de besoin, déterminées par décret en Conseil d'État.

### Texte du projet de loi

### Propositions de la Commission

*« Les actions du groupement réalisées au profit d'un seul de ses membres sont financées par celui-ci sur le budget correspondant ;*

*« 4° Procéder à des regroupements ou à des fusions.*

*« Les établissements de santé publics et privés et, dans les conditions prévues par le présent article, les organismes agréés au titre de l'article L. 7232-1 du code du travail peuvent adhérer à l'une des formules de coopération mentionnées au présent article.*

*« Les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 peuvent conclure avec des établissements de santé des conventions de coopération.*

*« Afin de favoriser les réponses aux besoins et leur adaptation, les schémas d'organisation sociale et médico-sociale peuvent envisager les opérations de coopération, de regroupement ou de fusion compatibles avec les objectifs de développement de l'offre sociale.*

*« La convention constitutive des groupements de coopération définit notamment l'ensemble des règles de gouvernance et de fonctionnement. Elle peut prévoir des instances de consultation du personnel.*

*« Les mesures d'application du présent article sont, en tant que de besoin, déterminées par décret en Conseil d'État. »*

### Amendement 174

#### Article additionnel après l'article 43

*Un rapport est établi par le Gouvernement et remis au Parlement dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi, sur les écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale entre les différentes catégories d'établissements et services sociaux et médico-*

**Dispositions en vigueur**

—

Art. L. 314-3. – I. – Le financement de celles des prestations des établissements et services mentionnés à l'article L. 314-3-1 qui sont à la charge des organismes de sécurité sociale est soumis à un objectif de dépenses.

Cet objectif est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'action sociale, de l'économie et du budget en fonction, d'une part, d'une contribution des régimes d'assurance maladie fixée par le même arrêté au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement et, d'autre part, du montant prévisionnel des produits mentionnés aux 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> de l'article L. 14-10-4 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.

Il prend en compte l'impact des éventuelles modifications des règles de tarification des prestations, ainsi que celui des changements de régime de financement des établissements et services concernés. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.

Sur la base de cet objectif, les mêmes ministres arrêtent, dans les quinze jours qui suivent la publication de la loi de financement de la sécurité

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

—

*sociaux con-cernés par la mise en œuvre de tarifs plafonds ou de mécanismes de convergence tarifaire.*

**Amendement 175**

**Article additionnel après l'article 43**

*L'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :*

*1<sup>o</sup> Le début de la deuxième phrase du troisième alinéa du I, les mots : « Il peut être corrigé » sont remplacés par les mots : « Il est corrigé » ;*

*2<sup>o</sup> Après le troisième alinéa du I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :*

*« Les annexes mentionnées au 7<sup>o</sup> du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale mentionnent l'impact de ces modifications des règles de tarification ou de ces changements de régime sur l'objectif fixé en application du présent article. »*

## Dispositions en vigueur

—  
sociale, le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, forfaits, prix de journée et tarifs afférents aux prestations mentionnées au premier alinéa.

II.-Le montant annuel mentionné au dernier alinéa du I ainsi que le montant des dotations prévues au troisième alinéa de l'article L. 312-5-2 sont répartis par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en dotations régionales limitatives.

Les montants de ces dotations sont fixés en fonction des besoins des personnes handicapées et âgées dépendantes, tels qu'ils résultent des programmes interdépartementaux mentionnés à l'article L. 312-5-1, et des priorités définies au niveau national en matière d'accompagnement des personnes handicapées et des personnes âgées. Ils intègrent l'objectif de réduction progressive des inégalités dans l'allocation des ressources entre régions et l'objectif de réduction des inégalités dans l'allocation de ressources entre établissements et services relevant de mêmes catégories, et peuvent à ce titre prendre en compte l'activité et le coût moyen des établissements et services. Dans ce cadre, le ministre chargé de la sécurité sociale peut fixer, par arrêtés annuels, les tarifs plafonds ou les règles de calcul desdits tarifs plafonds pour les différentes catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux ainsi que les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds.

## Texte du projet de loi

## Propositions de la Commission

—  
*3° Le quatrième alinéa du I est complété par une phrase ainsi rédigée :*

*« Cet arrêté précise, au sein du montant total annuel des dépenses, la part de celles résultant des modifications des règles de tarification ou des changements de régime mentionnés III du présent article. » ;*

*4° Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

*« La décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie fixant le montant des dotations régionales limitatives précise, pour chacune des régions, la part de la dotation correspondant à la mise en œuvre des modifications des règles de tarification ou des changements de régime mentionnés au troisième alinéa du*

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

—

—

*présent article ».*

**Amendement 176**

**Article additionnel après l'article 43**

*L'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :*

*1 Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :*

*« Ces conditions peuvent porter sur les modalités selon lesquelles les personnes accueillies ou accompagnées peuvent exercer leur libre choix, notamment avant leur admission au sein de l'établissement d'hébergement en connaissance de cause quant à l'organisation mise en place avec des professionnels salariés. Ces conditions peuvent porter sur des modes de rémunération particuliers autres que le paiement à l'acte et sur le paiement direct des honoraires des professionnels libéraux par l'établissement. » ;*

*2° Le dernier alinéa est complété par les mots et les phrases suivantes : « sur la base d'un contrat-type établi par un arrêté du ministre chargé des affaires sociales et des personnes âgées. Ce contrat est conclu à la demande de la personne accueillie ou accompagnée, ou de son représentant légal, lorsque les honoraires du professionnel de santé libéral sont remboursés par la caisse primaire d'assurance-maladie à l'assuré social. Ce contrat est conclu à la demande du représentant légal de l'établissement lorsque les honoraires du professionnel de santé libéral sont mis à la charge de l'établissement, selon les règles budgétaires et tarifaires en vigueur, et les options éventuelles exercées par l'établissement. Les contrats conclus avant la publication de l'arrêté relatif aux contrats-types font l'objet de dispositions transitoires, per-*

Art L 314-12 – Des conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral destinées notamment à assurer l'organisation, la coordination et l'évaluation des soins, l'information et la formation sont mises en oeuvre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Ces conditions peuvent porter sur des modes de rémunération particuliers autres que le paiement à l'acte et sur le paiement direct des professionnels par l'établissement.

Un contrat portant sur ces conditions d'exercice est conclu entre le professionnel et l'établissement.

**Dispositions en vigueur**

—

Art. L 314-12. – Des conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral destinées notamment à assurer l'organisation, la coordination et l'évaluation des soins, l'information et la formation sont mises en oeuvre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Ces conditions peuvent porter sur des modes de rémunération particuliers autres que le paiement à l'acte et sur le paiement direct des professionnels par l'établissement.

Un contrat portant sur ces conditions d'exercice est conclu entre le professionnel et l'établissement.

Art. L. 314-8. – Les modalités de fixation de la tarification des établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1 sont déterminées par un décret en Conseil d'Etat qui prévoit notamment :

1° Les conditions et modalités de la tarification de certains établissements ou services, sous forme de prix de journée, tarifs de prestations ou forfaits journaliers et les modalités de globalisation des financements sous forme de forfaits annuels ou de dotations globales ;

2° Les conditions dans lesquelles les personnes accueillies temporairement

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

—

*mettant leur poursuite dans les termes antérieurs, sauf dénonciation de l'une ou l'autre partie. »*

**Amendement 177**

**Article additionnel après l'article 43**

*L'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

*« Les interventions de ces professionnels de santé ne peuvent être qualifiées comme étant une activité salariée conformément à l'article L. 8221-6 du code du travail et à l'article L. 311-11 du code de la sécurité sociale. »*

**Amendement 178**

**Article additionnel après l'article 43**

*L'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :*

### Dispositions en vigueur

peuvent être dispensées d'acquitter tout ou partie des frais afférents à leur prise en charge.

L'accueil temporaire est défini par voie réglementaire. Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, un décret adapte les dispositions du présent code aux modalités de fonctionnement et de tarification de l'accueil temporaire des personnes accueillies dans les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1. Une évaluation du fonctionnement de ces établissements et services fait l'objet d'un rapport remis au Parlement avant le 15 octobre 2012.

Les dépenses de fonctionnement des appartements de coordination thérapeutique mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie, sans préjudice d'une participation des collectivités locales.

Les dépenses médico-sociales des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et des structures dénommées " lits halte soins santé " relevant des catégories d'établissements mentionnées au 9° du I de l'article L. 312-1 sont prises en charge par l'assurance maladie sans préjudice d'autres participations, notamment des collectivités locales, et sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche maritime relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements, ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.

Dans les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 ne comprennent pas l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation de médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables mentionnées à l'article, L. 162-

### Texte du projet de loi

### Propositions de la Commission

## Dispositions en vigueur

17 du code de la sécurité sociale, ni ceux des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du même code, à l'exception de certains dispositifs médicaux dont la liste est fixée par arrêté. Ces dispositions s'appliquent à compter du 1er janvier 2008. Elles sont applicables aux conventions mentionnées au I de l'article L. 313-12 en cours à cette date.

Des expérimentations relatives aux dépenses de médicaments et à leur prise en charge sont menées, à compter du 1er janvier 2009 et pour une période n'excédant pas deux ans, dans les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire. Ces expérimentations sont réalisées sur le fondement d'une estimation quantitative et qualitative de l'activité de ces établissements et services réalisée. Au titre de ces expérimentations, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 peuvent comprendre l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale.

Le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation de ces expérimentations avant le 1er octobre 2010. Ce rapport porte également sur la lutte contre la iatrogénie.

En fonction du bilan des expérimentations présenté par le Gouvernement, et au plus tard le 1er janvier 2011, dans les établissements et services mentionnés au I de l'article L. 313-12 du présent code, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 comprennent l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale. Elles comprennent également l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des dispositifs médicaux, produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du même code ou, pour les établissements et services

## Texte du projet de loi

## Propositions de la Commission

1° À la première phrase du huitième alinéa, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « quatre » ;

2° À la première phrase du neuvième alinéa, l'année : « 2010 » est remplacée par l'année : « 2012 » ;

3° À la première phrase du dixième alinéa, l'année : « 2011 » est remplacée par l'année : « 2013 ».

**Amendement 179**

**Dispositions en vigueur**

qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur ou qui ne partagent pas la pharmacie à usage intérieur d'un groupement de coopération sanitaire, de certains d'entre eux dont la liste est fixée par arrêté.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des spécialités pharmaceutiques, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et dispensées aux assurés hébergés dans les établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code, qui peuvent être prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2. Ces spécialités pharmaceutiques sont prises en charge dans les conditions de droit commun prévues par la section 4 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale. Les dépenses relatives à ces spécialités pharmaceutiques relèvent de l'objectif mentionné à l'article L. 314-3-1 du présent code.

Art. L. 314-9. – Les montants des éléments de tarification afférents aux soins mentionnés au 1° de l'article L. 314-2 sont modulés selon l'état de la personne accueillie au moyen de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2 et du référentiel mentionné au deuxième alinéa du III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006.

Les montants des éléments de tarification afférents à la dépendance mentionnés au 2° de l'article L. 314-2 sont modulés selon l'état de la personne accueillie au moyen de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2.

La convention pluriannuelle mentionnée au I de l'article L. 313-12 précise la périodicité de la révision du niveau de perte d'autonomie des résidents selon la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2.

L'évaluation de la perte d'autonomie des résidents de chaque établis-

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*Article additionnel après l'article 43*

*Les quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :*

*« L'évaluation de la perte d'autonomie des résidents de chaque*

### Dispositions en vigueur

sement est transmise, pour contrôle et validation, à un médecin appartenant à une équipe médico-sociale du département et à un praticien-conseil de la caisse d'assurance maladie. En cas de désaccord entre les deux médecins précités sur cette validation, une commission départementale de coordination médicale dont la composition, les missions et les modalités d'organisation et de fonctionnement sont définies par un arrêté des ministres chargés de l'action sociale et des collectivités territoriales, détermine le classement définitif.

Lorsqu'un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes conteste la répartition des résidents qu'il accueille selon les niveaux de perte d'autonomie arrêtée dans les conditions mentionnées ci-dessus, il peut introduire un recours devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 351-1.

### Texte du projet de loi

#### Article 44

I. – Le code de la sécurité sociale

### Propositions de la Commission

*établissement réalisée à l'aide de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2 est transmise, pour contrôle et validation, à un médecin appartenant à une équipe médico-sociale du département et à un médecin de l'agence régionale de santé territorialement compétente désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé.*

*« L'évaluation des besoins en soins requis des résidents de chaque établissement, réalisée à l'aide du référentiel mentionné au III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, est transmise, pour contrôle et validation, à un médecin de l'agence régionale de santé territorialement compétente désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé.*

*« Une commission régionale de coordination médicale dont la composition, les missions et les modalités d'organisation et de fonctionnement sont définies par un décret en Conseil d'État, détermine le classement définitif, en cas de désaccord entre les deux médecins mentionnés au quatrième alinéa du présent article et en cas de désaccord entre le médecin coordonnateur de l'établissement et le ou les médecins chargés du contrôle et de la validation du niveau de perte d'autonomie des résidents ou de leurs besoins en soins requis.*

*« Lorsqu'un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes conteste la répartition des résidents qu'il accueille selon les niveaux de perte d'autonomie ou des besoins en soins requis arrêtés dans les conditions mentionnées ci-dessus, il peut introduire un recours devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 351-1. »*

#### Amendement 180

#### Article 44

Sans modification

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

—

—

est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 323-3, il est inséré un article L. 323-3-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 323-3-1. – Le versement de l'indemnité journalière ne fait pas obstacle à ce que l'assuré demande, avec l'accord du médecin traitant, à accéder aux actions de formation professionnelle continue prévues au 10° de l'article L. 6313-1 du code du travail\* ou à des actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil auxquelles la caisse primaire participe, sous réserve qu'après avis du médecin conseil, la durée de ces actions soit compatible avec la durée prévisionnelle de l'arrêt de travail. La caisse fait part de son accord à l'assuré et, le cas échéant, à l'employeur, ce dernier en informant le médecin du travail. » ;

2° Le quatrième alinéa de l'article L. 433-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« L'article L. 323-3-1 est applicable aux arrêts de travail résultant d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle. »

II. – Le code du travail est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 1226-1, il est inséré un article L. 1226-1-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 1226-1-1. – Le contrat de travail d'un salarié atteint d'une maladie ou victime d'un accident non-professionnel demeure suspendu pendant les périodes au cours desquelles il suit les actions mentionnées à l'article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale dans les conditions prévues à cet article. » ;

2° Le troisième alinéa de l'article L. 1226-7 est remplacé par les dispositions suivantes :

Code du travail

Art. L. 1226-7. – Le contrat de travail du salarié victime d'un accident de travail, autre qu'un accident de trajet, ou d'une maladie professionnelle est suspendu pendant la durée de l'arrêt de travail provoqué par l'accident ou la maladie.

Le contrat de travail est égale-

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>ment suspendu pendant le délai d'attente et la durée du stage de réadaptation, de rééducation ou de formation professionnelle que doit suivre l'intéressé, conformément à l'avis de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles. Le salarié bénéficie d'une priorité en matière d'accès aux actions de formation professionnelle.</p> <p>Le contrat de travail est également suspendu au cours de l'arrêt de travail mentionné au quatrième alinéa de l'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale et donnant lieu à une action de formation professionnelle continue prévue à l'article L. 6313-1 du présent code ou à d'autres actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil auxquelles la caisse primaire est partie prenante.</p> <p>La durée des périodes de suspension est prise en compte pour la détermination de tous les avantages légaux ou conventionnels liés à l'ancienneté dans l'entreprise.</p>	<p>« Le contrat de travail est également suspendu pendant les périodes au cours desquelles le salarié suit les actions mentionnées à l'article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale dans les conditions prévues à cet article, en application des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 433-1 du même code. ».</p> <p style="text-align: center;"><b>Article 45</b></p> <p>I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins est fixé à 250 millions d'euros pour l'année 2011. Le montant maximal des dépenses de ce fonds est fixé à 296 millions d'euros pour l'année 2011.</p> <p>II. – 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 à 347,71 millions d'euros pour l'année 2011.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Article 45</b></p> <p>Sans modification</p>

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

III. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires est fixé à 20 millions d'euros pour l'année 2011.

IV. – Le montant de la dotation globale pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales est fixé à 45 millions d'euros pour l'année 2011.

V. – Le montant de la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des agences régionales de santé est fixé à 151 millions d'euros au titre de leur budget de gestion et à 40 millions d'euros au titre de leurs actions de prévention pour l'année 2011, selon une répartition entre les régimes fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture.

**Article 46**

Pour l'année 2011, 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 183,5 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 159,3 milliards d'euros.

**Article 47**

Pour l'année 2011, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

**Cf. tableau en annexe 1**

**Article 46**

Sans modification

**Article 47**

Sans modification

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
—	<p>Section 2 <b>Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse</b></p>	<p><i>Article additionnel avant l'article 48</i></p>
		<p><i>Il est institué un comité national de pilotage de l'assurance vieillesse des médecins exerçant à titre libéral. Ce comité comprend des représentants de l'État, de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, de la section professionnelle mentionnée à l'article L. 641-5 compétente pour les médecins et des organisations syndicales représentatives des médecins généralistes et des médecins spécialistes pour tout le territoire. Chaque année, au plus tard le 15 septembre, il remet au Parlement et au Gouvernement un rapport sur l'équilibre financier des régimes d'assurance vieillesse des médecins exerçant à titre libéral.</i></p>
		<p><b>Amendement 181</b></p>
	<p><b>Article 48</b></p>	<p><b>Article 48</b></p>
	<p>Pour l'année 2011, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés :</p>	<p>Sans modification</p>
	<p>1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 202,2 milliards d'euros ;</p>	
	<p>2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 106,8 milliards d'euros.</p>	
	<p>Section 3 <b>Dispositions relatives aux dépenses d'accidents de travail et de maladies professionnelles</b></p>	
	<p><b>Article 49</b></p>	<p><b>Article 49</b></p>
<p>Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001</p>	<p>I. – L'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est ainsi modifié :</p>	
<p>Art. 53. – I. – .....</p>		

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

III. — Le demandeur justifie de l'exposition à l'amiante et de l'atteinte à l'état de santé de la victime.

Le demandeur informe le fonds des autres procédures relatives à l'indemnisation des préjudices définis au I éventuellement en cours. Si une action en justice est intentée, il informe le juge de la saisine du fonds.

Si la maladie est susceptible d'avoir une origine professionnelle et en l'absence de déclaration préalable par la victime, le fonds transmet sans délai le dossier à l'organisme concerné au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité. Cette transmission vaut déclaration de maladie professionnelle. Elle suspend le délai prévu au IV du présent article jusqu'à ce que l'organisme concerné communique au fonds les décisions prises. En tout état de cause, l'organisme saisi dispose pour prendre sa décision d'un délai de trois mois, renouvelable une fois si une enquête complémentaire est nécessaire. Faute de décision prise par l'organisme concerné dans ce délai, le fonds statue dans un délai de trois mois.

Le fonds examine si les conditions de l'indemnisation sont réunies : il recherche les circonstances de l'exposition à l'amiante et ses conséquences sur l'état de santé de la victime ; il procède ou fait procéder à toute investigation et expertise utiles sans que puisse lui être opposé le secret professionnel ou industriel. Vaut justification de l'exposition à l'amiante la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité, ainsi que le fait d'être atteint d'une maladie provoquée par l'amiante et figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés du travail et de la sécurité sociale.

**Dispositions en vigueur**

—

Dans les cas valant justification de l'exposition à l'amiante visés à l'alinéa précédent, le fonds peut verser une provision si la demande lui en a été faite, il est statué dans le délai d'un mois à compter de la demande de provision.

Le fonds peut requérir de tout service de l'État, collectivité publique, organisme assurant la gestion des prestations sociales, organisme assureur susceptibles de réparer tout ou partie du préjudice, la communication des renseignements relatifs à l'exécution de leurs obligations éventuelles.

Les renseignements ainsi recueillis ne peuvent être utilisés à d'autres fins que l'instruction de la demande faite au fonds d'indemnisation et leur divulgation est interdite. Les personnes qui ont à connaître des documents et informations fournis au fonds sont tenues au secret professionnel.

Le demandeur peut obtenir la communication de son dossier, sous réserve du respect du secret médical.

**Texte du projet de loi**

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

« III bis. — Les droits à l'indemnisation des préjudices mentionnés au I se prescrivent par dix ans à compter de la date du premier certificat médical établissant le lien entre la maladie et l'exposition à l'amiante. Toutefois, le délai de prescription ne court :

« 1° Pour l'indemnisation des préjudices résultant de l'aggravation d'une maladie dont un certificat médical a déjà établi le lien avec l'exposition à l'amiante, que de la date du premier certificat médical constatant cette aggravation ;

« 2° Pour l'indemnisation des ayants droit d'une personne décédée, quand son décès est lié à l'exposition à l'amiante, que de la date du premier certificat médical établissant le lien entre le décès et cette exposition. » ;

2° Au deuxième alinéa du IV, les mots : « ou si une indemnisation complémentaire est susceptible d'être accordée dans le cadre d'une procédure pour

**Propositions de la Commission**

—

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>.....</p> <p>VI. – Le fonds est subrogé, à due concurrence des sommes versées, dans les droits que possède le demandeur contre la personne responsable du dommage ainsi que contre les personnes ou organismes tenus à un titre quelconque d'en assurer la réparation totale ou partielle dans la limite du montant des prestations à la charge desdites personnes.</p>	<p>faute inexcusable de l'employeur » sont supprimés ;</p>	
<p>Le fonds intervient devant les juridictions civiles, y compris celles du contentieux de la sécurité sociale, notamment dans les actions en faute inexcusable, et devant les juridictions de jugement en matière répressive, même pour la première fois en cause d'appel, en cas de constitution de partie civile du demandeur contre le ou les responsables des préjudices ; il intervient à titre principal et peut user de toutes les voies de recours ouvertes par la loi.</p>	<p>3° Le VI est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>	
<p>Si le fait générateur du dommage a donné lieu à des poursuites pénales, le juge civil n'est pas tenu de surseoir à statuer jusqu'à décision définitive de la juridiction répressive.</p>	<p>« La reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur, à l'occasion de l'action à laquelle le fonds est partie, ouvre droit à la majoration des indemnités versées à la victime ou à ses ayants droit en application de la législation de sécurité sociale. L'indemnisation à la charge du fonds est alors révisée en conséquence. »</p>	
	<p>II. – Le délai de prescription fixé au III bis de l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000* précitée s'applique immédiatement en tenant compte du délai écoulé depuis l'établissement du premier certificat médical mentionné au même III bis. Toutefois, à cette fin, les certificats médicaux établis avant le 1<sup>er</sup> janvier 2004 sont réputés l'avoir été à cette date.</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Loi n°98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999</p>	<p>Dans le délai de trois ans à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011, les auteurs d'une demande d'indemnisation rejetée, avant l'entrée en vigueur de la présente loi, au motif que les droits étaient prescrits, ou leurs ayants droit, peuvent demander au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante de se prononcer à nouveau sur la demande, à condition qu'ils se désistent, le cas échéant, de leur action en cours à l'encontre de la décision de rejet.</p>	<p>Le fonds ... ... mentionnées au deuxième alinéa du présent II des droits ... ...application de <i>ce même II</i>.</p>
<p>Art 41 – I. – Une allocation de cessation anticipée d'activité est versée aux salariés et anciens salariés des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, des établissements de flochage et de calorifugeage à l'amiante ou de construction et de réparation navales, sous réserve qu'ils cessent toute activité professionnelle, lorsqu'ils remplissent les conditions suivantes :</p>	<p>Le fonds informe les auteurs des demandes mentionnées à l'alinéa précédent des droits dont ils bénéficient en application de la présente loi.</p>	<p><b>Amendement 182</b></p>
<p>1° Travailler ou avoir travaillé dans un des établissements mentionnés ci-dessus et figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget, pendant la période où y étaient fabriqués ou traités l'amiante ou des matériaux contenant de l'amiante. L'exercice des activités de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, de flochage et de calorifugeage à l'amiante de l'établissement doit présenter un caractère significatif ;</p>	<p><i>Article additionnel après l'article 49</i></p>	<p><i>Après le huitième alinéa de l'article 41 de la loi n°98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999, sont insérés quatre alinéas ainsi rédigés :</i></p>
<p>2° Avoir atteint un âge déterminé, qui pourra varier en fonction de la durée du travail effectué dans les éta-</p>		

**Dispositions en vigueur**

blissements visés au 1° sans pouvoir être inférieur à cinquante ans ;

3° S'agissant des salariés de la construction et de la réparation navales, avoir exercé un métier figurant sur une liste fixée par arrêté conjoint des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget.

Le bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité est ouvert aux ouvriers dockers professionnels et personnels portuaires assurant la manutention sous réserve qu'ils cessent toute activité professionnelle, lorsqu'ils remplissent les conditions suivantes :

1° Travailler ou avoir travaillé, au cours d'une période déterminée, dans un port au cours d'une période pendant laquelle était manipulé de l'amiante ; la liste de ces ports et, pour chaque port, de la période considérée est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale, des transports et du budget ;

2° Avoir atteint un âge déterminé qui pourra varier en fonction de la durée du travail dans le port sans pouvoir être inférieur à cinquante ans.

Ont également droit, dès l'âge de cinquante ans, à l'allocation de cessation anticipée d'activité les personnes reconnues atteintes, au titre du régime général ou du régime d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des salariés agricoles, d'une maladie professionnelle provoquée par l'amiante et figurant sur une liste établie par arrêtés des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et de l'agriculture.

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*« À compter du 1er janvier 2011, le bénéfice de l'allocation anticipée d'activité est ouvert aux salariés ou anciens salariés qui remplissent les conditions suivantes :*

*« 1° Avoir travaillé dans un secteur d'activité figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés de travail, de la sécurité sociale et du bud-*

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
Code rural et de la pêche maritime	<b>Article 50</b>	<b>Article 50</b>
<p>Art. L. 751-21. – Les caisses de mutualité sociale agricole peuvent accorder des ristournes sur la cotisation ou imposer des cotisations supplémentaires dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de l'agriculture, pour tenir compte selon le cas :</p>	<p>I. – L'article L. 751-21 du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :</p>	<p>Sans modification</p>
<p>1° Soit des mesures de prévention ou de soins prises par l'employeur ;</p>	<p>1° Après le quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>get ; « 2° Avoir exercé un métier figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget ;</p>
<p>2° Soit des risques exceptionnels présentés par l'exploitation révélés notamment par une infraction constatée en application de l'article L. 611-10 du code du travail ou résultant de l'inobservation des mesures individuelles ou collectives de prévention décidées par application de l'article L. 751-48.</p>		<p>« 3° Avoir atteint un âge déterminé, qui pourra varier en fonction de la durée du travail effectué dans le secteur d'activité, sans pouvoir être inférieur à cinquante ans. »</p>
<p>Pour l'imposition d'une cotisation supplémentaire, en dehors du cas d'infraction constatée en application de l'article L. 611-10 du code du travail, l'envoi d'une injonction préalable n'est pas exigé en ce qui concerne les dispositions générales de prévention ayant fait l'objet d'un arrêté d'extension du ministre chargé de l'agriculture et les mesures particulières de prévention rendues obligatoires par arrêté du ministre chargé de l'agriculture pour tous les employeurs d'un secteur professionnel déterminé, à moins que ces arrêtés n'en aient disposé autrement.</p>		<b>Amendement 183</b>

**Dispositions en vigueur**

—

Il en est de même pour l'imposition d'une cotisation supplémentaire plus élevée en cas de récidive dans un délai de trois ans ou en cas de persistance, après l'expiration du délai fixé, de la situation ayant donné lieu à l'imposition d'une cotisation supplémentaire.

La cotisation supplémentaire est due à partir de la date à laquelle ont été constatés les risques exceptionnels.

Les décisions des caisses sont susceptibles de recours devant la cour nationale mentionnée à l'article L. 751-16.

En cas de carence de la caisse, l'autorité administrative peut statuer, sauf recours devant ladite cour.

Art. L. 751-49. – Dans une limite fixée par voie réglementaire, des avances peuvent être accordées par les caisses de mutualité sociale agricole aux employeurs qui souscrivent aux conditions de la convention d'objectifs, préalablement approuvée par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole et fixant un programme d'actions de prévention spécifique à leur branche d'activité. Ces avances pourront être acquises aux employeurs dans les conditions prévues par la convention.

**Texte du projet de loi**

« Il en est de même pour l'imposition découlant d'une répétition dans un établissement, dans un délai déterminé, de certaines situations particulièrement graves de risque exceptionnel définies par arrêté qui ont déjà donné lieu à une première injonction à cet établissement. » ;

2° Le sixième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le taux de la cotisation supplémentaire, la durée pendant laquelle elle est due et son montant forfaitaire minimal sont fixés par arrêté. »

II. – L'article L. 751-49 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les caisses mentionnées au premier alinéa peuvent également accorder, dans des conditions définies par arrêté, des subventions aux entreprises éligibles aux programmes de prévention nationaux définis par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole après avis des comités techniques nationaux. Ces programmes

**Propositions de la Commission**

—

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

précisent les risques et les catégories d'entreprises éligibles ainsi que les montants financiers susceptibles d'être alloués. Une subvention ne peut être accordée à une entreprise que si le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, les délégués du personnel ont été, le cas échéant, informés des mesures de prévention préalablement à leur mise en œuvre. »

**Article 51**

Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale\* est fixé à 710 millions d'euros pour l'année 2011.

**Article 52**

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 880 millions d'euros pour l'année 2011.

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 340 millions d'euros pour l'année 2011.

**Article 53**

Pour l'année 2011, les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 13,0 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 11,6 milliards d'euros.

**Article 51**

Sans modification

**Article 52**

Sans modification

**Article 53**

Sans modification

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>Art. L. 542-2. – L'allocation de logement n'est due, au titre de leur résidence principale, qu'aux personnes :</p> <p>1°) payant un minimum de loyer, compte tenu de leurs ressources ; sont assimilées aux loyers les mensualités versées pour accéder à la propriété de l'habitation ;</p> <p>2°) habitant un logement répondant aux caractéristiques définies en application des premier et deuxième alinéas de l'article 6 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs et à des conditions minima de peuplement. Lorsque le logement ne satisfait pas aux caractéristiques imposées ci-dessus et que le locataire a demandé leur mise en conformité dans les conditions fixées à l'article 20-1 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 précitée ou qu'il a engagé une action en justice en application du c de l'article 6 de la même loi, l'allocation de logement est maintenue. Hormis ce cas, l'allocation de logement peut être accordée à titre dérogatoire dans des conditions fixées par décret ; si un logement devient surpeuplé par suite de naissance ou de prise en charge d'un enfant ou d'un proche parent, les allocations sont maintenues pendant une durée déterminée.</p> <p>L'allocation de logement est due à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions d'ouverture du droit sont réunies. Lorsque les conditions d'ouverture du droit sont réunies antérieurement à la demande, l'allocation est versée dans la limite des trois mois précédant celui au cours duquel la demande est déposée.</p>	<p>Section 4</p> <p><b>Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille</b></p> <p><b>Article 54</b></p> <p>I. – Au quatrième alinéa de l'article L. 542-2 et au premier alinéa de l'article L. 831-4-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « Lorsque les conditions d'ouverture du droit sont réunies antérieurement à la demande » sont remplacés par les mots : « Toutefois, lorsque les conditions d'ouverture du droit sont réunies antérieurement au mois de la demande » et les mots : « l'allocation est versée dans la limite des trois mois précédant celui » sont remplacés par les mots : « l'allocation est due à compter du premier jour du mois ».</p>	<p><b>Article 54</b></p> <p>Sans modification</p>

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

Les dispositions prévues à la première phrase de l'alinéa précédent ne s'appliquent pas aux personnes qui, hébergées par un organisme logeant à titre temporaire des personnes défavorisées et bénéficiant de l'aide mentionnée à l'article L. 851-1, accèdent à un logement ouvrant droit à l'allocation de logement, afin d'assurer la continuité des prestations prévue par le second alinéa de l'article L. 552-1. De la même façon, elles ne s'appliquent pas aux personnes dont le logement a fait l'objet d'un arrêté d'insalubrité ou de péril lorsque, dans les conditions définies au premier alinéa de l'article L. 521-2 du code de la construction et de l'habitation, elles reprennent le paiement du loyer ou de toute autre somme versée en contrepartie de l'occupation de ce logement ou lorsqu'elles sont relogées.

L'allocation de logement n'est pas due aux personnes qui sont locataires d'un logement appartenant à l'un de leurs ascendants ou descendants, ou ceux de leur conjoint ou concubin ou de toute personne liée à elles par un contrat conclu en application de l'article 515-1 du code civil.

Art. L.831-4-1. – L'allocation de logement est due à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions d'ouverture du droit sont réunies. Lorsque les conditions d'ouverture du droit sont réunies antérieurement à la demande, l'allocation est versée dans la limite des trois mois précédant celui au cours duquel la demande est déposée.

Les dispositions prévues à la première phrase de l'alinéa précédent ne s'appliquent pas aux personnes qui, hébergées par un organisme logeant à titre temporaire des personnes défavorisées et bénéficiant de l'aide mentionnée à l'article L. 851-1, accèdent à un logement ouvrant droit à l'allocation de logement, afin d'assurer la continuité des prestations prévue par le second alinéa de l'article L. 552-1. De la même façon, elles ne s'appliquent pas aux personnes

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

—  
dont le logement a fait l'objet d'un arrêté d'insalubrité ou de péril lorsque, dans les conditions définies au premier alinéa de l'article L. 521-2 du code de la construction et de l'habitation, elles reprennent le paiement du loyer ou de toute autre somme versée en contrepartie de l'occupation de ce logement ou lorsqu'elles sont relogées.

Code de la construction et de  
l'habitation

Art. L. 351-3-1. – I. – L'aide personnalisée au logement est due à partir du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions d'ouverture du droit sont réunies.

Toutefois, cette aide est due à l'occupant d'un logement-foyer de jeunes travailleurs ou à l'occupant de certains logements-foyers répondant à des conditions fixées par décret à partir du premier jour du premier mois civil pour lequel cet occupant acquitte l'intégralité de la redevance mensuelle prévue par le titre d'occupation, sous réserve que les autres conditions d'ouverture du droit soient réunies à cette date.

De la même façon, les dispositions prévues au premier alinéa ne s'appliquent pas aux personnes dont le logement a fait l'objet d'un arrêté d'insalubrité ou de péril lorsque, dans les conditions définies au premier alinéa de l'article L. 521-2, elles reprennent le paiement du loyer ou de toute autre somme versée en contrepartie de l'occupation de ce logement ou lorsqu'elles sont relogées.

Lorsque les conditions d'ouverture du droit sont réunies antérieurement à la date de la demande, l'aide n'est due que dans la limite des trois mois précédant celui au cours duquel la demande est déposée.

II. – Au quatrième alinéa du I de l'article L. 351-3-1 du code de la construction et de l'habitation, les mots : « Lorsque les conditions d'ouverture du droit sont réunies antérieurement à la date de la demande, l'aide n'est due que dans la limite des trois mois précédents celui » sont remplacés par les mots : « Lorsque les conditions d'ouverture du droit sont réunies antérieurement au mois de la demande, l'aide n'est due qu'à compter du premier jour du mois ».

**Dispositions en vigueur**

II. – L'aide personnalisée au logement cesse d'être due à partir du premier jour du mois civil au cours duquel les conditions d'ouverture du droit cessent d'être réunies.

Toutefois, cette aide cesse d'être due à l'occupant des logements-foyers mentionnés au I le premier jour du mois civil suivant le dernier mois pour lequel cet occupant acquitte l'intégralité de la redevance mensuelle prévue par le titre d'occupation.

Par dérogation aux deux alinéas précédents, le droit à l'aide personnalisée au logement est éteint à partir du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel survient le décès du bénéficiaire.

III. – Les changements de nature à modifier les droits à l'aide personnalisée prennent effet et cessent de produire leurs effets selon les règles respectivement définies pour l'ouverture et l'extinction des droits prévus au premier alinéa du I et du II, sauf en cas de décès du conjoint du bénéficiaire ou d'une personne à charge, auquel cas ils prennent effet le premier jour du mois civil suivant le décès.

Toutefois, les dispositions du I et du II ne peuvent avoir pour effet d'interrompre le droit à l'aide personnalisée au logement ou, le cas échéant, aux allocations de logement visées aux articles L. 542-1 et L. 831-1 du code de la sécurité sociale. Les dispositions du premier alinéa du I ne s'appliquent pas aux personnes qui, hébergées par un organisme logeant à titre temporaire des personnes défavorisées et bénéficiant de l'aide prévue à l'article L. 851-1 du code de la sécurité sociale, accèdent à un logement ouvrant droit à l'aide personnalisée au logement. Dans ce cas, l'aide est due à compter du premier jour du mois civil au cours duquel les conditions d'ouverture du droit sont réunies.

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
Code de la sécurité sociale	<b>Article 55</b>	<b>Article 55</b>
<p>Art. L. 531-3. – L'allocation de base est attribuée, à compter de la date de la naissance du ou des enfants, au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond. Elle est versée jusqu'au dernier jour du mois civil précédant celui au cours duquel l'enfant atteint l'âge limite prévu au premier alinéa de l'article L. 531-1.</p>	<p>I. – Au premier et au deuxième alinéas de l'article L. 531-3 du code de la sécurité sociale, les mots : « à compter de la date de » sont remplacés par les mots : « à compter du premier jour du mois civil suivant ».</p>	<i>Supprimé</i>
<p>L'allocation est versée à compter de la date de l'arrivée au foyer, pour chaque enfant adopté ou confié en vue d'adoption. Dans ce cas, elle est versée même si l'enfant a un âge supérieur à l'âge limite mentionné au premier alinéa de l'article L. 531-1, mais inférieur à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3. La durée de versement de l'allocation est égale à celle définie à l'alinéa précédent.</p>		<b>Amendement 184</b>
<p>Le plafond de ressources est celui défini à l'article L. 531-2.</p>		
<p>Plusieurs allocations de base ne peuvent se cumuler que pour les enfants issus de naissances multiples ou en cas d'adoptions multiples simultanées.</p>		
<p>Art. L. 552-1. – Les prestations servies mensuellement par les organismes débiteurs de prestations familiales sont dues, à l'exception de l'allocation de soutien familial versée dans les conditions prévues au cinquième alinéa de l'article L. 523-1, de l'allocation de base, du complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant, du complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant lorsque le bénéficiaire a un seul enfant à charge ou lorsqu'il est fait usage de l'option prévue au deuxième alinéa du VI de l'article L. 531-4 et de l'allocation journalière de présence parentale, à partir du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions d'ouverture du droit sont réunies. Elles cessent d'être dues à partir du premier jour du mois civil au cours duquel les conditions</p>	<p>II. – Au premier alinéa de l'article L. 552-1 du même code, les mots : « de l'allocation de base, » sont supprimés.</p>	

**Dispositions en vigueur**

d'ouverture du droit cessent d'être réunies, sauf en cas de perception du complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant, du complément de libre choix d'activité de cette dernière prestation lorsque le bénéficiaire a un seul enfant à charge ou de décès de l'allocataire, de son conjoint ou d'un enfant à charge, auxquels cas elles cessent d'être dues au premier jour du mois civil qui suit le décès.

Les changements de nature à modifier les droits aux prestations mentionnées au premier alinéa prennent effet et cessent de produire leurs effets selon les règles respectivement définies pour l'ouverture et l'extinction des droits, sauf s'ils conduisent à interrompre la continuité des prestations.

Les allocations sont versées à la personne qui assume, dans quelques conditions que ce soit, la charge effective et permanente de l'enfant.

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 oeuvre 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'Etat fixe les conditions d'application du présent alinéa.

Lorsque la personne qui assume la charge effective et permanente de l'enfant ne remplit pas les conditions prévues au titre I du présent livre pour l'ouverture du droit aux allocations familiales, ce droit s'ouvre du chef du père ou, à défaut, du chef de la mère.

**Texte du projet de loi**

III. – Les dispositions du présent article sont applicables pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1<sup>er</sup> avril 2011.

**Propositions de la Commission**

*Article additionnel avant l'article 56*

Le quatrième alinéa de l'article L. 521-2 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée

**Dispositions en vigueur**

—

Lorsqu'un enfant est confié au service d'aide sociale à l'enfance, les allocations familiales continuent d'être évaluées en tenant compte à la fois des enfants présents au foyer et du ou des enfants confiés au service de l'aide sociale à l'enfance. La part des allocations familiales dues à la famille pour cet enfant est versée à ce service. Toutefois, le juge peut décider, d'office ou sur saisine du président du conseil général, à la suite d'une mesure prise en application des articles 375-3 et 375-5 du code civil ou des articles 15, 16, 16 bis et 28 de l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante, de maintenir le versement des allocations à la famille, lorsque celle-ci participe à la prise en charge morale ou matérielle de l'enfant ou en vue de faciliter le retour de l'enfant dans son foyer.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article, notamment dans les cas énumérés ci-dessous :

- a) retrait total de l'autorité parentale des parents ou de l'un d'eux ;
- b) indignité des parents ou de l'un d'eux ;
- c) divorce, séparation de corps ou de fait des parents ;
- d) enfants confiés à un service public, à une institution privée, à un particulier.

Art L.531-4 – I. – 1. Le complément de libre choix d'activité est versé à taux plein à la personne qui choisit de ne plus exercer d'activité professionnelle pour s'occuper d'un enfant.

Les conditions d'assimilation d'un mandat d'élu à une activité professionnelle au sens de l'alinéa précédent

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

—

« Le montant de ce versement ne peut excéder 20 % du montant total des allocations familiales. »

**Amendement 185**

*Article additionnel avant l'article 56*

*Le III de l'article L. 531-4 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

## Dispositions en vigueur

sont définies par décret.

2. Le complément est attribué à taux partiel à la personne qui exerce une activité ou poursuit une formation professionnelle rémunérée, à temps partiel. Son montant est fonction de la quotité de l'activité exercée ou de la formation suivie. Les quotités minimale et maximale de l'activité ou de la formation sont définies par décret.

Les modalités selon lesquelles ce complément à taux partiel est attribué aux personnes mentionnées aux articles L. 751-1 et L. 772-1 du code du travail, aux 1<sup>o</sup>, 4<sup>o</sup> et 5<sup>o</sup> de l'article L. 615-1 et à l'article L. 722-1 du présent code, aux articles L. 722-4, L. 722-9, L. 722-22 et L. 722-28 du code rural et de la pêche maritime ainsi qu'aux élus locaux sont adaptées par décret.

Ce complément à taux partiel est attribué au même taux pendant une durée minimale déterminée par décret. Il ne peut y avoir révision de ce taux au cours de cette durée qu'en cas de cessation de l'activité ou de la formation.

II. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 552-1, lorsque le bénéficiaire du complément de libre choix d'activité a un seul enfant à charge, le droit au complément est ouvert le mois de la naissance ou de l'adoption de l'enfant ou le mois de l'arrêt du versement des indemnités ou allocations mentionnées aux 1<sup>o</sup> à 3<sup>o</sup> du II de l'article L. 532-2. Sa durée de versement est limitée à une durée maximale.

III. – L'ouverture du droit est subordonnée à l'exercice antérieur d'une activité professionnelle suffisante pour ouvrir des droits à pension de retraite dans un régime de base.

Cette activité doit avoir été exercée pendant une durée minimale au cours d'une période de référence précédant soit la naissance, l'adoption ou l'accueil de l'enfant pour lequel l'allocation est demandée, soit la demande si elle est postérieure lorsque le bénéficiaire compte plus d'un enfant à charge. Cette

## Texte du projet de loi

## Propositions de la Commission

**Dispositions en vigueur**

durée varie selon le nombre d'enfants à charge.

Les situations qui sont assimilées à une activité professionnelle sont définies par décret en fonction du rang de l'enfant.

Les deux membres d'un couple ne peuvent cumuler le bénéfice de deux compléments de libre choix d'activité à taux plein. Lorsque les deux membres du couple exercent une activité professionnelle ou poursuivent une formation professionnelle rémunérée à temps partiel, un complément à taux partiel peut être attribué à chacun d'entre eux dans les conditions définies au 2 du I sans que, toutefois, le montant cumulé de ces deux compléments à taux partiel puisse être supérieur à celui du complément à taux plein. Lorsque le montant cumulé des deux compléments à taux partiel est inférieur à celui du complément à taux plein, le montant de ce dernier complément est versé.

.....

Art L. 543-1 – Une allocation de rentrée scolaire est attribuée au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond variable en fonction du nombre des enfants à charge, pour chaque enfant inscrit en exécution de l'obligation scolaire dans un établissement ou organisme d'enseignement public ou privé.

Elle est également attribuée, pour chaque enfant d'un âge inférieur à un âge déterminé, et dont la rémunération n'excède pas le plafond mentionné au 2° de l'article L. 512-3, qui poursuit des

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*« Les deux membres d'un couple peuvent opter pour le partage du complément de libre choix d'activité versé à taux plein. Son montant est fonction de la période pendant laquelle le parent cesse toute activité professionnelle pour s'occuper de son enfant. »*

**Amendement 186**

**Article additionnel avant l'article 56**

*L'article L. 543-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

**Dispositions en vigueur**

études ou qui est placé en apprentissage.

Le niveau du plafond de ressources varie conformément à l'évolution des prix à la consommation des ménages hors les prix du tabac, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat. Son montant est fixé par décret et revalorisé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture.

Le montant de l'allocation de rentrée scolaire varie selon l'âge de l'enfant.

Art L. 581-2 – Lorsque l'un au moins des parents se soustrait totalement au versement d'une créance alimentaire pour enfants fixée par décision de justice devenue exécutoire, l'allocation de soutien familial est versée à titre d'avance sur créance alimentaire.

L'organisme débiteur des prestations familiales est subrogé dans les droits du créancier, dans la limite du montant de l'allocation de soutien familial ou de la créance d'aliments si celle-ci lui est inférieure.

Lorsque l'un au moins des parents se soustrait partiellement au versement d'une créance alimentaire pour enfants fixée par décision de justice devenue exécutoire, il est versé à titre d'avance une allocation différentielle.

Cette allocation différentielle complète le versement partiel effectué par le débiteur, à hauteur de la créance alimentaire susvisée, sans toutefois pouvoir excéder le montant de l'allocation

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*« Lorsqu'un mineur est confié au service de l'aide sociale à l'enfance, la part de l'allocation de rentrée scolaire due à la famille pour cet enfant est versée à ce service, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État. »*

**Amendement 187**

*Article additionnel avant l'article 56*

*I. – Les troisième et quatrième alinéas de l'article L. 581-2 du code de la sécurité sociale sont supprimés.*

*II. – Le présent article s'applique aux prestations versées au titre des enfants nés à compter du 1er janvier 2011.*

**Amendement 188**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
tion de soutien familial.	<p style="text-align: center;"><b>Article 56</b></p> <p>Pour l'année 2011, les objectifs de dépenses de la branche famille sont fixés :</p> <p>1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 55,7 milliards d'euros ;</p> <p>2° Pour le régime général de la sécurité sociale à 55,2 milliards d'euros.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Article 56</b></p> <p>Sans modification</p>
Art. L. 135-2. – Les dépenses prises en charge par le fonds de solidarité vieillesse au titre du premier alinéa de l'article L. 135-1 sont les suivantes :	<p style="text-align: center;">Section 5 <b>Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Article 57</b></p> <p>I. – À l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale, il est rétabli un 2° ainsi rédigé :</p>	<p style="text-align: center;"><b>Article 57</b></p>
1° Le financement des allocations mentionnées : - au dernier alinéa de l'article L. 643-1 ; - au chapitre V du titre Ier du livre VIII ; - à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ;	<p>« 2° Une partie, fixée par la loi de financement de la sécurité sociale, des sommes correspondant au service par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales de la majoration mentionnée à l'article L. 351-10* ; ».</p>	
2° Paragraphe supprimé		

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

3° Les sommes correspondant au service, par les régimes d'assurance vieillesse de base mentionnés au titre V du livre III, aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 du présent code et à l'article 1024 du code rural :

a) Des majorations de pensions accordées en fonction du nombre d'enfants ;

b) Des majorations de pensions pour conjoint à charge ;

4° Les sommes représentatives de la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base mentionnés au titre V du livre III, aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 du présent code et à l'article 1024 du code rural, dans la durée d'assurance :

a) Des périodes de service national légal de leurs assurés ;

b) Des périodes pendant lesquelles les assurés ont bénéficié des allocations mentionnées aux articles L. 321-4-2, L. 351-3, L. 351-9, L. 351-10 et L. 351-10-2 du code du travail, des allocations spéciales mentionnées au 2° de l'article L. 322-4 du même code, de l'allocation de préparation à la retraite mentionnée à l'article 125 de la loi de finances pour 1992 (n° 91-1322 du 30 décembre 1991) et de la rémunération prévue au quatrième alinéa de l'article L. 321-4-3 du code du travail ;

c) Des périodes de chômage non indemnisé visées au 3° de l'article L. 351-3 du présent code ;

d) Des périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié, en cas d'absence complète d'activité, d'un revenu de remplacement de la part de son entreprise en application d'un accord professionnel national mentionné au dernier alinéa de l'article L. 352-3 du code du travail ;

e) Des périodes de versement de l'allocation de congé solidarité prévue à l'article 15 de la loi n° 2000-1207 du 13 décembre 2000 d'orientation pour l'outre-mer ;

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

f) Des périodes mentionnées au 1° de l'article L. 351-3 ;

5° Les sommes correspondant à la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base mentionnés au titre V du livre III, aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 du présent code et à l'article 1024 du code rural des réductions de la durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes, définies à l'article L. 351-7-1 ci-après ;

6° Les sommes correspondant au paiement par les organismes visés aux articles 1002 et 1142-8 du code rural des majorations des pensions accordées en fonction du nombre d'enfants aux ressortissants du régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles ;

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

8° Les frais de gestion administrative du fonds correspondant à des opérations de solidarité ;

9° Les dépenses attachées au service de l'allocation spéciale pour les personnes âgées prévue à l'article 28 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte.

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

Les sommes mentionnées au c du 4° sont calculées sur une base forfaitaire déterminée par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, après avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

Loi n° 2008 1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009

Art. 80. – I. – La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 351-10 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « lorsque la durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré, accomplie tant dans le régime général que dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, est au moins égale à une limite fixée par décret ».

II. – A la sous-section 2 de la section 3 du chapitre III du titre VII du livre I<sup>er</sup> du même code, il est rétabli un article L. 173-2 ainsi rédigé :

« Art.L. 173-2. – Dans le cas où l'assuré a relevé d'un ou plusieurs régimes d'assurance vieillesse mentionnés à l'article L. 200-2 et au 2° de l'article L. 611-1 du présent code ou à l'article L. 722-20 du code rural, et lorsqu'il est susceptible de bénéficier du minimum de pension prévu à l'article L. 351-10 dans un ou plusieurs de ces régimes, ce minimum de pension lui est versé sous réserve que le montant mensuel total de ses pensions personnelles de retraite attribuées au titre d'un ou plusieurs régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales, portées le cas échéant au minimum de pension, n'excède pas un montant fixé par décret.

II. – En 2011, la prise en charge mentionnée au 2° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale est fixée à 3 milliards d'euros pour le régime général, 400 millions d'euros pour le régime des salariés agricoles et 100 millions d'euros pour les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales.

II. – En 2011, *les dépenses de prise en charge mentionnées au 2° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale sont fixées à 3 milliards ...*

... commerciales.

**Amendement 189**

**Dispositions en vigueur**

« En cas de dépassement de ce montant, la majoration résultant de l'article L. 351-10 est réduite à due concurrence du dépassement. « Lorsque l'assuré est susceptible de bénéficier du minimum de pension prévu à l'article L. 351-10 dans plusieurs régimes, les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. »

III. – Après l'article L. 351-10 du même code, il est inséré un article L. 351-10-1 ainsi rédigé : « Art.L. 351-10-1. – L'assuré ne peut bénéficier des dispositions de l'article L. 351-10 que s'il a fait valoir les droits aux pensions personnelles de retraite auxquels il peut prétendre au titre des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales. »

IV. – Au premier alinéa de l'article L. 634-2 du même code, la référence : « L. 351-10 » est remplacée par la référence : « L. 351-10-1 ».

V. – Le I du présent article est applicable aux pensions prenant effet à compter du 1<sup>er</sup> avril 2009. Les II et III sont applicables aux pensions prenant effet à une date fixée par décret, et au plus tard au 1<sup>er</sup> janvier 2011. Les II et III sont applicables aux pensions prenant effet à une date fixée par décret, et au plus tard au 1<sup>er</sup> janvier 2011.

Art L. 173-2 – Dans le cas où l'assuré a relevé d'un ou plusieurs régimes d'assurance vieillesse mentionnés à

**Texte du projet de loi**

III. – Au V de l'article 80 de la loi n° 2008 1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009, la date : « 1<sup>er</sup> janvier 2011 » est remplacée par la date : « 1<sup>er</sup> juillet 2011 ».

**Propositions de la Commission**

*« IV. – À l'article L. 634-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « aux 4<sup>o</sup> et 6<sup>o</sup> de l'article L. 351-3 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 351-3 »*

**Amendement 190**

**Article additionnel après l'article 57**

*I. – Au premier alinéa de l'article L. 173-2 du code de la sécurité*

**Dispositions en vigueur**

l'article L. 200-2 et au 2° de l'article L. 611-1 du présent code ou à l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime, et lorsqu'il est susceptible de bénéficier du minimum de pension prévu à l'article L. 351-10 dans un ou plusieurs de ces régimes, ce minimum de pension lui est versé sous réserve que le montant mensuel total de ses pensions personnelles de retraite attribuées au titre d'un ou plusieurs régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales, portées le cas échéant au minimum de pension, n'excède pas un montant fixé par décret.

En cas de dépassement de ce montant, la majoration résultant de l'article L. 351-10 est réduite à due concurrence du dépassement.

Lorsque l'assuré est susceptible de bénéficier du minimum de pension prévu à l'article L. 351-10 dans plusieurs régimes, les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

**Texte du projet de loi**

**Article 58**

Pour l'année 2011, les prévisions des dépenses des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées à :

**Cf. tableau en annexe 1**

Section 6

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

**Article 59**

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 114-22, il est inséré un chapitre IV quater ainsi rédigé :

**Propositions de la Commission**

*sociale, les mots : « à l'article L. 200-2 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 200-2, L. 382-15 ».*

*II. – Les dispositions du I sont applicables aux pensions prenant effet à compter du 1er janvier 2011.*

**Amendement 191**

**Article 58**

Pour ...  
... des *charges* des organismes ...

... fixées à :

**Amendement 192**

**Article 59**

Sans modification

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

—

—

« CHAPITRE IV QUATER  
« Performance du service public  
de la sécurité sociale

« Art. L. 114-23. – Le fonds de performance de la sécurité sociale finance des actions concourant à la modernisation et à l'amélioration de la performance du service public de la sécurité sociale, notamment la réalisation d'études, d'audits ou de projets, et contribue aux dépenses de fonctionnement résultant des missions de contrôle et d'évaluation des organismes de sécurité sociale.

« Les dépenses du fonds sont imputées sur les budgets de gestion des caisses nationales du régime général, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de la Caisse nationale du régime social des indépendants, de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ainsi que des régimes spéciaux dans des conditions fixées chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

« Les modalités de gestion du fonds sont déterminées par décret. » ;

2° L'article L. 224-5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

Art. L. 224-5. – L'Union des caisses nationales de sécurité sociale, union nationale au sens de l'article L. 216-3, assure les tâches mutualisées de la gestion des ressources humaines du régime général de sécurité sociale. Elle négocie et conclut les conventions collectives nationales prévues aux articles L. 123-1 et L. 123-2.

Elle évalue, coordonne et participe à la mise en oeuvre des politiques de formation du personnel. Elle assure le suivi de la gestion prévisionnelle de l'emploi, des effectifs, de la masse salariale et des politiques de recrutement du régime général. Elle promeut la sécurité et la santé au travail.

Elle peut assurer la fonction de centrale d'achat au sens du code des

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>marchés publics, pour le compte des caisses nationales du régime général, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ou des organismes locaux.</p>	<p>« Elle assure la gestion administrative et comptable du fonds mentionné à l'article L. 114-23. »</p>	<p>—</p>
<p>Elle peut se voir confier par l'État, les caisses nationales du régime général ou l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des missions sur les questions relatives aux conditions de travail du personnel des organismes de sécurité sociale, ou sur tout sujet de fonctionnement des organismes d'intérêt commun, notamment pour les opérations immobilières. Elle peut également passer convention avec les caisses nationales des autres régimes de sécurité sociale pour la réalisation de travaux portant sur des sujets d'intérêt commun, notamment pour les opérations immobilières.</p>	<p><b>Section 7</b> <b>Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude</b></p>	<p><b>Article 60</b></p>
<p>Code de la sécurité sociale</p>	<p><b>Article 60</b></p> <p>L'avant-dernier alinéa de l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p><b>Article 60</b></p>
<p>Art. L.323-6. - Le service de l'indemnité journalière est subordonné à l'obligation pour le bénéficiaire :</p>		
<p>1° D'observer les prescriptions du praticien ;</p>		
<p>2° De se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical prévus à l'article L. 315-2 ;</p>		
<p>3° De respecter les heures de sorties autorisées par le praticien selon des règles et des modalités prévues par décret en Conseil d'État après avis de la Haute Autorité de santé ;</p>		
<p>4° De s'abstenir de toute activité non autorisée.</p>		
<p>En cas d'inobservation volontaire des obligations ci-dessus indiquées, la</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>caisse peut retenir, à titre de pénalité, tout ou partie des indemnités journalières dues.</p>	<p>1° Les mots : « , à titre de pénalité, » sont supprimés ;</p>	
<p>En cas de recours formé contre les décisions de la caisse, les juridictions visées à l'article L. 142-2 contrôlent l'adéquation du montant de la sanction prononcée par la caisse à l'importance de l'infraction commise par l'assuré.</p>	<p>2° Il est complété par une phrase ainsi rédigée : « En outre, si l'activité mentionnée au 4° a donné lieu à une rémunération, il peut être prononcé une pénalité financière dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-14* . »</p>	<p>2° Il est complété ...</p> <p>... rémunération, à des revenus professionnels ou à des gains, il peut être ...</p> <p>... l'article L. 162-1-14. »</p>
<p>Code civil</p>		<p><b>Amendement 193</b></p>
<p>La réunion de toutes les parts sociales en une seule main n'entraîne pas la dissolution de plein droit de la société. Tout intéressé peut demander cette dissolution si la situation n'a pas été régularisée dans le délai d'un an. Le tribunal peut accorder à la société un délai maximal de six mois pour régulariser la situation. Il ne peut prononcer la dissolution si, au jour où il statue sur le fond, cette régularisation a eu lieu.</p>		<p><b>Article additionnel après l'article 60</b></p>
<p>L'appartenance de l'usufruit de toutes les parts sociales à la même personne est sans conséquence sur l'existence de la société.</p>		<p>À la fin de la deuxième phrase du troisième alinéa de l'article 1844-5 du code civil, les mots : « trente jours à compter de la publication de celle-ci », sont remplacés par les mots : « soixante jours à compter de la publication de celle-ci au bulletin officiel des annonces civiles et commerciales ».</p>
<p>En cas de dissolution, celle-ci entraîne la transmission universelle du patrimoine de la société à l'associé unique, sans qu'il y ait lieu à liquidation. Les créanciers peuvent faire opposition à la dissolution dans le délai de trente jours à compter de la publication de celle-ci. Une décision de justice rejette l'opposition ou ordonne soit le remboursement des créances, soit la constitution de garanties si la société en offre et si elles sont jugées suffisantes. La transmission</p>		<p><b>Amendement 194</b></p>

**Dispositions en vigueur**

—  
du patrimoine n'est réalisée et il n'y a disparition de la personne morale qu'à l'issue du délai d'opposition ou, le cas échéant, lorsque l'opposition a été rejetée en première instance ou que le remboursement des créances a été effectué ou les garanties constituées.

Les dispositions du troisième alinéa ne sont pas applicables aux sociétés dont l'associé unique est une personne physique.

Code de la sécurité sociale

Art. L. 114-19. – Le droit de communication permet d'obtenir, sans que s'y oppose le secret professionnel, les documents et informations nécessaires :

1° Aux agents des organismes de sécurité sociale pour contrôler la sincérité et l'exactitude des déclarations souscrites ou l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution et du paiement des prestations servies par lesdits organismes ;

2° Aux agents chargés du contrôle mentionnés aux articles L. 243-7 du présent code et L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime pour accomplir leurs missions de contrôle définies aux mêmes articles et leur mission de lutte contre le travail dissimulé définie à l'article L. 324-12 du code du travail.

Le droit prévu au premier alinéa s'exerce quel que soit le support utilisé pour la conservation des documents et peut s'accompagner de la prise immédiate d'extraits et de copies.

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

—  
*Article additionnel après l'article 60*

*Après le troisième alinéa de l'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :*

*« 3° Aux agents de contrôle assermentés des organismes de sécurité sociale pour recouvrer des prestations versées indûment à des tiers. »*

**Amendement 195**

*Article additionnel après l'article 60*

*L'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

Art. L. 133-6-8. – Par dérogation aux cinquième et dernier alinéas de l'article L. 131-6, les travailleurs indépendants bénéficiant des régimes définis aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts peuvent opter, sur simple demande, pour que l'ensemble des cotisations et contributions de sécurité sociale dont ils sont redevables soient calculées mensuellement ou trimestriellement en appliquant au montant de leur chiffre d'affaires ou de leurs revenus non commerciaux effectivement réalisés le mois ou le trimestre précédent un taux fixé par décret pour chaque catégorie d'activité mentionnée auxdits articles du code général des impôts. Des taux différents peuvent être fixés par décret pour les périodes au cours desquelles le travailleur indépendant est éligible à une exonération de cotisations et de contributions de sécurité sociale. Ce taux ne peut être, compte tenu des taux d'abattement mentionnés aux articles 50-0 ou 102 ter du même code, inférieur à la somme des taux des contributions mentionnés à l'article L. 136-3 du présent code et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

L'option prévue au premier alinéa est adressée à l'organisme mentionné à l'article L. 611-8 du présent code au plus tard le 31 décembre de l'année précédant celle au titre de laquelle elle est exercée et, en cas de création d'activité, au plus tard le dernier jour du troisième mois qui suit celui de la création. L'option s'applique tant qu'elle n'a pas été expressément dénoncée dans les mêmes conditions.

Le régime prévu par le présent article demeure applicable au titre des deux premières années au cours desquelles le chiffre d'affaires ou les recettes mentionnés aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts sont dépassés.

Toutefois, ce régime continue de s'appliquer jusqu'au 31 décembre de l'année civile au cours de laquelle les montants de chiffre d'affaires ou de recettes mentionnés aux 1 et 2 du II de

**Dispositions en vigueur**

l'article 293 B du même code sont dépassés.

Art. L. 162-22-18. – Les établissements de santé sont passibles, après qu'ils ont été mis en demeure de présenter leurs observations, d'une sanction financière en cas de manquement aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L. 162-22-6, d'erreur de codage ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée.

Cette sanction est prise par le directeur général de l'agence régionale de santé, à la suite d'un contrôle réalisé sur pièces et sur place par les médecins inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'agence régionale de santé ayant la qualité de médecin ou les praticiens-conseils des organismes d'assurance maladie en application du programme de contrôle régional établi par l'agence. Le directeur général de l'agence prononce la sanction après avis d'une commission de contrôle composée à parité de représentants de l'agence et de représentants des organismes d'assurance maladie et du contrôle médical. La motivation de la sanction indique, si tel est le cas, les raisons pour lesquelles le directeur général n'a pas suivi l'avis de la commission de contrôle. La sanction est notifiée à l'établissement.

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

« En l'absence de chiffre d'affaires ou de recettes, le travailleur indépendant est tenu de transmettre le formulaire prévu à l'article R. 133-30-2 à l'organisme chargé du calcul et de l'encaissement des cotisations et contributions sociales, dans des conditions fixées par décret. »

**Amendement 196**

**Article additionnel après l'article 60**

Le premier alinéa de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Les établissements de santé sont passibles, après qu'ils ont été mis en demeure de présenter leurs observations, d'une sanction financière en cas de manquement délibéré aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L. 162-22-6, d'erreur de codage imputable à l'établissement, réitérée malgré la notification à l'établissement de santé des règles de codage et de facturation opposables afférentes aux activités concernées ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée. »

**Amendement 197**

**Dispositions en vigueur**

—

Son montant est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues. Il est calculé sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement ou, si le contrôle porte sur une activité, une prestation en particulier ou des séjours présentant des caractéristiques communes, sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes à cette activité, cette prestation ou ces séjours, dans la limite de 5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement.

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

Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État.

Art. L. 243-5. — Dès lors qu'elles dépassent un montant fixé par décret, les créances privilégiées en application du premier alinéa de l'article L. 243-4, dues par un commerçant, un artisan ou une personne morale de droit privé même non commerçante, doivent être inscrites à un registre public tenu au greffe du tribunal de commerce ou du tribunal de grande instance dans le délai de neuf mois suivant leur date limite de paiement ou, le cas échéant, la date de notification de l'avertissement ou de la mise en demeure prévus à l'article L. 244-2, lorsque la créance est constatée lors d'un contrôle organisé en application des dispositions de l'article L. 243-7. 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.

Toutefois, l'organisme créancier n'est pas tenu d'inscrire ces créances lorsque le débiteur respecte un plan

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*Article additionnel après l'article 60*

*Le septième alinéa de l'article L. 243-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :*

### Dispositions en vigueur

d'apurement échelonné de sa dette. Dès que le plan est dénoncé, l'organisme créancier doit procéder à l'inscription dans un délai de deux mois.

En cas de procédure de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaires du redevable ou d'un tiers tenu légalement au paiement de ces sommes, le privilège dont l'inscription n'a pas été régulièrement requise à l'encontre du redevable ne peut plus être exercé pour les créances qui étaient soumises à titre obligatoire à cette inscription.

L'inscription conserve le privilège pendant deux années et six mois à compter du jour où elle est effectuée. Elle ne peut être renouvelée.

Une inscription peut faire l'objet à tout moment d'une radiation totale ou partielle à la diligence des organismes de sécurité sociale ou du redevable sur présentation au greffier d'un certificat délivré par l'organisme créancier ou d'un acte de mainlevée émanant du créancier subrogé. Toutefois, lorsque l'inscription est devenue sans objet, dès lors que le débiteur s'est acquitté de sa dette et sous réserve du règlement, auprès de l'organisme créancier, des frais liés aux formalités d'inscription et de radiation, cet organisme en demande la radiation totale dans un délai d'un mois.

Toutefois, le privilège est conservé au-delà du délai prévu au troisième alinéa sur les biens qui ont fait l'objet d'une saisie avant l'expiration de ce délai.

En cas de procédure de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaires, les pénalités, majorations de retard et frais de poursuites dus par le redevable à la date du jugement d'ouverture sont remis.

### Texte du projet de loi

### Propositions de la Commission

*« En cas de procédure de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaires, les pénalités, majorations de retard et frais de poursuites dus par le redevable à la date du jugement d'ouverture sont remis, sauf si le passif déclaré résulte en tout ou partie du constat de l'infraction relative au travail dissimulé mentionnée à l'article L. 324-10 du code du travail. »*

**Amendement 198**

**Dispositions en vigueur**

—  
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<sup>er</sup> 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.

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

**Article additionnel après l'article 60**

*Après l'article L. 243-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 243-3-1 ainsi rédigé :*

*« Art L. 243-3-1.— L'article L. 652-3 est applicable au recouvrement des contributions et cotisations sociales dues au titre de l'emploi de personnel salarié ainsi qu'aux majorations et pénalités y afférentes. »*

**Amendement 199**

**Article additionnel après l'article 60**

*Après l'article L. 243-7-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 243-7-4 ainsi rédigé :*

*« Art L. 243-7-4.— Dès lors qu'un procès-verbal de travail illégal a été établi et que la situation et le comportement de l'entreprise ou de ses dirigeants mettent en péril le recouvrement des cotisations dissimulées, l'inspecteur du recouvrement peut dresser un procès-verbal de flagrance sociale comportant l'évaluation des cotisations précitées.*

*« Ce procès-verbal est signé par l'inspecteur et par le responsable de l'entreprise. En cas de refus de signer, mention en est faite au procès-verbal.*

*« L'original du procès-verbal est conservé par l'organisme chargé du recouvrement, et une copie est notifiée au contrevenant.*

*« La notification par voie d'huissier de ce procès-verbal permet d'effectuer toute saisie conservatoire, et*

**Dispositions en vigueur**

—

ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse

Les personnes qui, à la date d'entrée en vigueur de la présente ordonnance, sont titulaires de l'allocation aux vieux travailleurs salariés, de l'allocation aux vieux travailleurs non salariés, du secours viager, de l'allocation aux mères de famille, de l'allocation spéciale vieillesse et de sa majoration prévue à l'article L. 814-2 du code de la sécurité sociale, de l'allocation viagère dont peuvent bénéficier les rapatriés en vertu de l'article 14 de la loi de finances du 2 juillet 1963 susvisée, de l'allocation de vieillesse agricole ou de l'allocation supplémentaire mentionnée à l'article L. 815-2, dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente ordonnance, continuent à percevoir ces prestations selon les règles applicables avant cette entrée en vigueur.

Code de la sécurité sociale

Art. L. 162-14-1. — I.-La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont conclues pour une durée égale au plus à cinq ans. Elles définissent :

1° Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention pour les médecins et les chirurgiens-dentistes ;

2° Des engagements des signataires, collectifs et individuels, le cas échéant pluriannuels, portant sur l'évo-

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

—

*autorise toute prise de garantie dans la limite des cotisations évaluées par l'inspecteur.*

*« En cas de contestation, la saisine du juge de l'exécution doit intervenir dans les quinze jours suivant la notification de l'huissier. »*

**Amendement 200**

**Article additionnel après l'article 60**

*À l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, après les mots : « entrée en vigueur » sont insérés les mots : « sous réserve de l'application des articles L. 815-11, L. 815-12 et R 115-6 du code de la sécurité sociale ».*

**Amendement 201**

**Article additionnel après l'article 60**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

lution de l'activité des professions concernées ; la ou les conventions prévoient les modalités permettant de s'assurer de la cohérence de leur mise en oeuvre avec les dispositions définies au deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 ; la ou les conventions définissent à cet effet les mesures de toute nature propres à assurer le respect de ces engagements et, en particulier, les modalités du suivi annuel et, le cas échéant, pluriannuel, de l'évolution des dépenses de la profession concernée ; elles précisent également les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ainsi que les dispositions applicables en cas de non-respect des engagements ;

3° Le cas échéant, les modalités de constitution, d'organisation et de fonctionnement de fonds de modernisation de la profession considérée ;

4° Le cas échéant, des dispositifs d'aides visant à faciliter l'installation des professionnels de santé libéraux ou des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ou le remplacement de professionnels de santé libéraux, dans les zones définies à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique ainsi que les conditions dans lesquelles les praticiens libéraux exerçant dans ces zones ou les centres de santé qui y sont implantés bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et de leurs modalités d'exercice ou d'organisation, notamment pour favoriser l'exercice regroupé. La convention fixe également les modalités de calcul et de répartition, entre régimes, de cette rémunération. Les obligations auxquelles sont soumis les professionnels ou les centres de santé qui bénéficient de ces aides peuvent être adaptées par les agences régionales de santé après consultation des organisations représentatives des professionnels de santé pour tenir compte de la situation régionale ;

### Dispositions en vigueur

5° Les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires en application des articles L. 242-11, L. 645-2 et L. 722-4 ; la ou les conventions fixent l'assiette et le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation, notamment en fonction du lieu d'installation ou d'exercice ; elles fixent également les modalités de calcul et de répartition entre régimes de cette participation ; la participation ne peut être allouée que si le professionnel de santé a versé la cotisation à sa charge dans un délai fixé par décret ; elle peut être en outre partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les professionnels de santé ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent ;

6° Les modalités d'organisation et de fonctionnement des commissions mentionnées à l'article L. 162-1-7.

II.-Des accords conventionnels interprofessionnels intéressant plusieurs professions de santé relatifs aux pathologies ou aux traitements peuvent être conclus pour une durée au plus égale à cinq ans entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les organisations représentatives signataires des conventions nationales de chacune de ces professions, après avis des conseils de l'ordre concernés, sur leurs dispositions relatives à la déontologie.

Ces accords peuvent déterminer les objectifs et les modalités de mise en oeuvre et d'évaluation de dispositifs visant à favoriser une meilleure organisation et coordination des professionnels de santé, notamment par la création de réseaux de santé, la promotion du développement professionnel continu ainsi que de dispositifs visant à améliorer la qualité des soins.

### Texte du projet de loi

### Propositions de la Commission

*Au 5° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « la cotisation à sa charge dans un délai fixé par décret », sont remplacés par les mots : « l'ensemble des cotisations de sécurité sociale à sa charge, ou bénéfice d'octroi de délais de paiement par les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale, dans un délai et des conditions de vérification du paiement effectif des cotisations fixés par décret ».*

### Amendement 202



## ANNEXE 1

### TABLEAUX FIGURANT DANS LES ARTICLES DU PROJET DE LOI

#### Texte du projet de loi

##### Article 1<sup>er</sup>

1° ...

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	163,2	173,6	-10,4
Vieillesse	179,4	188,4	-8,9
Famille	56,6	58,4	-1,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,8	12,5	-0,6
Toutes branches (hors transferts entre branches)	405,6	427,3	-21,7

2° ...

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	139,7	150,3	-10,6
Vieillesse	91,5	98,7	-7,2
Famille	56,1	57,9	-1,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	10,4	11,1	-0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	292,4	312,7	-20,3

3° ...

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	12,9	16,0	-3,2

##### Article 4

1° ...

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	167,1	178,4	-11,2
Vieillesse	184,0	194,6	-10,5
Famille	51,2	53,8	-2,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,2	12,7	-0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)	409,3	434,1	-24,8

#### Propositions de la Commission

##### Article 1<sup>er</sup>

##### Article 4

**Texte du projet de loi**

2° ...

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	143,2	154,6	-11,4
Vieillesse	93,8	102,4	-8,6
Famille	50,7	53,3	-2,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	10,9	11,3	-0,5
Toutes branches (hors transferts entre branches)	293,3	316,5	-23,1

3° ...

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	13,3	17,6	-4,3

**Article 7**

I. - ...

(en milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses
Maladie	178,4
Vieillesse	194,6
Famille	53,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	434,1

II. - ...

(en milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses
Maladie	154,6
Vieillesse	102,4
Famille	53,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	316,5

**Propositions de la Commission**

**Article 7**

**Texte du projet de loi**

**Article 8**

(en milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses
Dépenses de soins de ville	75,2
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	52,6
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,4
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	7,2
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,9
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	1,0
<b>Total</b>	<b>162,4</b>

**Article 24**

1° ...

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Maladie	172,2
Vieillesse	193,6
Famille	52,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	426,1

2° ...

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Maladie	147,8
Vieillesse	99,9
Famille	52,2
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	306,2

3° ...

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	18,0

**Propositions de la Commission**

**Article 8**

(en milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses
Dépenses de soins de ville	75,2
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	52,6
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,4
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	7,3
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,9
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	1,0
<b>Total</b>	<b>162,5</b>

**Amendement AS 446**

**Article 24**

**Texte du projet de loi**

**Article 25**

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	172,2	183,5	-11,3
Vieillesse	193,6	202,2	-8,6
Famille	52,7	55,7	-3,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,1	13,0	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	426,1	448,9	-22,7

**Article 26**

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	147,8	159,3	-11,5
Vieillesse	99,9	106,8	-6,9
Famille	52,2	55,2	-3,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,7	11,6	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	306,2	327,5	-21,3

**Article 27**

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	18,0	21,9	-3,8

**Article 28**

II. - ...

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Affectation de l'excédent de la CNAVTS	0
Affectation de l'excédent du FSV	0
Autres recettes affectées	0
Total	0

**Propositions de la Commission**

**Article 25**

**Article 26**

**Article 27**

**Article 28**

**Texte du projet de loi**

**Article 33**

	Montants limites (en millions d'euros)
Régime général – Agence centrale des organismes de sécurité sociale	20 000
Régime des exploitants agricoles – Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	4 500
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	400
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État	90
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	800
Caisse nationale des industries électriques et gazières	600
Caisse de retraite et de prévoyance du personnel de la Société nationale des chemins de fer	1 650
Caisse de retraites du personnel de la Régie autonome des transports parisiens	50

**Article 47**

(en milliards d'euros)

	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	77,3
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	53,9
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	7,6
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,2
Autres prises en charge	1,1
Total	167,1

**Article 58**

(en milliards d'euros)

	Prévisions de dépenses
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	21,9

**Propositions de la Commission**

**Article 33**

**Article 47**

**Article 58**



## ANNEXE 2 RAPPORTS ANNEXÉS AU PROJET DE LOI

Texte des rapports annexés au projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011</p>	<p>Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011</p>
<p>ANNEXE A</p>	<p>ANNEXE A</p>
<p>RAPPORT DÉCRIVANT LES MESURES PRÉVUES POUR L'AFFECTION DES EXCÉDENTS ET LA COUVERTURE DES DÉFICITS CONSTATÉS SUR L'EXERCICE 2009</p>	<p>RAPPORT DÉCRIVANT LES MESURES PRÉVUES POUR L'AFFECTION DES EXCÉDENTS OU LA COUVERTURE DES DÉFICITS CONSTATÉS SUR L'EXERCICE 2009</p>
<p><b>I. - S'agissant du régime général :</b></p>	<p><b>Amendement 87</b></p>
<p>Les comptes du régime général ont été déficitaires de 20,3 milliards d'euros en 2009. La branche maladie a ainsi enregistré un déficit de 10,6 milliards d'euros, la branche accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) un déficit de 0,7 milliard d'euros, la branche vieillesse un déficit de 7,2 milliards d'euros et la branche famille un déficit de 1,8 milliards d'euros.</p>	<p>Pour faciliter ...</p>
<p>Pour faciliter le retour de la croissance qui constituait un objectif prioritaire, il a été décidé dans le cadre exceptionnel de l'année 2010 de ne pas procéder sur cette année à des reprises de dette par la Caisse d'amortissement de la dette sociale. En effet, en vertu des dispositions organiques, un transfert de dette aurait <u>effété</u> nécessité une hausse de prélèvements obligatoires qui aurait pesé sur le pouvoir d'achat au moment où l'économie traversait une de ses crises les plus graves.</p>	<p>... aurait nécessité ...</p>
	<p>... graves.</p>
	<p><b>Amendement 84</b></p>

**Texte des rapports annexés au projet de loi**

—

Aussi, le gouvernement a pris les engagements nécessaires pour que le déficit global du régime général puisse être financé par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au moyen de ressources non permanentes, dans la limite des plafonds fixés par les lois de financement de la sécurité sociale. En 2009, ce financement a reposé sur les emprunts de trésorerie auprès de la Caisse des dépôts et consignations, ainsi que sur des émissions de billets de trésorerie sur les marchés financiers. En 2010, l'ACOSS a en outre eu recours à des prêts d'un an de la part de la Caisse des dépôts et consignations, ainsi qu'à des émissions d'*Euro commercial papers* effectuées en partenariat avec l'agence France trésor.

**II - S'agissant des organismes concourant au financement des régimes :**

*Couverture du déficit du Fonds de solidarité vieillesse (FSV)*

Le FSV a enregistré en 2009 un déficit de 3,2 milliards d'euros. Le FSV ne disposant pas de réserve, ce déficit, qui correspond également à son déficit cumulé en raison de la reprise de dette intervenue en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, est inscrit au bilan en fonds de roulement négatif.

Le Fonds n'ayant pas le droit d'emprunter, ce déficit a entraîné une dette vis-à-vis de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) au titre de la prise en charge des cotisations de chômage. Cette dette a été financée in fine par les emprunts de trésorerie de l'ACOSS, dans les mêmes conditions que les déficits propres de la CNAV.

**Propositions de la Commission**

—

Aussi, ...

... nécessaires afin que les besoins de trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale consécutifs au déficit du régime global puissent être financés au moyen ...

... France trésor

**Amendement 85**

Le FSV ...  
déficit...  
... ne disposant pas de réserves, ce  
... négatif.

**Amendement 86**

**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 moyenne sur la période 2011-2014**  
(en pourcentages)

	2010	2011	2012	2013	2014
PIB (volume)	1,5	2,0	2,5	2,5	2,5
Masse salariale privée	2,0	2,9	4,5	4,5	4,5
Inflation	1,5	1,5	1,75	1,75	1,75
ONDAM en valeur	3,0	2,9	2,8	2,8	2,8

Les recettes, les dépenses et le solde des régimes de base de Sécurité sociale et des fonds concourant à leur financement sont influencés par l'environnement économique général. Les projections quadriennales des comptes de ces régimes et fonds à l'horizon 2014 présentées dans la présente annexe au projet de loi de financement pour 2011 sont fondées sur des hypothèses macro-économiques identiques à celles retenues dans le projet de loi de programmation des finances publiques et dans le programme de stabilité annexé au projet de loi de finances pour 2011.

Alors que l'année 2009 a été la plus défavorable en termes de croissance depuis la seconde guerre mondiale, avec une diminution de 2,6 % du produit intérieur brut en volume, le scénario macro-économique sous-jacent aux projections quadriennales prévoit une reprise progressive de la croissance à partir de 2010. Le produit intérieur brut en volume progresserait de 1,5 % en 2010, puis de 2,0 % en 2011 et de 2,5 % de 2012 à 2014. L'emploi et la masse salariale du secteur privé, principale assiette des recettes de la Sécurité sociale, suivraient la reprise de l'activité économique avec un certain décalage en 2010 et 2011, puis rattraperait une partie de son retard sur le PIB à partir de 2012 : la masse salariale du champ ACOSS progresserait en valeur de 2,0 % en 2010 et de 2,9 % en 2011, puis de 4,5 % de 2012 à 2014, soit un quart de point de croissance de plus que le PIB durant ces trois années. Ce scénario est donc réaliste en ce qu'il traduit un rattrapage très partiel des pertes considérables de croissance enregistrées en 2009 et au cours de la première partie de l'année 2010.

**ANNEXE B**

Les recettes, ...  
... sociale et des *organismes* concourant ...

... annexe sont fondées ...

... de stabilité 2010-2013 transmis par le Gouvernement à la Commission européenne le 1<sup>er</sup> février 2010

**Amendements n°104, 105 et 106**

Alors ...

... 2014. La masse ...

... sociale, *suivrait* la reprise de l'activité économique *et de l'emploi* avec ...

... 2010.

**Amendement 107**

Le cheminement des comptes des régimes de Sécurité sociale décrit dans les projections quadriennales présentées dans cette annexe est conforme à la trajectoire annoncée par le Gouvernement dans le projet de loi de programmation des finances publiques, à savoir la limitation du déficit des administrations publiques en-deçà de 3 % du PIB en 2013 et de 2 % du PIB en 2014. Pour les administrations de Sécurité sociale – ensemble formé des régimes de Sécurité sociale et des fonds concourant à leur financement, des régimes d'indemnisation du chômage, des régimes obligatoires de retraite complémentaire et des hôpitaux publics -, ce scénario implique un redressement rapide, leur solde devant passer de -1,7 % du PIB en 2010 à -0,8 % en 2013 et à -0,5 % en 2014. C'est là un objectif très ambitieux eu égard à l'inertie de la dépense sociale, particulièrement dans les temps présents où elle subit des pressions à la hausse du fait du vieillissement progressif de la population.

La réalisation de cette cible de redressement des soldes des comptes sociaux à l'horizon 2014 constituera une étape vers l'atteinte d'un objectif plus général : le retour le plus rapide possible à l'équilibre financier des régimes de Sécurité sociale, sous la contrainte de préserver les ressorts de la croissance économique. Les années 2011 à 2014 doivent donc être mises à profit pour préparer les conditions économiques générales et mettre en place les incitations aux acteurs du système de protection sociale qui permettent de poursuivre le redressement des comptes sociaux au-delà de 2014. Le renforcement des efforts de maîtrise des dépenses sociales, afin qu'elles continuent à rendre aux Français des services de qualité pour un coût sans cesse réduit, sera à cet égard décisif (I). En outre, la stratégie de redressement des comptes sociaux sera complétée par des actions visant à sécuriser les recettes sociales (II). Enfin, cette stratégie pourra produire ses effets d'autant plus rapidement qu'elle reposera sur une situation assainie de la Sécurité sociale en termes d'endettement (III)

#### **I - Une maîtrise accrue des dépenses sociales**

L'amélioration significative de la situation financière du régime général sera due en majeure partie à un ralentissement important des dépenses. La projection quadriennale des comptes du régime général reprend l'objectif de dépenses retenu pour hypothèse sous-jacente à la trajectoire de l'article 8 I. de la loi de programmation des finances publiques qui prévoit en effet une croissance annuelle moyenne des dépenses du régime de 3,3 % entre 2010 et 2014, inférieure en volume de près d'un point à celle du produit intérieur brut.

L'amélioration de la situation de la branche vieillesse reposera pour une part essentielle sur une correction significative de la trajectoire tendancielle des dépenses de retraite. L'élévation de l'âge de la retraite constituera à cet égard le levier essentiel, ce d'autant plus qu'il permet de répartir de la façon la plus équitable possible entre générations l'effort d'adaptation de nos

Le cheminement ...

... dans la *présente* annexe ...

... population.

#### **Amendement 108**

régimes de retraites aux changements démographiques.

La projection quadriennale des comptes de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, présentée dans les tableaux ci-dessous, fait état d'un déficit de cette branche en 2014 certes plus faible qu'en 2010, mais encore important (7,7 Md€). Ce résultat ne doit cependant pas masquer l'effort de redressement à laquelle la réforme des retraites contribuera, qui peut être évalué à 10 Md€ à l'horizon 2014 en écart à la trajectoire tendancielle des dépenses de retraites, c'est-à-dire en l'absence de réforme.

En outre, la réforme des retraites, qui vise à assurer l'équilibre financier du système de retraite par répartition à l'horizon 2018, anticipe le traitement des déficits de la branche vieillesse du régime général sur la période de montée en charge de la réforme. Aussi, le projet de loi de financement prévoit le financement de l'amortissement par la CADES des déficits de la branche vieillesse du régime général ainsi que du fonds de solidarité vieillesse, et ce grâce à la mobilisation des ressources et des actifs du Fonds de réserve pour les retraites. Par conséquent, puisque le déficit de la branche vieillesse fait l'objet d'une gestion spécifique jusqu'à 2018 (cf. infra), le redressement financier du régime général de la Sécurité sociale est plus fidèlement reflété par l'évolution du déficit hors branche vieillesse : celui-ci passerait de 14,5 Md€ en 2010 à 7,6 Md€ en 2014, soit presque une réduction de moitié.

Ce résultat découle directement des perspectives d'évolution des dépenses d'assurance maladie décrites dans la projection quadriennale des comptes des régimes de Sécurité sociale présentée ci-dessous. Conformément aux objectifs fixés par le Président de la République lors de la deuxième conférence des déficits publics du 20 mai 2010, la projection retient l'hypothèse d'un strict respect en 2010 de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté par le Parlement à l'automne 2009, en progression de 3,0 % par rapport à 2009, suivi d'une progression de 2,9 % en 2011 et de 2,8 % en 2012. Par ailleurs, la loi de programmation des finances publiques prolonge ce rythme de progression ralentie de l'ONDAM à 2,8 % par an pour les années 2013 et 2014.

Il s'agit d'un objectif ambitieux, si l'on en juge par l'observation du passé, au cours duquel jamais la dépense d'assurance maladie n'a progressé à un rythme inférieur à 3 % deux années de suite. L'année 2010 marquera à cet égard un tournant, avec une croissance de l'ONDAM particulièrement modérée (+3,0 %) qui permettra le strict respect de l'objectif de dépenses voté par le Parlement à l'automne 2009, pour la première fois depuis 1997.

Les objectifs fixés en matière d'assurance maladie consistent donc à stabiliser la progression des dépenses au rythme très modéré qu'elles connaissent actuellement, sans remettre en cause le haut niveau de qualité des soins. En particulier, les outils créés par la réforme de l'assurance maladie de 2004, notamment la maîtrise médicalisée des dépenses de santé négociée avec les représentants des professionnels de santé, et la mise en

Les objectifs ...

œuvre depuis 2004 de la tarification à l'activité des établissements de santé, ont permis de modifier durablement les comportements en matière de recours aux soins des assurés et de production de soins des offreurs. Ces changements de comportements se reflètent dans le ralentissement très significatif du rythme d'évolution des dépenses d'assurance maladie depuis 2005, d'autant plus remarquable qu'il intervient dans le contexte des pressions à la hausse qu'exerce le vieillissement de la population sur les dépenses. Partant il est vrai d'un niveau de départ élevé, la France est ainsi l'un des pays membres de l'OCDE dans lesquels la croissance des dépenses publiques de santé est la plus faible depuis 2005 : +1,1 % en euros constants, contre +1,8 % en Allemagne et +3,9 % au Royaume-Uni.

Un calcul simple montre l'ampleur des efforts qu'il faudra déployer pour respecter l'ONDAM au cours des prochaines années. Partant d'une estimation à 4,2 % de la croissance tendancielle des dépenses d'assurance maladie – en l'absence de mesures de maîtrise –, et d'une base des dépenses sous ONDAM d'environ 160 Md€, limiter la progression des dépenses à 2,8 % requiert de réaliser 2,3 Md€ d'économies chaque année, et davantage encore si la construction de l'ONDAM comporte des mesures positives en matière de prise en charge des soins ou de revalorisations des tarifs des actes pratiqués par les professionnels de santé.

Ainsi, en 2011, le respect de l'ONDAM proposé à 167,1 Md€, en progression de 2,9 % par rapport à 2009, impose de réaliser, en écart à l'évolution tendancielle des dépenses, un montant d'économies de 2,1 Md€. Compte tenu de l'effet report des mesures mises en œuvre en 2010 et des provisions à constituer au titre des revalorisations prévues en 2011 des tarifs de certaines professions de santé (médecins généralistes, sages-femmes, dentistes, transports) et de marge prudentielle, ce sont en réalité 2,4 Md€ d'économies qui devront être réalisés. Les annexes 7 et 9 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 détaillent la répartition de ces mesures d'atténuation des dépenses entre les différents sous-objectifs de l'ONDAM.

Sur la période considérée, l'atteinte de ces objectifs d'économie passera par la mobilisation de différents outils :

Premier levier d'économies, une action systématique d'adaptation des prix et tarifs des différents offreurs et producteurs de soins au travers :

– d'une adaptation des prix des produits de santé, permettant à l'assurance maladie de bénéficier d'économies liées au cycle de vie des produits de santé ;

– d'un ajustement des tarifs des actes médicaux

... niveau élevé ...

... Royaume-Uni

#### Amendement AS n°109

Ainsi, ...  
impose ...

... transports) et de marges prudentielles, ce sont ...  
... devront être réalisées. Les annexes 7 et 9 au projet ...

... l'ONDAM.

#### Amendements n°110 et 111

Sur la période ...  
d'économies passera ...  
... outils :

#### Amendement AS 356

– d'une adaptation ...

... liées à leur cycle de vie ;

#### Amendement 113

permis par les gains de productivité réalisés par certaines professions médicales;

– de nouvelles étapes de convergences ciblées de la tarification hospitalière

Ces outils de tarification devront également être mobilisés pour orienter les évolutions de l'organisation des soins, en particulier : favoriser des prises en charge à domicile moins coûteuses (dialyse, chimiothérapie) et inciter au développement de la chirurgie ambulatoire.

Deuxième levier d'économies, le déploiement de la politique de maîtrise médicalisée des dépenses et de gestion du risque sur l'ensemble des segments de l'offre de soins : ambulatoire, hospitalier, secteur médico-social.

Les actions de sensibilisation, d'accompagnement et de contrôle des prescripteurs devront permettre de lutter contre les disparités de prise en charge et le non respect des référentiels scientifiques, source de dépenses injustifiées. Elles s'appuieront également sur le développement d'incitations à la performance, sur le modèle du CAPI (contrat d'amélioration des pratiques individuelles) auquel adhèrent aujourd'hui près de 15 000 médecins généralistes. Les programmes nationaux de gestion du risque, mis en œuvre par l'assurance maladie et intégrés dans les programmes pluriannuels régionaux de gestion du risque des ARS déclineront l'ensemble de ces dispositifs.

Troisième levier, l'amélioration de l'organisation des soins, à la fois au sein de chaque type d'offreur de soins, mais au travers des passerelles entre ces différents champs. L'amélioration de la performance hospitalière (gestion des achats, organisation interne...), la structuration de l'offre de soins ambulatoire avec notamment le développement de maisons de santé pluri-professionnelles ainsi que le développement de parcours de soins constitueront des priorités d'action pour les agences régionales de santé.

Troisième levier, ...

... soins, mais *aussi* au travers ...

... santé.

**Amendement 114**

La fixation d'objectifs rigoureux de progression des dépenses d'assurance maladie impose également d'améliorer les outils et les procédures de suivi et de régulation de l'exécution de l'ONDAM. A cet égard, le Gouvernement entend mettre en œuvre l'intégralité des propositions de M. Raoul Briet dans son rapport sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie remis au Président de la République en mai 2010. Ces propositions comportent notamment :

– l'augmentation du nombre d'avis émis par le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie prévu à l'article L.114-4-1 du code de la Sécurité sociale, et l'attribution à ce comité d'une mission d'expertise externe sur les hypothèses techniques sous-tendant la construction de l'ONDAM avant le vote de la LFSS ; en outre, le seuil d'alerte sera progressivement abaissé à 0,5 % de l'objectif voté, contre 0,75 % actuellement ;

– la création d'un comité de pilotage de l'ONDAM, chargé du pilotage intégré de l'ensemble des secteurs de l'ONDAM, regroupant les directeurs d'administration centrale ou d'organismes chargés de la gestion des risques maladie, et présidé en certaines occasions par les ministres chargés de la santé et des comptes publics ; il est assisté d'un groupe de suivi statistique qui centralise les informations disponibles sur l'évolution conjoncturelle des dépenses d'assurance maladie ;

– l'instauration de mécanismes systématiques de mise en réserve en début d'année des dotations s'apparentant à des crédits budgétaires, les décisions de dégel total ou partiel, ou d'annulation, étant prises en cours d'année par le comité de pilotage ; le III de l'article 8 de la loi de programmation des finances publiques met en œuvre cette préconisation ; cette mesure a été appliquée par anticipation dès cette année afin d'assurer le respect de l'ONDAM 2010 : plus de 500 millions d'euros de crédits ont été mis en réserve à cet effet et il est prévu une mise en réserve de 530 M€ de crédits en 2011 ;

– le renforcement du caractère pluriannuel de la programmation de l'ONDAM : le II de l'article 8 de la loi de programmation des finances publiques fixe le montant en niveau de l'ONDAM pour chaque année de la période de programmation ;

– l'enrichissement de l'information du Parlement sur l'exécution de l'ONDAM de l'année en cours et sur les hypothèses techniques faites pour la construction de l'ONDAM de l'année à venir : le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 comporte d'ores et déjà un approfondissement des données et commentaires habituellement fournis dans l'annexe 7.

– l'enrichissement ...

*annexe 7, anticipant ainsi sur l'enrichissement de son contenu apporté par la loi organique relative à la gestion de la dette sociale.*

#### **Amendement 115**

### **II - Un effort accru de sécurisation des recettes de la sécurité sociale**

La stratégie de redressement des comptes de la sécurité sociale présentée dans la loi de programmation des finances publiques comporte des engagements importants en matière de dynamique des recettes sociales, nécessaire pour assurer la préservation du haut niveau de protection sociale dont bénéficient les Français. La projection associée à la présente loi de programmation fait état d'une progression moyenne de 4,1 % par an des produits nets du régime général. Cette évolution découle notamment des hypothèses macro-économiques retenues dans les projections qui accompagnent le présent projet de loi de programmation, et de celle relative à la masse salariale du secteur privé, principale assiette des ressources de la sécurité sociale, caractérisée par une accélération progressive de la croissance de l'activité économique (cf. supra).

La stratégie ...

... associée au présent projet de loi de financement fait état ...

... loi de financement, et de celle ...

... sociale, caractérisées par une accélération ...

... supra).

Au-delà de la dynamique propre des ressources du régime général, la réforme des retraites comporte un volet « recettes » important, avec l'affectation au Fonds de solidarité vieillesse de produits supplémentaires pour un montant de 4,3 Md€ en 2014 : ces mesures permettront la prise en charge par le Fonds de solidarité vieillesse de dépenses de solidarité aujourd'hui supportées par la Caisse nationale d'assurance vieillesse. La CNAV bénéficiera également du surcroît de cotisations liées aux rémunérations versées aux salariés qui seront appelés à prolonger leur activité.

Par ailleurs, il est prévu en 2011 un relèvement de 0,1 point du taux de cotisation des employeurs au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, qui permettra le retour à l'équilibre de cette branche puis le financement de la mesure positive liée à la prise en charge de la pénibilité, décidée dans le cadre de la réforme des retraites. Ainsi, les comptes de la branche refléteront-ils plus fidèlement sa vocation assurantielle, qui commande que les contributions des employeurs soient effectivement calibrées à l'équilibre avec les coûts de l'indemnisation des sinistres.

D'une façon plus générale, le sentier de redressement des comptes du régime général à l'horizon 2014 prévoit la poursuite de la stratégie de réduction des dispositifs d'exemption et d'exonération des cotisations sociales (« niches sociales »). La projection quadriennale associée au projet de loi de programmation des finances publiques retient ainsi l'hypothèse d'un montant annuel de 3 Md€ de ressources supplémentaires sur la période 2012-2014 au moyen de la réduction des « niches » fiscales et sociales, dont le volet social permettra d'améliorer le financement de la sécurité sociale. Au-delà de leur impact en termes de réduction du déficit du régime général, ces mesures permettront d'améliorer l'équité et la lisibilité du prélèvement social, en dissuadant les comportements d'optimisation des cotisants.

### **III - Les reprises de dette et la gestion des déficits de la branche vieillesse du régime général jusqu'en 2018**

Les déficits cumulés des exercices 2009 et 2010 pour le régime général et le Fonds de solidarité vieillesse

### **Amendements n°116 et 117**

Au-delà ...

... activité. Malgré l'affectation de ressources dont le produit, initialement destiné à la Caisse d'amortissement de la dette sociale, ira en s'amenuisant, la Caisse nationale des allocations familiales bénéficiera de l'affectation définitive à la sécurité sociale des recettes fiscales compensant jusqu'alors la réduction générale de cotisations sociales. La politique familiale devra en outre être définie au regard du cadre décrit dans les perspectives à long terme présentées par le Haut conseil de la famille, qui ne prévoient pour la branche famille de retour à l'équilibre qu'en 2017 et à une situation financière créditrice qu'en 2024.

### **Amendement 118**

III - Les reprises ...

... du régime général et du *Fonds de solidarité vieillesse* jusqu'en 2008.

### **Amendement 119**

(FSV) devraient atteindre près de 51 Md€, soit un niveau sans précédent en raison notamment de l'impact très négatif de la crise économique sur les recettes de la sécurité sociale.

Les organismes de sécurité sociale n'ont pas la possibilité de gérer des encours de dettes importants et permanents, ce d'autant moins que les dépenses sociales d'une année sont des dépenses courantes qui doivent être financées au moyen de recettes prélevées au cours de la même année. Dans ce contexte, une solution doit être trouvée aux difficultés créées par l'importance des déficits accumulés par la sécurité sociale en 2009 et 2010 (respectivement 20,3 et 23,1 Md€ pour le régime général).

Le schéma de reprise de dette portée par le projet de loi de financement repose sur un allongement, à la fois limité et encadré, de la durée de vie de la CADES, permis par le projet de loi organique relatif à la gestion de la dette sociale en cours d'examen par le Parlement. Cet allongement limité s'accompagne d'un apport important de ressources à la Caisse, notamment dans le cadre de l'effort global de réduction des niches fiscales et sociales. Ainsi pourra être assurée la reprise des déficits cumulés du régime général et du FSV sur les exercices 2009 et 2010, ainsi que des déficits prévisionnels 2011 des branches maladie et famille du régime général, soit un total prévisionnel maximal de 68 Md€.

Par ailleurs, le traitement durable de la dette requiert la réduction des déficits courants du régime général, grâce à la mise en œuvre progressive de réformes structurelles. Dans la phase de montée en charge de la réforme des retraites, afin d'apporter une solution globale aux besoins de financement de la branche vieillesse, le Gouvernement a d'ores et déjà prévu, dans la limite de 62 Md€, les modalités de reprise des dettes de cette dernière sur la période 2011-2018. Les ressources et les actifs du Fonds de réserve pour les retraites (FRR) seront mobilisés à cet effet.

Au total, le transfert annoncé de 130 Md€ de dette sociale à la CADES, qui verra ainsi plus que doubler son objectif d'amortissement, contribuera, sur la période couverte par la loi de programmation, à redonner des bases saines au pilotage des finances sociales et à soulager significativement les besoins de trésorerie de l'ACOSS.

Le schéma ...

... Caisse. Ainsi pourra ...

... de 68 Md€.

#### **Amendement 120**

Par ailleurs, ...

... dernière *et du Fonds de solidarité vieillesse* sur la période ...  
... à cet effet.

#### **Amendement 119**

**Régime général**

*(en milliards d'euros)*

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Maladie</b>							
Recettes	140,7	139,7	143,2	147,8	154,1	160,7	167,6
Dépenses	145,2	150,3	154,6	159,3	163,9	169,1	174,4
<b>Solde</b>	<b>-4,4</b>	<b>-10,6</b>	<b>-11,4</b>	<b>-11,5</b>	<b>-9,8</b>	<b>-8,3</b>	<b>-6,8</b>
<b>AT/MP</b>							
Recettes	10,8	10,4	10,9	11,7	12,2	12,7	13,3
Dépenses	10,5	11,1	11,3	11,6	11,9	12,1	12,4
<b>Solde</b>	<b>0,2</b>	<b>-0,7</b>	<b>-0,5</b>	<b>0,1</b>	<b>0,3</b>	<b>0,6</b>	<b>0,9</b>
<b>Famille</b>							
Recettes	57,2	56,1	50,7	52,2	54,2	56,3	58,5
Dépenses	57,5	57,9	53,3	55,2	56,9	58,6	60,2
<b>Solde</b>	<b>-0,3</b>	<b>-1,8</b>	<b>-2,6</b>	<b>-3,0</b>	<b>-2,6</b>	<b>-2,3</b>	<b>-1,7</b>
<b>Vieillesse</b>							
Recettes	89,5	91,5	93,8	99,9	103,3	107,2	111,5
Dépenses	95,1	98,7	102,4	106,8	110,7	115,2	119,3
<b>Solde</b>	<b>-5,6</b>	<b>-7,2</b>	<b>-8,6</b>	<b>-6,9</b>	<b>-7,4</b>	<b>-8,0</b>	<b>-7,7</b>
<b>Toutes branches consolidées</b>							
Recettes	293,1	292,4	293,3	306,2	318,3	331,2	345,0
Dépenses	303,3	312,7	316,5	327,5	337,8	349,1	360,3
<b>Solde</b>	<b>-10,2</b>	<b>-20,3</b>	<b>-23,1</b>	<b>-21,3</b>	<b>-19,5</b>	<b>-18,0</b>	<b>-15,3</b>

**Ensemble des régimes obligatoires de base**

*(en milliards d'euros)*

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Maladie</b>							
Recettes	164,0	163,2	167,1	172,2	179,5	187,2	195,2
Dépenses	168,1	173,6	178,4	183,5	189,2	195,3	201,7
<b>Solde</b>	<b>-4,1</b>	<b>-10,4</b>	<b>-11,2</b>	<b>-11,3</b>	<b>-9,8</b>	<b>-8,2</b>	<b>-6,5</b>
<b>AT/MP</b>							
Recettes	12,3	11,8	12,2	13,1	13,6	14,1	14,7
Dépenses	12,1	12,5	12,7	13,0	13,2	13,4	13,7
<b>Solde</b>	<b>0,2</b>	<b>-0,6</b>	<b>-0,4</b>	<b>0,1</b>	<b>0,4</b>	<b>0,7</b>	<b>1,0</b>
<b>Famille</b>							
Recettes	57,7	56,6	51,2	52,7	54,7	56,8	59,0
Dépenses	58,0	58,4	53,8	55,7	57,4	59,1	60,7
<b>Solde</b>	<b>-0,3</b>	<b>-1,8</b>	<b>-2,6</b>	<b>-3,0</b>	<b>-2,6</b>	<b>-2,3</b>	<b>-1,7</b>
<b>Vielliesse</b>							
Recettes	175,3	179,4	184,0	193,6	199,1	205,1	211,5
Dépenses	180,9	188,4	194,6	202,2	207,9	214,6	221,0
<b>Solde</b>	<b>-5,6</b>	<b>-8,9</b>	<b>-10,5</b>	<b>-8,6</b>	<b>-8,8</b>	<b>-9,6</b>	<b>-9,5</b>
<b>Toutes branches consolidées</b>							
Recettes	404,2	405,6	409,3	426,1	441,2	457,3	474,5
Dépenses	414,0	427,3	434,1	448,9	462,1	476,7	491,1
<b>Solde</b>	<b>-9,7</b>	<b>-21,7</b>	<b>-24,8</b>	<b>-22,7</b>	<b>-20,8</b>	<b>-19,3</b>	<b>-16,7</b>

**Fonds de solidarité vieillesse**

*(en milliards d'euros)*

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Recettes	15,4	12,9	13,3	18,0	18,7	19,4	20,5
Dépenses	14,5	16,0	17,6	21,9	22,3	22,6	22,9
<b>Solde</b>	<b>0,8</b>	<b>-3,2</b>	<b>-4,3</b>	<b>-3,8</b>	<b>-3,6</b>	<b>-3,1</b>	<b>-2,4</b>

**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 2009

(en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Total par catégorie
Cotisations effectives	73,4	94,9	31,9	8,7	209,0
Cotisations fictives	1,0	38,3	0,1	0,3	39,7
Cotisations prises en charge par l'État	1,7	1,5	0,7	0,0	3,9
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	1,1	0,0	0,3	0,0	1,4
Contributions publiques	0,4	6,4	6,5	0,1	13,3
Impôts et taxes affectés	80,5	15,6	16,2	2,1	114,4
<i>dont CSG</i>	<i>58,3</i>	<i>0,0</i>	<i>12,0</i>	<i>0,0</i>	<i>70,3</i>
Transferts reçus	2,1	21,0	0,0	0,1	17,7
Revenus des capitaux	0,0	0,7	0,0	0,0	0,8
Autres ressources	3,0	1,0	0,8	0,6	5,4
<b>Total par branche</b>	<b>163,2</b>	<b>179,4</b>	<b>56,6</b>	<b>11,8</b>	<b>405,6</b>

**ANNEXE C**

ÉTAT DES RECETTES PAR CATÉGORIE ET PAR  
BRANCHE :

- DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE DE  
SÉCURITÉ SOCIALE  
*ET DU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ  
SOCIALE*
- ET DES RECETTES DES ORGANISMES  
CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES  
OBLIGATOIRES DE SÉCURITÉ SOCIALE*

**Amendement 103**

Exercice 2010 (prévisions)

(en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Total par catégorie
Cotisations effectives	75,5	98,5	32,7	9,1	215,7
Cotisations fictives	1,0	38,3	0,1	0,3	39,8
Cotisations prises en charge par l'État	1,8	1,5	0,7	0,1	4,1
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	1,3	0,0	0,3	0,0	1,7
Contributions publiques	0,1	6,5	0,0	0,1	6,7
Impôts et taxes affectées	82,1	15,6	16,5	2,2	116,5
<i>dont CSG</i>	<i>59,0</i>	<i>0,0</i>	<i>12,1</i>	<i>0,0</i>	<i>71,1</i>
Transferts reçus	2,2	22,3	0,0	0,1	19,3
Revenus des capitaux	0,0	0,6	0,0	0,0	0,6
Autres ressources	3,0	0,7	0,8	0,5	5,0
<b>Total par branche</b>	<b>167,1</b>	<b>184,0</b>	<b>51,2</b>	<b>12,2</b>	<b>409,3</b>

Exercice 2011 (prévisions)

(en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Total par catégorie
Cotisations effectives	78,4	101,4	33,9	11,7	225,4
Cotisations fictives	1,1	39,7	0,1	0,3	41,3
Cotisations prises en charge par l'État	1,4	1,2	0,6	0,1	3,3
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	1,4	0,0	0,3	0,0	1,8
Contributions publiques	70,1	7,1	0,0	0,1	7,2
Impôts et taxes affectées	84,7	16,0	17,0	0,4	118,1
<i>dont CSG</i>	<i>60,6</i>	<i>0,0</i>	<i>12,5</i>	<i>0,0</i>	<i>73,1</i>
Transferts reçus	2,4	26,8	0,0	0,1	23,7
Revenus des capitaux	0,0	0,6	0,0	0,0	0,6
Autres ressources	2,7	0,7	0,8	0,5	4,7
<b>Total par branche</b>	<b>172,2</b>	<b>193,6</b>	<b>52,7</b>	<b>13,1</b>	<b>426,1</b>

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 2009

(en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Total par catégorie
Cotisations effectives	65,5	61,0	31,7	8,0	166,2
Cotisations fictives	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'État	1,5	1,2	0,7	0,0	3,4
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	1,1	0,0	0,3	0,0	1,4
Contributions publiques	0,4	0,0	6,5	0,0	6,9
Impôts et taxes affectées	66,3	10,1	16,1	1,9	94,5
<i>dont CSG</i>	<i>50,9</i>	<i>0,0</i>	<i>12,0</i>	<i>0,0</i>	<i>62,8</i>
Transferts reçus	2,3	18,9	0,0	0,0	15,9
Revenus des capitaux	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres ressources	2,6	0,3	0,7	0,5	4,1
<b>Total par branche</b>	<b>139,7</b>	<b>91,5</b>	<b>56,1</b>	<b>10,4</b>	<b>292,4</b>

Exercice 2010 (prévisions)

(en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Total par catégorie
Cotisations effectives	67,5	62,1	32,4	8,3	170,3
Cotisations fictives	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'État	1,5	1,2	0,7	0,0	3,4
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	1,3	0,0	0,3	0,0	1,7
Contributions publiques	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
Impôts et taxes affectées	67,6	10,0	16,5	2,1	96,2
<i>dont CSG</i>	<i>51,1</i>	<i>0,0</i>	<i>12,1</i>	<i>0,0</i>	<i>63,2</i>
Transferts reçus	2,5	20,2	0,0	0,0	17,5
Revenus des capitaux	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres ressources	2,6	0,2	0,7	0,4	4,0
<b>Total par branche</b>	<b>143,2</b>	<b>93,8</b>	<b>50,7</b>	<b>10,9</b>	<b>293,3</b>

Exercice 2011 (prévisions)

(en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Total par catégorie
Cotisations effectives	70,2	64,5	33,6	11,0	179,2
Cotisations fictives	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'État	1,1	0,9	0,6	0,0	2,6
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	1,4	0,0	0,3	0,0	1,8
Contributions publiques	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
Impôts et taxes affectées	70,4	10,2	16,9	0,2	97,7
<i>dont CSG</i>	52,7	0,0	12,5	0,0	65,1
Transferts reçus	2,2	24,1	0,0	0,0	21,0
Revenus des capitaux	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres ressources	2,4	0,2	0,8	0,4	3,8
<b>Total par branche</b>	<b>147,8</b>	<b>99,9</b>	<b>52,2</b>	<b>11,7</b>	<b>306,2</b>

*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 et par branche des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

Exercice 2009

(en milliards d'euros)

	FSV
Cotisations effectives	0,0
Cotisations fictives	0,0
Cotisations prises en charge par l'État	0,0
Contributions publiques	0,0
Impôts et taxes affectées	10,0
<i>dont CSG</i>	9,1
Transferts reçus	2,9
Revenus des capitaux	0,0
Autres ressources	0,0
<b>Total par branche</b>	<b>12,9</b>

Exercice 2010 (prévisions)

(en milliards d'euros)

	<b>FSV</b>
Cotisations effectives	0,0
Cotisations fictives	0,0
Cotisations prises en charge par l'État	0,0
Contributions publiques	0,0
Impôts et taxes affectées	9,7
<i>dont CSG</i>	9,3
Transferts reçus	3,6
Revenus des capitaux	0,0
Autres ressources	0,0
<b>Total par branche</b>	<b>13,3</b>

Exercice 2011 (prévisions)

(en milliards d'euros)

	<b>FSV</b>
Cotisations effectives	0,0
Cotisations fictives	0,0
Cotisations prises en charge par l'État	0,0
Contributions publiques	0,0
Impôts et taxes affectées	13,7
<i>dont CSG</i>	9,5
Transferts reçus	4,4
Revenus des capitaux	0,0
Autres ressources	0,0
<b>Total par branche</b>	<b>18,0</b>



**ANNEXE 3 :  
ARTICLES MENTIONNÉS DANS LE PROJET DE LOI**

Code général des impôts .....	256
Code général de la propriété des personnes publiques .....	259
Code rural et de la pêche maritime .....	260
Code de la santé publique .....	261
Code de la sécurité sociale .....	267
Code du travail .....	302
Livre des procédures fiscales .....	304
Loi n° 90-568 du 2 juillet 1990 relative à l'organisation du service public La Poste et à France Télécom .....	305
Loi n° 98-535 du 1 <sup>er</sup> juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme .....	306
Ordonnance n° 2005-1087 du 1 <sup>er</sup> septembre 2005 .....	307
Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 .....	307



## Code général des impôts

Art. 231.- 1. Les sommes payées à titre de rémunérations sont soumises à une taxe sur les salaires égale à 4,25 % de leur montant, évalué selon les règles prévues aux chapitres Ier et II du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale ou pour les employeurs de salariés visés aux articles L. 722-20 et L. 751-1 du code rural et de la pêche maritime, au titre IV du livre VII dudit code, et à la charge des personnes ou organismes, à l'exception des collectivités locales, de leurs régies personnalisées mentionnées à l'article L. 1412-2 du code général des collectivités territoriales et de leurs groupements, des services départementaux de lutte contre l'incendie, des centres d'action sociale dotés d'une personnalité propre lorsqu'ils sont subventionnés par les collectivités locales, du centre de formation des personnels communaux, des caisses des écoles et des établissements d'enseignement supérieur visés au livre VII du code de l'éducation qui organisent des formations conduisant à la délivrance au nom de l'État d'un diplôme sanctionnant cinq années d'études après le baccalauréat, qui paient ces rémunérations lorsqu'ils ne sont pas assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée ou ne l'ont pas été sur 90 % au moins de leur chiffre d'affaires au titre de l'année civile précédant celle du paiement desdites rémunérations. L'assiette de la taxe due par ces personnes ou organismes est constituée par une partie des rémunérations versées, déterminée en appliquant à l'ensemble de ces rémunérations le rapport existant, au titre de cette même année, entre le chiffre d'affaires qui n'a pas été passible de la taxe sur la valeur ajoutée et le chiffre d'affaires total. Le chiffre d'affaires qui n'a pas été assujetti à la taxe sur la valeur ajoutée en totalité ou sur 90 p. 100 au moins de son montant, ainsi que le chiffre d'affaires total mentionné au dénominateur du rapport s'entendent du total des recettes et autres produits, y compris ceux correspondant à des opérations qui n'entrent pas dans le champ d'application de la taxe sur la valeur ajoutée. Le chiffre d'affaires qui n'a pas été passible de la taxe sur la valeur ajoutée mentionné au numérateur du rapport s'entend du total des recettes et autres produits qui n'ont pas ouvert droit à déduction de la taxe sur la valeur ajoutée.

Les rémunérations versées par les employeurs dont le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année civile précédant le versement de ces rémunérations n'excède pas les limites définies aux I, III et IV de l'article 293 B sont exonérées de la taxe sur les salaires.

Les entreprises entrant dans le champ d'application de la taxe sur la valeur ajoutée qui n'ont pas été soumises en fait à cette taxe en vertu d'une interprétation formellement admise par l'administration sont redevables de la taxe sur les salaires.

Les rémunérations payées par l'État sur le budget général sont exonérées de taxe sur les salaires lorsque cette exonération n'entraîne pas de distorsion dans les conditions de la concurrence.

1 bis. (Abrogé).

1 ter. (Abrogé pour les rémunérations perçues à compter du 1er janvier 2002).

2. (Abrogé).

2 bis. Le taux de la taxe sur les salaires prévue au 1 est porté de 4,25 à 8,50 % pour la fraction comprise entre 7 491 € et 14 960 € et à 13,60 % pour la fraction excédant 14 960 euros de rémunérations individuelles annuelles. Ces limites sont relevées chaque année dans la même proportion que la limite supérieure de la première tranche du barème de l'impôt sur le revenu de l'année précédente. Les montants obtenus sont arrondis, s'il y a lieu, à l'euro supérieur.

Les taux majorés ne sont pas applicables aux rémunérations versées par les personnes physiques ou morales, associations et organismes domiciliés ou établis dans les départements d'outre-mer.

3 a. Les conditions et modalités d'application du 1 sont fixées par décret. Il peut être prévu par ce décret des règles spéciales pour le calcul de la taxe sur les salaires en ce qui concerne certaines professions, notamment celles qui relèvent du régime agricole au regard des lois sur la sécurité sociale.

Un décret en Conseil d'État fixera, en tant que de besoin, les modalités selon lesquelles sera déterminé le rapport défini au 1.

b. Un décret pris en conseil des ministres, après avis du Conseil d'État, fixe les conditions d'application du premier alinéa du 2 bis.

#### 4. (Abrogé)

5. Le taux de 4,25 % prévu au 1 est réduit à 2,95 %, dans les départements de la Guadeloupe, de la Martinique et de la Réunion, et à 2,55 % dans le département de la Guyane.

6. Les dispositions de l'article 1er de la loi n° 68-1043 du 29 novembre 1968, qui, sous réserve du 1, ont supprimé la taxe sur les salaires pour les rémunérations versées à compter du 1er décembre 1968, n'apportent aucune modification aux textes législatifs et réglementaires en vigueur, autres que ceux repris sous le présent article, et qui se réfèrent à la taxe sur les salaires.

Art. 1647.— I.— Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'État effectue un prélèvement sur le montant :

a. De la taxe locale d'équipement visée à l'article 1585 A ;

b. Des droits, taxes, redevances et autres impositions visés au II de l'article 1635 ter.

Le taux de ce prélèvement est fixé à 4 % du montant des recouvrements.

II.— (Sans objet).

III.— Pour frais de recouvrement, l'État effectue un prélèvement sur les cotisations perçues au profit des organismes de sécurité sociale soumis au contrôle de la cour des comptes, dans les conditions déterminées par les articles L. 154-1 et L. 154-2 du code de la sécurité sociale. Le taux de ce prélèvement et les modalités de remboursement sont fixés par arrêté du ministre de l'économie et des finances.

IV.— (Sans objet).

V.— L'État perçoit au titre de frais d'assiette, de recouvrement, de dégrèvements et de non-valeurs un prélèvement de :

a. 2,37 % en sus du montant de la taxe de publicité foncière ou des droits d'enregistrement perçus au profit des départements en application de l'article 1594 A.

b. 2,14 % en sus du montant de la taxe de publicité foncière ou des droits d'enregistrement perçus au profit des départements au taux de 0,70 % ;

c. 2 % sur les montants de la taxe d'apprentissage versés au Fonds national de développement et de modernisation de l'apprentissage en application du 1 de l'article 224 et de l'article 226 B, ainsi que sur le montant de la contribution au développement de l'apprentissage mentionnée à l'article 1599 quinquies A.

VI.— Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'État effectue un prélèvement de 1 p. 100 sur le montant de la taxe mentionnée à l'article 302 bis ZB.

VII.– (Abrogé)

VIII.– Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'État effectue un prélèvement de 2,5 % sur le montant des taxes mentionnées aux articles 1609 sexvicies et 1635 bis M.

IX.– Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'État effectue un prélèvement de 2,5 % sur le montant de la taxe mentionnée à l'article 1609 sexdecies B.

X.– Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'État effectue un prélèvement de 1,5 % sur le montant de la redevance d'archéologie préventive prévue à l'article L. 524-2 du code du patrimoine.

XI.– Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'État effectue un prélèvement de 1 % sur le montant de la taxe mentionnée au I de l'article 1605.

XII.– Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'État effectue un prélèvement de 2 % sur le montant de la taxe mentionnée au II de l'article L. 425-1 du code des assurances.

XIII.– (Sans objet)

XIV.– Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'État effectue un prélèvement de 2 % sur le montant de la taxe mentionnée à l'article 1011 bis.

XV.– L'État perçoit au titre des frais d'assiette, de recouvrement, de dégrèvements et de non-valeurs un prélèvement de 1 % en sus du montant, après application de l'article 1586 quater.

XVI.– Pour frais de recouvrement, l'État prélève 1 % des sommes recouvrées au titre de la contribution de supervision pour le compte de la Banque de France dans les conditions prévues par le VIII de l'article L. 612-20 du code monétaire et financier.

## **Code général de la propriété des personnes publiques**

Art. L. 1126-1.– Sont acquis à l'État, à moins qu'il ne soit disposé de ces biens par des lois particulières :

1°Le montant des coupons, intérêts ou dividendes, atteints par la prescription quinquennale ou conventionnelle et afférents à des actions, parts de fondateur, obligations ou autres valeurs mobilières négociables, émises par toute société commerciale ou civile ou par toute collectivité privée ou publique ;

2°Les actions, parts de fondateur, obligations et autres valeurs mobilières des mêmes collectivités, lorsqu'elles sont atteintes par la prescription trentenaire ou conventionnelle ;

3°Les dépôts de sommes d'argent et, d'une manière générale, tous avoirs en espèces dans les banques, les établissements de crédit et tous autres établissements qui reçoivent des fonds en dépôt ou en compte courant, lorsque ces dépôts ou avoirs n'ont fait l'objet de la part des ayants droit d'aucune opération ou réclamation depuis trente années ;

4°Les dépôts de titres et, d'une manière générale, tous avoirs en titres dans les banques et autres établissements qui reçoivent des titres en dépôt ou pour tout autre cause lorsque ces dépôts ou avoirs n'ont fait l'objet, de la part des ayants droit, d'aucune opération ou réclamation depuis trente années ;

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.

## **Code rural et de la pêche maritime**

Art. 723-1.— Les organismes de mutualité sociale agricole comprennent les caisses départementales et pluridépartementales de mutualité sociale agricole, la caisse centrale de la mutualité sociale agricole ainsi que leurs associations et groupements mentionnés à l'article L. 723-5. Sauf dispositions contraires du présent chapitre, ils sont soumis aux dispositions du livre Ier du code de la sécurité sociale.

Les caisses de mutualité sociale agricole sont dotées de la personnalité morale et sont constituées et fonctionnent conformément aux prescriptions du code de la mutualité, sous réserve des dispositions du présent code et du code de la sécurité sociale et des textes pris pour leur application.

Art. L. 731-14.— Sont considérés comme revenus professionnels pour la détermination de l'assiette des cotisations dues au régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles :

1° Les revenus soumis à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéficiaires agricoles ;

2° Les revenus provenant des activités non-salariées agricoles mentionnées à l'article L. 722-1 et soumis à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéficiaires industriels et commerciaux ou des bénéficiaires non commerciaux ;

3° Les rémunérations allouées aux gérants et associés de certaines sociétés, provenant des activités non-salariées agricoles mentionnées à l'article L. 722-1 et soumises à l'impôt sur le revenu dans la catégorie visée à l'article 62 du code général des impôts.

Les chefs d'exploitation agricole à titre individuel sont autorisés, sur option, à déduire des revenus mentionnés au 1° le montant, excédant l'abattement ci-après défini, du revenu cadastral des terres mises en valeur par ladite exploitation et dont ils sont propriétaires. Cet abattement est égal à 4 % des revenus mentionnés au 1° diminués du revenu cadastral desdites terres et multipliés par un coefficient égal au revenu cadastral de ces dernières divisé par le revenu cadastral de l'ensemble des terres mises en valeur par l'exploitation. L'abattement est d'au moins 2 000 F.

Les dispositions du précédent alinéa sont applicables dans les mêmes conditions aux associés personnes physiques des sociétés visées à l'article 8 du code général des impôts pour les terres mises en valeur par lesdites sociétés lorsque celles-ci sont inscrites à l'actif de leur bilan.

Un décret détermine les conditions dans lesquelles les chefs d'exploitation agricole peuvent opter pour la déduction prévue au cinquième alinéa, la durée de validité de cette option et les justificatifs qu'ils doivent

Art. L. 731-2.— Le financement des prestations d'assurance maladie, invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles, à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10, est assuré par :

1° La fraction des cotisations dues par les assujettis affectée au service des prestations d'assurance maladie, invalidité et maternité des non-salariés agricoles ;

2° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, déterminée dans les conditions fixées à l'article L. 139-1 du même code ;

3° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 138-1 et L. 138-10 du même code, déterminée dans les conditions fixées à l'article L. 138-8 du même code ;

4° Le produit du droit de consommation sur les produits intermédiaires mentionné à l'article 402 bis du code général des impôts ;

5° Une fraction égale à 65,6 % du produit du droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels mentionné à l'article 438 du même code ;

6° Le produit du droit sur les bières et les boissons non alcoolisées mentionné à l'article 520 A du même code ;

7° Le produit de la cotisation sur les boissons alcooliques instituée par l'article L. 245-7 du code de la sécurité sociale ;

8° Une fraction du produit du droit de consommation mentionné à l'article 575 du code général des impôts, déterminée par l'article 61 de la loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005 ;

9° Le produit des taxes mentionnées aux articles 1010, 1609 viciés et 1618 septies du code général des impôts ;

10° Le versement du solde de compensation résultant, pour l'assurance maladie et maternité, de l'application de l'article L. 134-1 du code de la sécurité sociale ;

11° Les subventions du fonds spécial d'invalidité mentionné à l'article L. 815-26 du même code ;

12° Le remboursement versé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles ;

13° Une dotation de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés destinée à assurer l'équilibre financier de la branche ;

14° Les impôts, taxes et amendes qui sont affectés à la branche ;

15° Toute autre ressource prévue par la loi.

## **Code de la santé publique**

Art. L. 1123-5.— Le ministre chargé de la santé peut retirer l'agrément d'un comité si les conditions d'indépendance, de composition ou de fonctionnement nécessaires pour assurer sa mission dans les meilleures conditions ne sont plus satisfaites.

Art. L. 1142-14.— Lorsque la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales estime qu'un dommage relevant du premier alinéa de l'article L. 1142-8 engage la responsabilité d'un professionnel de santé, d'un établissement de santé, d'un service de santé ou d'un organisme mentionné à l'article L. 1142-1 ou d'un producteur d'un produit de santé mentionné à l'article L. 1142-2, l'assureur qui garantit la

responsabilité civile ou administrative de la personne considérée comme responsable par la commission adresse à la victime ou à ses ayants droit, dans un délai de quatre mois suivant la réception de l'avis, une offre d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis dans la limite des plafonds de garantie des contrats d'assurance.

Cette offre indique l'évaluation retenue, le cas échéant à titre provisionnel, pour chaque chef de préjudice ainsi que le montant des indemnités qui reviennent à la victime, ou à ses ayants droit, déduction faite des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, et plus généralement des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice. Les prestations et indemnités qui font l'objet d'une déduction du montant de l'offre sont remboursées directement par l'assureur du responsable du dommage aux débiteurs concernés.

Lorsque l'offre prévoit le versement d'une rente à la victime, cette rente est revalorisée dans les conditions prévues à l'article L. 351-11 du code de la sécurité sociale.

L'offre a un caractère provisionnel si l'assureur n'a pas été informé de la consolidation de l'état de la victime. L'offre définitive doit être faite dans un délai de deux mois à compter de la date à laquelle l'assureur a été informé de cette consolidation.

L'assureur qui fait une offre à la victime est tenu de rembourser à l'office les frais d'expertise que celui-ci a supportés.

L'acceptation de l'offre de l'assureur vaut transaction au sens de l'article 2044 du code civil.

Le paiement doit intervenir dans un délai d'un mois à compter de la réception par l'assureur de l'acceptation de son offre par la victime, que cette offre ait un caractère provisionnel ou définitif. Dans le cas contraire, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au double du taux légal à compter de l'expiration de ce délai et jusqu'au jour du paiement effectif ou, le cas échéant, du jugement devenu définitif.

Si l'assureur qui a transigé avec la victime estime que le dommage n'engage pas la responsabilité de la personne qu'il assure, il dispose d'une action subrogatoire soit contre le tiers responsable, soit contre l'Office national d'indemnisation si les dispositions du II de l'article L. 1142-1 trouvent à s'appliquer.

Si le juge compétent, saisi par la victime qui refuse l'offre de l'assureur, estime que cette offre était manifestement insuffisante, il condamne l'assureur à verser à l'office une somme au plus égale à 15 % de l'indemnité qu'il alloue, sans préjudice des dommages et intérêts dus de ce fait à la victime.

Dans le cas où les plafonds de garantie des contrats d'assurance de la personne considérée comme responsable par la commission seraient atteints, l'assureur avise sans délai cette personne ainsi que l'office institué à l'article L. 1142-22.

Pour l'application du présent article, l'État, au titre des activités de prévention, de diagnostic ou de soins qu'il exerce, est soumis aux obligations incombant à l'assureur.

Art. L. 1142-15.— En cas de silence ou de refus explicite de la part de l'assureur de faire une offre, ou lorsque le responsable des dommages n'est pas assuré ou la couverture d'assurance prévue à l'article L. 1142-2 est épuisée, l'office institué à l'article L. 1142-22 est substitué à l'assureur.

Dans ce cas, les dispositions de l'article L. 1142-14, relatives notamment à l'offre d'indemnisation et au paiement des indemnités, s'appliquent à l'office, selon des modalités déterminées par décret en Conseil d'État.

L'acceptation de l'offre de l'office vaut transaction au sens de l'article 2044 du code civil. La transaction est portée à la connaissance du responsable et, le cas échéant, de son assureur.

Sauf dans le cas où le délai de validité de la couverture d'assurance garantie par les dispositions du cinquième alinéa de l'article L. 251-2 du code des assurances est expiré, l'office est subrogé, à concurrence des sommes versées, dans les droits de la victime contre la personne responsable du dommage ou, le cas échéant, son assureur. Il peut en outre obtenir remboursement des frais d'expertise.

En cas de silence ou de refus explicite de la part de l'assureur de faire une offre, ou lorsque le responsable des dommages n'est pas assuré, le juge, saisi dans le cadre de la subrogation, condamne, le cas échéant, l'assureur ou le responsable à verser à l'office une somme au plus égale à 15 % de l'indemnité qu'il alloue.

Lorsque l'office transige avec la victime, ou ses ayants droit, en application du présent article, cette transaction est opposable à l'assureur ou, le cas échéant, au responsable des dommages sauf le droit pour ceux-ci de contester devant le juge le principe de la responsabilité ou le montant des sommes réclamées. Quelle que soit la décision du juge, le montant des indemnités allouées à la victime lui reste acquis.

Art. L. 1221-14. - Les victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus de l'hépatite C causée par une transfusion de produits sanguins ou une injection de médicaments dérivés du sang réalisée sur les territoires auxquels s'applique le présent chapitre sont indemnisées par l'office mentionné à l'article L. 1142-22 dans les conditions prévues à la seconde phrase du troisième alinéa de l'article L. 3122-1, aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3122-2, au premier alinéa de l'article L. 3122-3 et à l'article L. 3122-4.

Dans leur demande d'indemnisation, les victimes ou leurs ayants droit justifient de l'atteinte par le virus de l'hépatite C et des transfusions de produits sanguins ou des injections de médicaments dérivés du sang. L'office recherche les circonstances de la contamination, notamment dans les conditions prévues à l'article 102 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

L'offre d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis du fait de la contamination est faite à la victime dans les conditions fixées aux deuxième, troisième et cinquième alinéas de l'article L. 1142-17.

La victime dispose du droit d'action en justice contre l'office si sa demande d'indemnisation a été rejetée, si aucune offre ne lui a été présentée dans un délai de six mois à compter du jour où l'office reçoit la justification complète des préjudices ou si elle juge cette offre insuffisante.

La transaction à caractère définitif ou la décision juridictionnelle rendue sur l'action en justice prévue au précédent alinéa vaut désistement de toute action juridictionnelle en cours et rend irrecevable toute autre action juridictionnelle visant à la réparation des mêmes préjudices.

L'action subrogatoire prévue à l'article L. 3122-4 ne peut être exercée par l'office si l'établissement de transfusion sanguine n'est pas assuré, si sa couverture d'assurance est épuisée ou encore dans le cas où le délai de validité de sa couverture est expiré, sauf si la contamination trouve son origine dans une violation ou un manquement mentionnés à l'article L. 1223-5.

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

Art. L. 1223-5.— Toute violation constatée dans un établissement de transfusion sanguine, et du fait de celui-ci, des prescriptions législatives ou réglementaires qui lui sont applicables ainsi que des éléments mentionnés à l'article L. 1223-2 ou des termes de toute décision d'agrément ou d'autorisation prévue par le présent code peut entraîner la modification ou le retrait temporaire ou définitif des agréments ou autorisations. Le retrait ne peut intervenir qu'après mise en demeure adressée au président de l'Établissement français du sang de prendre toute mesure propre à remédier à la violation ou au manquement constaté ou de fournir toutes explications nécessaires.

Cette mise en demeure est faite par écrit par le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Elle fixe un délai d'exécution ou de réponse qui ne peut excéder un mois.

En cas d'urgence tenant à la sécurité des personnes, une suspension de l'agrément ou de l'autorisation peut être prononcée à titre conservatoire par le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

Art. L. 1434-2.— Le projet régional de santé est constitué :

1° D'un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région ;

2° De schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale ;

3° De programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un programme relatif au développement de la télémédecine. La programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé tels que définis à l'article L. 1434-17. Le plan stratégique régional de santé prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

Art. L. 1434-7.— Le schéma régional d'organisation des soins a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique.

Il précise les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé, les communautés hospitalières de territoire, les établissements et services médico-sociaux, les centres de santé, les structures et professionnels de santé libéraux. Il prend en compte également les difficultés de déplacement des populations, ainsi que les exigences en matière de transports sanitaires, liées en particulier aux situations d'urgence. Il signale à cet effet les évolutions nécessaires dans le respect des compétences dévolues aux collectivités territoriales.

Il tient compte de l'offre de soins des régions limitrophes et de la vocation sanitaire et sociale de certains territoires.

Il indique, par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice des soins mentionnés aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12, notamment celles des professionnels de santé libéraux, des pôles de santé, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé.

Il détermine, selon des dispositions prévues par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé et prévues notamment par l'article L. 1434-8 du présent code, par les conventions mentionnées au chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, par l'article L. 632-6 du code de l'éducation, par l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales et par l'article 151 ter du code général des impôts.

Il organise la coordination entre les différents services de santé mentionnés à l'alinéa précédent et les établissements de santé assurant une activité au domicile des patients intervenant sur le même territoire de santé. Les conditions de cette coordination sont définies par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Art. L.3122-4.— L'office est subrogé, à due concurrence des sommes versées dans les droits que possède la victime contre la personne responsable du dommage ainsi que contre les personnes tenues à un titre quelconque d'en assurer la réparation totale ou partielle dans la limite du montant des prestations à la charge desdites personnes. Toutefois, l'office ne peut engager d'action au titre de cette subrogation que lorsque le dommage est imputable à une faute.

L'office peut intervenir devant les juridictions de jugement en matière répressive même pour la première fois en cause d'appel en cas de constitution de partie civile de la victime ou de ses ayants droit contre le ou les responsables des préjudices définis à l'alinéa premier de l'article L. 3122-1. Il intervient alors à titre principal et peut user de toutes les voies de recours ouvertes par la loi.

Si les faits générateurs du dommage ont donné lieu à des poursuites pénales, le juge civil n'est pas tenu de surseoir à statuer jusqu'à décision définitive de la juridiction répressive.

Art. L.4151-1.— L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L. 4151-2 à L. 4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L. 4127-1.

L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique.

L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique.

Art. L. 4151-3.— En cas de pathologie maternelle, foetale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin. Les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques.

Art. L.6114-2.— Les contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 déterminent les orientations stratégiques des établissements de santé ou des titulaires de l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 et des groupements de coopération sanitaire sur la base du projet régional de santé défini à l'article L. 1434-1, notamment du schéma régional d'organisation des soins défini aux articles L. 1434-7 et L. 1434-9 ou du schéma interrégional défini à l'article L. 1434-10.

Ils identifient les services au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et définissent, pour chacun d'entre eux, le nombre de référents en soins palliatifs qu'il convient de former ainsi que le nombre de lits qui doivent être identifiés comme des lits de soins palliatifs.

Ils précisent leurs engagements relatifs à la mise en œuvre de la politique nationale d'innovation médicale et de recours, ainsi que leurs autres engagements, notamment de retour à l'équilibre financier, qui peuvent donner lieu à un financement par la dotation prévue à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale.

Ils précisent les engagements pris par l'établissement de santé ou le titulaire de l'autorisation en vue de la transformation de ses activités et de ses actions de coopération.

Les contrats fixent, le cas échéant par avenant, les éléments relatifs aux missions de service public prévus au dernier alinéa de l'article L. 6112-2 ainsi que ceux relatifs à des missions de soins ou de santé publique spécifiques qui sont assignées à l'établissement de santé ou au titulaire de l'autorisation par l'agence régionale de santé. Ils fixent également les objectifs quantifiés des activités de soins et équipements matériels lourds pour lesquels une autorisation a été délivrée et en définissent les conditions de mise en œuvre.

Les contrats sont signés ou révisés au plus tard six mois après la délivrance de l'autorisation ou l'attribution d'une mission de service public. À défaut de signature du contrat ou de l'avenant dans ce délai, l'agence régionale de santé fixe les objectifs quantifiés et les pénalités prévues à l'article L. 6114-1 et les obligations relatives aux missions de service public qu'elle assigne ainsi que, le cas échéant, les modalités selon lesquelles est calculée leur compensation financière.

Lors du renouvellement du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 6114-1, les objectifs quantifiés mentionnés à l'alinéa précédent sont révisés.

Lors du renouvellement de l'autorisation prévu à l'article L. 6122-10, ou lorsque l'autorisation a fait l'objet de la révision prévue à l'article L. 6122-12, les objectifs quantifiés fixés par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, relatifs à l'activité de soins ou l'équipement matériel lourd faisant l'objet de l'autorisation, sont révisés dans les six mois suivant le renouvellement ou la décision de révision de l'autorisation.

Art. L. 6122-1.— Sont soumis à l'autorisation de l'agence régionale de santé les projets relatifs à la création de tout établissement de santé, la création, la conversion et le regroupement des activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation ou d'hospitalisation à domicile, et l'installation des équipements matériels lourds.

La liste des activités de soins et des équipements matériels lourds soumis à autorisation est fixée par décret en Conseil d'État.

Art. L.6122-13.— I.— Lorsqu'il est constaté, à l'occasion de l'exercice d'une activité de soins ou de l'installation d'un équipement matériel lourd, un manquement aux lois et règlements pris pour la protection de la santé publique ou à la continuité des soins assurée par le personnel médical imputable à la personne titulaire de l'autorisation, le directeur général de l'agence régionale de santé le notifie à cette dernière et lui demande de faire connaître, dans les huit jours, ses observations en réponse ainsi que les mesures correctrices adoptées ou envisagées.

En l'absence de réponse dans ce délai ou si cette réponse est insuffisante, il adresse au titulaire de l'autorisation une injonction de prendre toutes dispositions nécessaires et de faire cesser définitivement les manquements dans un délai déterminé. Il en constate l'exécution.

II.- En cas d'urgence tenant à la sécurité des patients ou du personnel ou lorsqu'il n'a pas été satisfait, dans le délai fixé, à l'injonction prévue au I, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prononcer la suspension immédiate, totale ou partielle, de l'autorisation de l'activité de soins concernée ou l'interruption immédiate du fonctionnement des moyens techniques de toute nature nécessaires à la dispensation des soins.

La décision est notifiée au titulaire de l'autorisation, accompagnée des constatations faites et assortie d'une mise en demeure de remédier aux manquements dans un délai déterminé.

S'il est constaté au terme de ce délai qu'il a été satisfait à la mise en demeure, le directeur général de l'agence régionale met fin à la suspension.

Dans le cas contraire et après avis de la commission spécialisée de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie compétente pour le secteur sanitaire, le directeur général de l'agence régionale de santé se prononce alors à titre définitif, soit sur le maintien de la suspension jusqu'à l'achèvement des mesures prévues, soit sur le retrait de l'autorisation ou sur la modification de son contenu. Il peut également assortir l'autorisation des conditions particulières mentionnées à l'article L. 6122-7.

### **Code de la sécurité sociale**

Art. L. 133-6-2.- I.- Les données nécessaires au calcul et au recouvrement des cotisations et contributions sociales mentionnées aux articles L. 133-6 et L. 642-1 et de la cotisation due par les travailleurs indépendants mentionnés au c du 1° de l'article L. 613-1 peuvent être obtenues par les organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 selon les modalités prévues par l'article L. 114-14.

Lorsque ces données ne peuvent pas être obtenues dans les conditions prévues au premier alinéa, les organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 en informent les travailleurs non salariés des professions non agricoles, qui les leur communiquent par déclaration. Cette procédure s'applique également en cas de cessation d'activité.

II.- Lorsque les données relèvent de l'article L. 642-1, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 les transmettent aux organismes mentionnés à l'article L. 641-1.

Lorsque les données concernent la cotisation due par les travailleurs indépendants mentionnés au c du 1° de l'article L. 613-1, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 les transmettent aux organismes mentionnés à l'article L. 611-3.

Art. L. 135-1.- Il est créé un fonds dont la mission est de prendre en charge les avantages d'assurance vieillesse à caractère non contributif relevant de la solidarité nationale, tels qu'ils sont définis par l'article L. 135-2.

Ce fonds, dénommé : fonds de solidarité vieillesse, est un établissement public de l'État à caractère administratif. La composition du conseil d'administration, qui est assisté d'un comité de surveillance composé notamment de membres du Parlement, de représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ainsi que de représentants des employeurs et travailleurs indépendants désignés par les organisations professionnelles d'employeurs et de travailleurs indépendants représentatives, ainsi que les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds sont fixées par décret en Conseil d'État.

À titre transitoire, jusqu'à une date fixée par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées, du budget et de la sécurité sociale qui ne peut être postérieure au 31 décembre

2005, le fonds de solidarité vieillesse gère la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie instituée par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

Le fonds de solidarité vieillesse peut à titre dérogatoire recruter des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.

Art. L. 135-1.– Les dépenses prises en charge par le fonds de solidarité vieillesse au titre du premier alinéa de l'article L. 135-1 sont les suivantes :

1° Le financement des allocations mentionnées :

– au dernier alinéa de l'article L. 643-1 ;

– au chapitre V du titre Ier du livre VIII ;

– à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ;

2° (Paragraphe supprimé)

3° Les sommes correspondant au service, par les régimes d'assurance vieillesse de base mentionnés au titre V du livre III, aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 du présent code et à l'article 1024 du code rural :

a) Des majorations de pensions accordées en fonction du nombre d'enfants ;

b) Des majorations de pensions pour conjoint à charge ;

4° Les sommes représentatives de la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base mentionnés au titre V du livre III, aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 du présent code et à l'article 1024 du code rural, dans la durée d'assurance :

a) Des périodes de service national légal de leurs assurés ;

b) Des périodes pendant lesquelles les assurés ont bénéficié des allocations mentionnées aux articles L. 321-4-2, L. 351-3, L. 351-9, L. 351-10 et L. 351-10-2 du code du travail, des allocations spéciales mentionnées au 2° de l'article L. 322-4 du même code, de l'allocation de préparation à la retraite mentionnée à l'article 125 de la loi de finances pour 1992 (n° 91-1322 du 30 décembre 1991) et de la rémunération prévue au quatrième alinéa de l'article L. 321-4-3 du code du travail ;

c) Des périodes de chômage non indemnisé visées au 3° de l'article L. 351-3 du présent code ;

d) Des périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié, en cas d'absence complète d'activité, d'un revenu de remplacement de la part de son entreprise en application d'un accord professionnel national mentionné au dernier alinéa de l'article L. 352-3 du code du travail ;

e) Des périodes de versement de l'allocation de congé solidarité prévue à l'article 15 de la loi n° 2000-1207 du 13 décembre 2000 d'orientation pour l'outre-mer ;

f) Des périodes mentionnées au 1° de l'article L. 351-3 ;

5° Les sommes correspondant à la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base mentionnés au titre V du livre III, aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 du présent code et à l'article 1024 du

code rural des réductions de la durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes, définies à l'article L. 351-7-1 ci-après ;

6° Les sommes correspondant au paiement par les organismes visés aux articles 1002 et 1142-8 du code rural des majorations des pensions accordées en fonction du nombre d'enfants aux ressortissants du régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles ;

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

8° Les frais de gestion administrative du fonds correspondant à des opérations de solidarité ;

9° Les dépenses attachées au service de l'allocation spéciale pour les personnes âgées prévue à l'article 28 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte.

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

Les sommes mentionnées au c du 4° sont calculées sur une base forfaitaire déterminée par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, après avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

Art. L. 135-6.- Il est créé un établissement public de l'État à caractère administratif, dénommé « Fonds de réserve pour les retraites », placé sous la tutelle de l'État.

Ce fonds a pour mission principale de gérer les sommes qui lui sont affectées afin de constituer des réserves destinées à contribuer à la pérennité des régimes de retraite.

Les réserves sont constituées au profit des régimes obligatoires d'assurance vieillesse visés à l'article L. 222-1 et aux 1° et 2° de l'article L. 621-3.

Les sommes affectées au fonds sont mises en réserve jusqu'en 2020.

Le Fonds de réserve pour les retraites assure également la gestion financière d'une partie de la contribution exceptionnelle, forfaitaire et libératoire due à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés en application du 3° de l'article 19 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières.

Les conditions et les résultats de la gestion de cette partie de la contribution sont retracés chaque année dans l'annexe des comptes du fonds. Cette partie de la contribution et ses produits financiers, nets des frais engagés par le fonds, sont rétrocédés à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés à compter de 2020, dans des conditions fixées par convention entre la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et le Fonds de réserve pour les retraites.

Art. L. 136-1.- Il est institué une contribution sociale sur les revenus d'activité et sur les revenus de remplacement à laquelle sont assujettis :

1° Les personnes physiques qui sont à la fois considérées comme domiciliées en France pour l'établissement de l'impôt sur le revenu et à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie ;

2° Les agents de l'État, des collectivités locales et de leurs établissements publics à caractère administratif qui exercent leurs fonctions ou sont chargés de mission hors de France, dans la mesure où

leur rémunération est imposable en France et où ils sont à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie.

Art. L. 136-2.- I.- La contribution est assise sur le montant brut des traitements, indemnités, émoluments, salaires, allocations, pensions y compris les majorations et bonifications pour enfants, des rentes viagères autres que celles visées au 6 de l'article 158 du code général des impôts et des revenus tirés des activités exercées par les personnes mentionnées aux articles L. 311-2 et L. 311-3. L'assiette de la contribution due par les artistes-auteurs est celle prévue au troisième alinéa de l'article L. 382-3.

Sur le montant brut des traitements, indemnités autres que celles visées au 7° du II ci-dessous, émoluments, salaires, des revenus des artistes-auteurs assimilés fiscalement à des traitements et salaires et des allocations de chômage, il est opéré une réduction représentative de frais professionnels forfaitairement fixée à 3 % de ce montant.

Elle est également assise sur tous les avantages en nature ou en argent accordés aux intéressés en sus des revenus visés au premier alinéa.

Pour l'application du présent article, les traitements, salaires et toutes sommes versées en contrepartie ou à l'occasion du travail sont évalués selon les règles fixées à l'article L. 242-1. Toutefois, les déductions visées au 3° de l'article 83 du code général des impôts ne sont pas applicables.

I bis.- La contribution est établie sur l'assiette correspondant aux cotisations forfaitaires applicables aux catégories de salariés ou assimilés visées par les arrêtés pris en application des articles L. 241-2 et L. 241-3 du présent code et L. 741-13 du code rural et de la pêche maritime, dans leur rédaction en vigueur à la date de publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale.

II.- Sont inclus dans l'assiette de la contribution :

1° Les sommes allouées au salarié au titre de l'intéressement prévu à l'article L. 3312-4 du code du travail ;

2° Les sommes réparties au titre de la réserve spéciale de participation conformément aux dispositions de l'article L. 3324-5 du code du travail, ainsi que les sommes versées par l'entreprise en application de l'article L. 3332-27 du même code ; la contribution est précomptée par l'entreprise ou l'organisme de gestion respectivement lors de la répartition de la réserve spéciale, ou lors du versement au plan d'épargne d'entreprise ;

3° a) L'indemnité parlementaire et l'indemnité de fonction prévues aux articles 1er et 2 de l'ordonnance n° 58-1210 du 13 décembre 1958 portant loi organique relative à l'indemnité des membres du Parlement, l'indemnité représentative de frais de mandat, au plus égale au montant brut cumulé des deux précédentes et versée à titre d'allocation spéciale pour frais par les assemblées à tous leurs membres, ainsi que, la plus élevée d'entre elles ne pouvant être supérieure de plus de la moitié à ce montant, les indemnités de fonction complémentaires versées, au même titre, en vertu d'une décision prise par le bureau des dites assemblées, à certains de leurs membres exerçant des fonctions particulières ;

b) Les indemnités versées aux représentants français au Parlement européen dans les conditions prévues à l'article 1er de la loi n° 79-563 du 6 juillet 1979 relative à l'indemnité des représentants au Parlement européen et aux indemnités versées à ses membres par le Parlement européen ;

c) La rémunération et les indemnités par jour de présence versées aux membres du Conseil économique, social et environnemental en application de l'article 22 de l'ordonnance n° 58-1360 du 29 décembre 1958 portant loi organique relative au Conseil économique et social (1) ainsi que l'indemnité

versée au Président et aux membres du Conseil constitutionnel en application de l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1067 du 7 novembre 1958 portant loi organique sur le Conseil constitutionnel ;

d) Les indemnités versées par les collectivités locales, leurs groupements ou leurs établissements publics aux élus municipaux, cantonaux et régionaux ;

e) Les allocations versées à l'issue des mandats locaux par le fonds mentionné par l'article L. 1621-2 du code général des collectivités territoriales.

4° Les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance, à l'exception de celles visées au cinquième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et au cinquième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime et de celles destinées au financement des régimes de retraite visés au I de l'article L. 137-11 du présent code ;

5° Les indemnités de licenciement ou de mise à la retraite et toutes autres sommes versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail pour la fraction qui excède le montant prévu par la convention collective de branche, l'accord professionnel ou interprofessionnel ou à défaut par la loi, ou, en l'absence de montant légal ou conventionnel pour ce motif, pour la fraction qui excède l'indemnité légale ou conventionnelle de licenciement. En tout état de cause, cette fraction ne peut être inférieure au montant assujéti à l'impôt sur le revenu en application de l'article 80 duodecies du code général des impôts. Toutefois, les indemnités d'un montant supérieur à trente fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 du présent code sont assujéties dès le premier euro ; pour l'application des présentes dispositions, il est fait masse des indemnités liées à la rupture du contrat de travail et de celles versées en cas de cessation forcée des fonctions des personnes visées au 5° bis du présent II. Sont également assujéties toutes sommes versées à l'occasion de la modification du contrat de travail ;

5° bis Les indemnités versées à l'occasion de la cessation de leurs fonctions aux mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 ter du code général des impôts, ou, en cas de cessation forcée de ces fonctions, la fraction de ces indemnités qui excède les montants définis au deuxième alinéa du 1 de l'article 80 duodecies du même code ; Toutefois, en cas de cessation forcée des fonctions, les indemnités d'un montant supérieur à trente fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 du présent code sont assujéties dès le premier euro ; pour l'application des présentes dispositions, il est fait masse des indemnités liées à la cessation forcée des fonctions et de celles visées à la première phrase du 5° ;

6° L'allocation visée à l'article 15 de la loi n° 94-629 du 25 juillet 1994 relative à la famille ;

7° Les indemnités journalières ou allocations versées par les organismes de sécurité sociale ou, pour leur compte, par les employeurs à l'occasion de la maladie, de la maternité ou de la paternité, des accidents du travail et des maladies professionnelles, à l'exception des rentes viagères et indemnités en capital servies aux victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle ou à leurs ayants droit.

III.— Ne sont pas inclus dans l'assiette de la contribution :

1° Les allocations de chômage visées à l'article L. 131-2, perçues par des personnes dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts n'excède pas les seuils déterminés en application des dispositions des I et III du même article. En outre, la contribution pesant sur ces allocations ne peut avoir pour effet de réduire le montant net de celles-ci ou, en cas de cessation partielle d'activité, le montant cumulé de la rémunération d'activité et de l'allocation perçue, en deçà du montant du salaire minimum de croissance ;

2° Les pensions de retraite et d'invalidité des personnes dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts n'excède pas les seuils

déterminés en application des dispositions des I et III du même article ou qui sont titulaires d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité non contributif attribué par un régime de base de sécurité sociale sous conditions de ressources ou par le fonds spécial visé à l'article L. 814-5. Ces conditions de ressources sont celles qui sont applicables pour l'attribution de l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité ;

3° Les revenus visés aux 2°, 2° bis, 3°, 4°, 7°, 9°, 9° bis, 9° quater, 9° quinquies, 10°, 12°, 13°, 14°, 14° bis, 14° ter, 15°, 17°, 19° et b du 19° ter de l'article 81 du code général des impôts ainsi que ceux visés aux articles L. 961-1, deuxième alinéa, et L. 961-5 du code du travail ;

4° Les pensions alimentaires répondant aux conditions fixées par les articles 205 à 211 du code civil, les rentes prévues à l'article 276 du code civil et les pensions alimentaires versées en vertu d'une décision de justice, en cas de séparation de corps ou de divorce, ou en cas d'instance en séparation de corps ou en divorce ;

5° Les salaires versés au titre des contrats conclus en application de l'article L. 117-1 du code du travail ;

6° (Abrogé) ;

7° L'indemnité de cessation d'activité visée au V de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) ;

8° L'indemnité prévue à l'article 9 de la loi n° 2006-586 du 23 mai 2006 relative au volontariat associatif et à l'engagement éducatif.

Art. L. 136-4.- I.- Sont soumis à la contribution les revenus professionnels visés à l'article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime.

Les revenus pris en compte sont constitués par la moyenne des revenus se rapportant aux trois années antérieures à celle au titre de laquelle la contribution est due. Lorsque le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole a exercé l'option prévue à l'article L. 731-19 du code rural et de la pêche maritime, les revenus pris en compte sont constitués par les revenus afférents à l'année précédant celle au titre de laquelle la contribution est due. Ces revenus proviennent de l'ensemble des activités agricoles exercées au cours de la ou des années de référence, y compris lorsque l'une de ces activités a cessé au cours de la ou desdites années.

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 contribuables qui ont exercé l'option mentionnée au c du 2 de l'article 75-0 A du code général des impôts peuvent demander à bénéficier de cette option pour la détermination des revenus mentionnés au précédent alinéa. Les revenus sont majorés des déductions, abattements et exonérations mentionnés aux articles 44 sexies, 44 sexies A, 44 undecies, 44 terdecies, 44 quaterdecies, 73 B et 151 septies A du même code, 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. 3312-4, L. 3324-5 et L. 3332-27 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 et de la pêche maritime. La dotation d'installation en capital accordée aux jeunes agriculteurs ainsi que le montant de la différence entre l'indemnité versée en compensation de l'abattage total ou partiel de troupeaux en application des articles L. 221-2 ou L. 234-4 du code rural et de la pêche maritime et la valeur en stock ou en compte d'achats des animaux abattus sont exclus de ces revenus.

Lorsque les personnes mentionnées à l'article L. 722-4 du code rural et de la pêche maritime estiment que les revenus professionnels pris en compte pour le calcul de la contribution subissent une variation, cette contribution peut, sur demande des intéressés formulée auprès de la caisse de mutualité sociale agricole, être calculée au titre des appels fractionnés ou des versements mensuels sur la base de l'assiette des revenus intégrant cette variation dès le début de l'année civile au titre de laquelle cette contribution est due.

Une majoration de retard de 10 % est appliquée sur l'insuffisance de versement des appels fractionnés ou des versements mensuels lorsque les revenus définitifs de l'année considérée sont supérieurs de plus d'un tiers aux revenus estimés par l'intéressé pour cette même année.

II.— Lorsque la durée d'assujettissement au régime de protection sociale des non-salariés agricoles d'un chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ne permet pas de calculer la moyenne des revenus professionnels se rapportant aux trois années de référence prévues au premier alinéa de l'article L. 731-15 du code rural et de la pêche maritime, l'assiette de la contribution est déterminée forfaitairement à titre provisoire dans les conditions suivantes :

a) Pour la première année au titre de laquelle la contribution est due, l'assiette forfaitaire provisoire est fixée conformément au III ci-dessous ; cette assiette fait l'objet d'une régularisation sur la base des revenus professionnels afférents à la première année lorsque ceux-ci sont définitivement connus ;

b) Pour la deuxième année au titre de laquelle la contribution est due, l'assiette est égale à la somme de la moitié de l'assiette forfaitaire prévue au a et de la moitié des revenus professionnels de l'année précédente ; cette assiette fait l'objet d'une régularisation sur la base de la moyenne des revenus afférents à la première et à la deuxième année lorsque ceux-ci sont définitivement connus ;

c) Pour la troisième année au titre de laquelle la contribution est due, l'assiette est égale au tiers de la somme de l'assiette forfaitaire prévue au a et des revenus professionnels des deux années précédentes ; cette assiette fait l'objet d'une régularisation sur la base de la moyenne des revenus afférents aux trois premières années lorsque ceux-ci sont définitivement connus.

Lorsque le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole a opté pour l'assiette prévue à l'article L. 731-19 du code rural et de la pêche maritime, pour la première année au titre de laquelle la contribution est due, celle-ci est calculée à titre provisoire sur la base de l'assiette forfaitaire fixée conformément au III ci-dessous. Cette assiette fait l'objet d'une régularisation sur la base des revenus professionnels afférents à la première année lorsque ceux-ci sont définitivement connus.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus du présent II, pour les personnes mentionnées au deuxième et au troisième alinéa de l'article L. 731-16 du code rural et de la pêche maritime, l'assiette de la contribution est déterminée selon les modalités des deuxième, troisième et quatrième alinéas du même article.

III.— L'assiette forfaitaire provisoire prévue au a du II est égale à six cents fois le montant du salaire minimum de croissance en vigueur au 1er janvier de l'année au titre de laquelle la contribution est due.

IV.— (Abrogé)

V.— (Abrogé)

VI.— En cas de coexploitation ou d'exploitation sous forme sociétaire, lorsque les revenus professionnels de chacun des coexploitants ou associés n'ont pas fait l'objet d'une imposition séparée, le

montant total des revenus est réparti entre les coexploitants ou associés au prorata de la participation de chacun d'eux aux bénéfiques, telle qu'elle est déterminée par les statuts de la société, ou, à défaut, à parts égales.

Si les revenus professionnels dégagés par les membres d'une même famille ayant la qualité de chefs d'exploitation ou d'entreprise et dirigeant des exploitations ou entreprises distinctes n'ont pas fait l'objet d'une imposition séparée, le montant total des revenus est réparti entre eux en fonction de l'importance respective de chacune de ces dernières exprimée en pourcentage de la surface minimum d'installation.

Lorsque l'importance de l'une au moins de ces exploitations ou entreprises ne peut être appréciée par référence à la surface minimum d'installation, les revenus sont répartis au prorata du nombre d'heures de travail effectué dans chacune de ces exploitations ou entreprises au cours de l'année précédant celle au titre de laquelle les cotisations sont dues ou, à défaut, à parts égales.

VII.— Sont soumis à la contribution les revenus professionnels, définis à l'article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime, des personnes redevables de la cotisation de solidarité visée à l'article L. 731-23 du même code.

Les revenus pris en compte sont ceux afférents à l'année précédant celle au titre de laquelle la contribution est due. Ces revenus proviennent de l'ensemble des activités agricoles exercées au cours de la ou des années de référence, y compris lorsque l'une de ces activités a cessé au cours de la ou desdites années.

Les revenus sont majorés de la cotisation de solidarité visée à l'article L. 731-23 du code rural et de la pêche maritime.

Pour les personnes redevables de la cotisation de solidarité définie à l'article L. 731-23 du code rural et de la pêche maritime, lorsque les revenus professionnels ne sont pas connus, la contribution est calculée sur une assiette forfaitaire provisoire égale à cent fois le montant du salaire minimum de croissance en vigueur au 1er janvier de l'année au titre de laquelle la contribution est due.

Cette assiette forfaitaire est régularisée lorsque les revenus sont connus.

Art. L. 136-6.— I.— Les personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts sont assujetties à une contribution sur les revenus du patrimoine assise sur le montant net retenu pour l'établissement de l'impôt sur le revenu, à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre des articles L. 136-3 et L. 136-7 :

- a) Des revenus fonciers ;
- b) Des rentes viagères constituées à titre onéreux ;
- c) Des revenus de capitaux mobiliers ;
- d) (Abrogé)

e) Des plus-values, gains en capital et profits réalisés sur les marchés à terme d'instruments financiers et de marchandises, ainsi que sur les marchés d'options négociables, soumis à l'impôt sur le revenu à un taux proportionnel, de même que des distributions définies aux 7 et 8 du II de l'article 150-0 A du code général des impôts, des avantages définis aux 6 et 6 bis de l'article 200 A du même code et du gain défini à l'article 150 duodecies du même code ;

f) De tous revenus qui entrent dans la catégorie des bénéfiques industriels et commerciaux, des bénéfiques non commerciaux ou des bénéfiques agricoles au sens du code général des impôts, à l'exception de ceux qui sont assujettis à la contribution sur les revenus d'activité et de remplacement définie aux articles L. 136-1 à L. 136-5.

Pour la détermination de l'assiette de la contribution, il n'est pas fait application des abattements mentionnés au I de l'article 125-0 A, à l'article 150-0 D bis et aux 2° et 5° du 3 de l'article 158 du code général des impôts, ainsi que, pour les revenus de capitaux mobiliers, des dépenses effectuées en vue de l'acquisition et de la conservation du revenu.

Sont également soumis à cette contribution :

1° Les gains nets exonérés en application du 1 du I de l'article 150-0 A du code général des impôts ;

2° Les gains nets exonérés en application du I bis de l'article 150-0 A du même code ainsi que les plus-values exonérées en application du 7 du III du même article ;

3° Les plus-values à long terme exonérées en application de l'article 151 septies A du même code ;

4° Les revenus, produits et gains exonérés en application du II de l'article 155 B du même code.

Pour la détermination des revenus mentionnés aux e et 1° du présent I, à l'exception des plus-values professionnelles à long terme et des avantages définis aux 6 et 6 bis de l'article 200 A du code général des impôts, les moins-values subies au cours d'une année sont imputables sur les plus-values de même nature réalisées au cours de la même année ou des dix années suivantes quel que soit le montant des cessions réalisées par le foyer fiscal au titre des années concernées.

II.— Sont également assujettis à la contribution, dans les conditions et selon les modalités prévues au I ci-dessus :

a) Les sommes soumises à l'impôt sur le revenu en application des articles 168, 1649 A , 1649 quater A et 1649 quater-0 B bis à 1649 quater-0 B ter, du code général des impôts, ainsi que de l'article L. 69 du livre des procédures fiscales ;

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 ;

b) Tous autres revenus dont l'imposition est attribuée à la France par une convention internationale relative aux doubles impositions et qui n'ont pas supporté la contribution prévue à l'article L. 136-1.

II. bis.— (Abrogé)

III.— La contribution portant sur les revenus mentionnés aux I et II ci-dessus est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que l'impôt sur le revenu. Le produit annuel de cette contribution résultant de la mise en recouvrement du rôle primitif est versé le 25 novembre au plus tard aux organismes affectataires.

Les dispositions de l'article L. 80 du livre des procédures fiscales sont applicables.

Il n'est pas procédé au recouvrement de la contribution lorsque le montant total par article de rôle est inférieur à 61 euros.

La majoration de 10 % prévue à l'article 1730 du code général des impôts est appliquée au montant de la contribution qui n'a pas été réglé dans les trente jours suivant la mise en recouvrement.

Art. L. 136-7.- I.- Lorsqu'ils sont payés à des personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts, les produits de placements sur lesquels est opéré le prélèvement prévu à l'article 125 A du code général des impôts, 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, sont assujettis à une contribution à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre de l'article L. 136-3 ou des 3° et 4° du II du présent article.

Sont également assujettis à cette contribution :

1° Lorsqu'ils sont payés à des personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts, les revenus sur lesquels est opéré le prélèvement prévu à l'article 117 quater du même code, ainsi que les revenus de même nature dont le paiement est assuré par une personne établie en France et retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu, à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre de l'article L. 136-3 du présent code. Le présent 1° ne s'applique pas aux revenus perçus dans un plan d'épargne en actions défini au 5° du II du présent article ;

2° Les plus-values mentionnées aux articles 150 U à 150 UC du code général des impôts.

II.- Sont également assujettis à la contribution selon les modalités prévues au premier alinéa du I, pour la part acquise à compter du 1er janvier 1997 et, le cas échéant, constatée à compter de cette même date en ce qui concerne les placements visés du 3° au 9° ;

1° Les intérêts et primes d'épargne des comptes d'épargne logement visés à l'article L. 315-1 du code de la construction et de l'habitation, à l'exception des plans d'épargne-logement, respectivement lors de leur inscription en compte et de leur versement ;

2° Les intérêts des plans d'épargne-logement, exonérés d'impôt sur le revenu en application du 9° bis de l'article 157 du code général des impôts :

a) Au 1<sup>er</sup> janvier 2006, pour les plans de plus de dix ans à cette date et pour ceux ouverts avant le 1<sup>er</sup> avril 1992 dont le terme est échu avant le 1<sup>er</sup> janvier 2006 ;

b) À la date du dixième anniversaire du plan ou, pour les plans ouverts avant le 1<sup>er</sup> avril 1992, à leur date d'échéance ;

c) Lors du dénouement du plan, s'il intervient antérieurement au dixième anniversaire ou antérieurement à leur date d'échéance pour les plans ouverts avant le 1<sup>er</sup> avril 1992 ;

d) Lors de leur inscription en compte, pour les intérêts courus à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006 sur des plans de plus de dix ans ou sur des plans ouverts avant le 1<sup>er</sup> avril 1992 dont le terme est échu ;

2° bis Les primes d'épargne des plans d'épargne-logement lors de leur versement ;

3° Les produits attachés aux bons ou contrats de capitalisation, ainsi qu'aux placements de même nature mentionnés à l'article 125-0 A du code général des impôts, quelle que soit leur date de souscription, à l'exception des produits attachés aux contrats mentionnés à l'article 199 septies du même code ;

a) Lors de leur inscription au contrat ou, pour les bons ou contrats en unités de compte mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 131-1 du code des assurances, lors de leur dénouement ;

b) Lors du décès de l'assuré, à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre du a ;

4° Les produits des plans d'épargne populaire, ainsi que les rentes viagères et les primes d'épargne visés au premier alinéa du 22° de l'article 157 du code général des impôts, respectivement lors de leur inscription en compte et de leur versement ;

5° Le gain net réalisé ou la rente viagère versée lors d'un retrait de sommes ou valeurs ou de la clôture d'un plan d'épargne en actions défini à l'article 163 quinquies D du code général des impôts dans les conditions ci-après :

a) En cas de retrait ou de rachat entraînant la clôture du plan, le gain net est déterminé par différence entre, d'une part, la valeur liquidative du plan ou la valeur de rachat pour les contrats de capitalisation à la date du retrait ou du rachat et, d'autre part, la valeur liquidative ou de rachat au 1er janvier 1997 majorée des versements effectués depuis cette date et diminuée du montant des sommes déjà retenues à ce titre lors des précédents retraits ou rachats ;

b) En cas de retrait ou de rachat n'entraînant pas la clôture du plan, le gain net afférent à chaque retrait ou rachat est déterminé par différence entre, d'une part, le montant du retrait ou rachat et, d'autre part, une fraction de la valeur liquidative ou de rachat au 1er janvier 1997 augmentée des versements effectués sur le plan depuis cette date et diminuée du montant des sommes déjà retenues à ce titre lors des précédents retraits ou rachats ; cette fraction est égale au rapport du montant du retrait ou rachat effectué à la valeur liquidative totale du plan à la date du retrait ou du rachat ;

La valeur liquidative ou de rachat ne tient pas compte des gains nets et produits de placement mentionnés au 8° afférents aux parts des fonds communs de placement à risques et aux actions des sociétés de capital-risque détenues dans le plan.

6° Lorsque les intéressés demandent la délivrance des droits constitués à leur profit au titre de la participation aux résultats de l'entreprise en application du chapitre II du titre IV du livre IV du code du travail, le revenu constitué par la différence entre le montant de ces droits et le montant des sommes résultant de la répartition de la réserve spéciale de participation dans les conditions prévues à l'article L. 442-4 du même code ;

7° Lorsque les intéressés demandent la délivrance des sommes ou valeurs provenant d'un plan d'épargne entreprise au sens du chapitre III du titre IV du livre IV du code du travail, le revenu constitué par la différence entre le montant de ces sommes ou valeurs et le montant des sommes versées dans le plan augmentées, le cas échéant, des sommes attribuées au titre de la réserve spéciale de la participation des salariés aux résultats de l'entreprise et des sommes versées dans le ou les précédents plans, à concurrence du montant des sommes transférées dans les conditions prévues aux articles L. 442-5 et L. 443-2 du code du travail, l'opération de transfert ne constituant pas une délivrance des sommes concernées ;

8° Les répartitions de sommes ou valeurs effectuées par un fonds commun de placement à risques dans les conditions prévues aux I et II ou aux I et III bis de l'article 163 quinquies B du code général des impôts, les distributions effectuées par les sociétés de capital-risque dans les conditions prévues aux deuxième à cinquième alinéas du I et au 2 du II de l'article 163 quinquies C du même code et celles effectuées par les sociétés unipersonnelles d'investissement à risque dans les conditions prévues à l'article 163 quinquies C bis du même code, lors de leur versement, ainsi que les gains nets mentionnés aux I et I bis du III de l'article 150-0 A du même code ;

8° bis Les revenus, produits et gains non pris en compte pour le calcul du prélèvement forfaitaire libératoire prévu aux articles 117 quater et 125 A du code général des impôts, en application du II de l'article 155 B du même code, lors de leur perception ;

9° Les gains nets et les produits des placements en valeurs mobilières effectués en vertu d'un engagement d'épargne à long terme respectivement visés aux 5 du III de l'article 150-0 A et 16° de l'article 157 du code général des impôts, lors de l'expiration du contrat ;

10° Les intérêts des comptes épargne d'assurance pour la forêt exonérés d'impôt sur le revenu en application du 23° de l'article 157 du code général des impôts, lors de leur inscription en compte.

### III.— Paragraphe abrogé

IV.— 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, à l'exception de celle due sur les revenus et plus-values mentionnés aux 1° et 2° du I, 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. 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. Lors du dépôt en janvier et février des déclarations, l'établissement payeur procède à la liquidation de la contribution. Lorsque le versement effectué en application des 1 et 2 est supérieur à la contribution réellement due, le surplus est imputé sur la contribution sociale généralisée due à raison des autres produits de placement et, le cas échéant, sur les autres prélèvements ; l'excédent éventuel est restitué.

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.

V.— La contribution visée au premier alinéa du I et aux II et IV ci-dessus est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que le prélèvement mentionné à l'article 125 A du code général des impôts.

La contribution visée au 1° du I est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que le prélèvement mentionné à l'article 117 quater du code général des impôts.

VI.— La contribution portant sur les plus-values mentionnées au 2° du I est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que l'impôt sur le revenu.

Art. L. 136-7-1.- I.- Il est institué une contribution sur une fraction des sommes mises, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, sur les jeux exploités par La Française des jeux pour les tirages et les émissions. Cette fraction est égale à 25,5 % des sommes mises.

Cette contribution est recouvrée et contrôlée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que le prélèvement prévu au I de l'article 48 de la loi de finances pour 1994 (n° 93-1352 du 30 décembre 1993).

II.- (supprimé)

III.- Il est institué une contribution sur le produit brut de certains jeux réalisé dans les casinos régis par la loi du 15 juin 1907 relative aux casinos (1).

Cette contribution est, d'une part, de 9,5 % sur une fraction égale à 68 % du produit brut des jeux automatiques des casinos et, d'autre part, de 12 % prélevés sur tous les gains d'un montant supérieur ou égal à 1 500 euros, réglés aux joueurs par des bons de paiement manuels définis à l'article 69-20 de l'arrêté du 23 décembre 1959 portant réglementation des jeux dans les casinos.

Cette contribution est recouvrée et contrôlée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que le prélèvement prévu à l'article 50 de la loi de finances pour 1991 (n° 90-1168 du 29 décembre 1990).

Art. L. 136-8.- I.- Le taux des contributions sociales est fixé :

1° À 7,5 % pour la contribution sociale mentionnée à l'article L. 136-1 ;

2° À 8,2 % pour les contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 ;

3° À 6,9 % pour la contribution sociale mentionnée au I de l'article L. 136-7-1.

II.- Par dérogation au I :

1° Sont assujetties à la contribution au taux de 6,2 % les allocations de chômage ainsi que les indemnités et allocations mentionnées au 7° du II de l'article L. 136-2 ;

2° Sont assujetties à la contribution au taux de 6,6 % les pensions de retraite, et les pensions d'invalidité.

III.- Par dérogation au I et au II, sont assujettis à la contribution sociale au taux de 3,8 % les revenus visés aux 1° et 2° du III de l'article L. 136-2, perçus par les personnes dont la cotisation d'impôt sur le revenu de l'année précédente est inférieure au montant mentionné au 1 bis de l'article 1657 du code général des impôts et dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts excède les seuils déterminés en application des dispositions des I et III du même article.

IV.- Le produit des contributions mentionnées au I est versé :

1° À la Caisse nationale des allocations familiales pour la part correspondant à un taux de 1,1 % et, par dérogation, de 1,08 % pour les revenus visés à l'article L. 136-2 soumis à la contribution au taux de 7,5 % ;

2° Au fonds institué par l'article L. 135-1 pour la part correspondant à un taux de 0,85 % et, par dérogation, de 0,83 % pour les revenus visés à l'article L. 136-2 soumis à la contribution au taux de 7,5 % ;

3° À la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie visée à l'article 8 de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, pour la part correspondant à un taux de 0,1 % ;

4° Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, dans les conditions fixées à l'article L. 139-1 du présent code, pour la part correspondant à un taux :

a) Sous réserve des dispositions du g, de 5,25 % pour les contributions mentionnées au 1° du I ;

b) De 4,85 % pour la contribution mentionnée au 3° du I ; c) De 5,95 % pour les contributions mentionnées au 2° du I ;

d) De 3,95 % pour les revenus mentionnés au 1° du II ;

e) De 4,35 % pour les revenus mentionnés au 2° du II ;

f) De 3,8 % pour les revenus mentionnés au III ;

g) De 5,29 % pour les revenus mentionnés à l'article L. 136-2 soumis à la contribution au taux de 7,5 %.

5° À la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, pour la part correspondant au taux de 0,2 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I .

V.– Le produit de la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 est ainsi réparti :

1° À la Caisse nationale des allocations familiales, pour 18 % ;

2° Au fonds de solidarité vieillesse, pour 14 % ;

3° À la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour 2 % ;

4° Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, dans les conditions fixées à l'article L. 139-1, pour 66 %.

Art. L. 137-5.– Il est institué à la charge des employeurs et au profit du Fonds de réserve pour les retraites mentionné à l'article L. 135-6 une contribution sur la fraction de l'abondement de l'employeur au plan d'épargne pour la retraite collectif défini à l'article L. 443-1-2 du code du travail, qui excède, annuellement pour chaque salarié ou personne mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 443-1 du code du travail, la somme de 2 300 euros majorée, le cas échéant, dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 443-7 du même code.

2. Le taux de cette contribution est fixé à 8,2 %.

3. Les dispositions des articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables s'agissant de la présente contribution.

Art. L. 137-11.– I.– Dans le cadre des régimes de retraite à prestations définies gérés soit par l'un des organismes visés au a du 2° du présent I, soit par une entreprise, conditionnant la constitution de droits à prestations à l'achèvement de la carrière du bénéficiaire dans l'entreprise et dont le financement par l'employeur n'est pas individualisable par salarié, il est institué, au profit du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du présent code, une contribution assise, sur option de l'employeur :

1° Soit sur les rentes liquidées à compter du 1er janvier 2001, pour la partie excédant un tiers du plafond mentionné à l'article L. 241-3 ; la contribution, dont le taux est fixé à 16 %, est à la charge de l'employeur et précomptée par l'organisme payeur ;

2° Soit :

a) Sur les primes versées à un organisme régi par le titre III ou le titre IV du livre IX du présent code, le livre II du code de la mutualité ou le code des assurances, destinées au financement des régimes visés au présent I ;

b) Ou sur la partie de la dotation aux provisions, ou du montant mentionné en annexe au bilan, correspondant au coût des services rendus au cours de l'exercice ; lorsque ces éléments donnent ensuite lieu au versement de primes visées au a, ces dernières ne sont pas assujetties.

Les contributions dues au titre des a et b du 2°, dont les taux sont respectivement fixés à 12 % et à 24 %, sont à la charge de l'employeur.

II.— L'option de l'employeur visée au I est effectuée de manière irrévocable pour chaque régime. Pour les régimes existant à la date de publication de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, l'option est exercée avant le 31 décembre 2003. Pour les régimes créés ultérieurement, l'option est exercée lors de la mise en place du régime. Si l'option n'est pas exercée aux dates prévues, les dispositions des 1° et 2° du I s'appliquent.

II bis.— S'ajoute à la contribution prévue au I, indépendamment de l'option exercée par l'employeur visée au même alinéa, une contribution additionnelle de 30 %, à la charge de l'employeur, sur les rentes excédant huit fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3.

III.— Les dispositions des articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables à la présente contribution.

IV.— Les contributions des employeurs destinées au financement des régimes de retraite visés au I ne sont soumises ni aux cotisations et taxes dont l'assiette est définie à l'article L. 242-1, ou pour les salariés du secteur agricole à l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime ni aux contributions instituées à l'article L. 136-1 et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

V. — Les régimes de retraite à prestations définies, mentionnés au I, créés à compter du 1er janvier 2010 sont gérés exclusivement par l'un des organismes régis par le titre III du livre IX du présent code, le livre II du code de la mutualité ou le code des assurances.

Art. L. 137-15.— Les rémunérations ou gains assujettis à la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 et exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale définie au premier alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et au deuxième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime sont soumis à une contribution à la charge de l'employeur, à l'exception :

1° De ceux assujettis à la contribution prévue à l'article L. 137-13 du présent code ;

2° Des contributions des employeurs mentionnées au 2° des articles L. 242-1 du présent code et L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime ;

3° Des indemnités exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale en application du douzième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et du troisième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime ;

4° De l'avantage prévu à l'article L. 411-9 du code du tourisme.

Sont également soumises à cette contribution les sommes entrant dans l'assiette définie au premier alinéa du présent article versées aux personnes mentionnées à l'article L. 3312-3 du code du travail.

Sont également soumises à cette contribution les rémunérations visées aux articles L. 225-44 et L. 225-85 du code de commerce perçues par les administrateurs et membres des conseils de surveillance de sociétés anonymes et des sociétés d'exercice libéral à forme anonyme.

Art. L. 137-16.— Le taux de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 est fixé à 4 %.

Art. L. 137-20.— Il est institué, pour le pari mutuel organisé et exploité par les sociétés de courses dans les conditions fixées par l'article 5 de la loi du 2 juin 1891 ayant pour objet de réglementer l'autorisation et le fonctionnement des courses de chevaux et pour les paris hippiques en ligne mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne, un prélèvement de 1,8 % sur les sommes engagées par les parieurs.

Ce prélèvement est dû par le Pari mutuel urbain ou les sociétés de courses intéressées pour les paris organisés dans les conditions fixées par l'article 5 de la loi du 2 juin 1891 précitée et par les personnes titulaires, en tant qu'opérateur de paris hippiques en ligne, de l'agrément mentionné à l'article 21 de la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 précitée.

Art. L. 137-21.— Il est institué, pour les paris sportifs organisés et exploités dans les conditions fixées par l'article 42 de la loi de finances pour 1985 (n° 84-1208 du 29 décembre 1984) et pour les paris sportifs en ligne organisés et exploités dans les conditions fixées à l'article 12 de la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 précitée, un prélèvement de 1,8 % sur les sommes engagées par les parieurs.

Ce prélèvement est dû par la personne morale chargée de l'exploitation des paris sportifs dans les conditions fixées par l'article 42 de la loi de finances pour 1985 précitée et par les personnes titulaires, en tant qu'opérateur de paris sportifs en ligne, de l'agrément mentionné à l'article 21 de la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 précitée.

Art. L. 137-22.— Il est institué, pour les jeux de cercle en ligne organisés et exploités dans les conditions fixées par l'article 14 de la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 précitée, un prélèvement de 0,2 % sur les sommes engagées par les joueurs.

Ce prélèvement est dû par les personnes titulaires, en tant qu'opérateur de jeux de cercle en ligne, de l'agrément mentionné à l'article 21 de la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 précitée.

Art. L.138-8.— Le produit de la contribution est réparti dans les conditions prévues à l'article L. 162-37.

Art. L.138-10.— I.— Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au cours de l'année civile, au titre des médicaments inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 précité, par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique et n'ayant pas passé convention avec le Comité économique des produits de santé, dans les conditions mentionnées au troisième alinéa ci-après, s'est accru, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, au titre des médicaments inscrits sur ladite liste, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 précité, par l'ensemble de ces mêmes entreprises, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de

l'année et de l'année précédente compte tenu, le cas échéant, des lois de financement rectificatives, ces entreprises sont assujetties à une contribution.

Le montant total de cette contribution est calculé comme suit :

Taux d'accroissement du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables	Taux de la contribution globale exprimé en pourcentage de la tranche du chiffre d'affaires déclaré par l'ensemble des entreprises redevables
T supérieur à K (*) et / ou égal à K + 0, 5 point	50 %
T supérieur à K + 0, 5 point et inférieur ou égal à K + 1 point	60 %
T supérieur à K + 1 point et plus	70 %
(*) K = taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie arrondi à la décimale la plus proche.	

(\*) K = taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie arrondi à la décimale la plus proche.

Ne sont pas redevables de cette contribution les entreprises qui ont conclu, postérieurement au 1er janvier 1999, une convention avec le Comité économique des produits de santé en application de l'article L. 162-16-4, en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, à condition que cette convention fixe les prix de l'ensemble des médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 exploités par l'entreprise et comporte des engagements de l'entreprise portant sur l'ensemble du chiffre d'affaires concerné ou sur le chiffre d'affaires de chacun des produits concernés, dont le non-respect entraîne soit un ajustement des prix, soit le versement d'une remise en application de l'article L. 162-18 et que cette convention soit en outre conforme aux modalités définies par un accord conclu en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4, sous réserve qu'un tel accord ait été conclu. La liste de ces entreprises est arrêtée par le Comité économique des produits de santé avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

Pour l'assujettissement à la contribution, ne sont pris en compte ni le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 par les entreprises qui ne sont pas redevables de cette contribution ni le chiffre d'affaires de ces mêmes entreprises réalisé l'année précédente.

II.— Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au cours de l'année civile, au titre des spécialités pharmaceutiques inscrites sur les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 du présent code et L. 5126-4 du code de la santé publique, à l'exception des 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, par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique et n'ayant pas passé convention avec le Comité économique des produits de santé, dans les conditions mentionnées au quatrième alinéa ci-après, s'est accru, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, au titre des médicaments inscrits sur ces listes, à l'exception des 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, précité, par l'ensemble de ces mêmes entreprises, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année et de l'année précédente compte tenu, le cas échéant, des lois de financement rectificatives, ces entreprises sont assujetties à une contribution.

Le montant total de cette contribution est calculé comme suit :

Taux d'accroissement du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables	Taux de la contribution globale exprimé en pourcentage de la tranche du chiffre d'affaires déclaré par l'ensemble des entreprises redevables
T supérieur à K (*) et / ou égal à K + 0, 5 point	50 %
T supérieur à K + 0, 5 point et inférieur ou égal à K + 1 point	60 %
T supérieur à K + 1 point et plus	70 %
(*) K = taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie arrondi à la décimale la plus proche.	

Ne sont pas redevables de cette contribution les entreprises qui ont conclu une convention avec le Comité économique des produits de santé, en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, à condition que cette convention comporte des engagements de l'entreprise portant sur l'ensemble du chiffre d'affaires réalisé au titre des spécialités inscrites sur les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 du présent code et L. 5126-4 du code de la santé publique ou sur le chiffre d'affaires de chacun des produits concernés, dont le non-respect entraîne le versement d'une remise et que cette convention soit en outre conforme aux modalités définies par un accord conclu en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4, sous réserve qu'un tel accord ait été conclu. La liste de ces entreprises est arrêtée par le Comité économique des produits de santé avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

Pour l'assujettissement à la contribution, ne sont pris en compte ni le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des spécialités inscrites sur les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 du présent code et L. 5126-4 du code de la santé publique par les entreprises qui ne sont pas redevables de cette contribution ni le chiffre d'affaires de ces mêmes entreprises réalisé l'année précédente.

III.— Les dispositions des articles L. 138-11 à L. 138-19 sont applicables séparément à chacune des contributions prévues aux I et II du présent article.

Art. L 162-1-7.— La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé, dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice salarié auprès d'un autre professionnel de santé libéral, ou en centre de santé ou dans un établissement ou un service médico-social, ainsi que, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005, d'un exercice salarié dans un établissement de santé, à l'exception des prestations mentionnées à l'article L. 165-1, est subordonné à leur inscription sur une liste établie dans les conditions fixées au présent article. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation. Lorsqu'il s'agit d'actes réalisés en série, ces conditions de prescription peuvent préciser le nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire en application de l'article L. 315-2 pour poursuivre à titre exceptionnel la prise en charge, sur le fondement d'un référentiel élaboré par la Haute Autorité de santé ou validé par celle-ci sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

La hiérarchisation des prestations et des actes est établie dans le respect des règles déterminées par des commissions créées pour chacune des professions dont les rapports avec les organismes d'assurance maladie sont régis par une convention mentionnée à l'article L. 162-14-1. Ces commissions, présidées par une personnalité désignée d'un commun accord par leurs membres, sont composées de représentants des syndicats représentatifs des professionnels de santé et de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Un représentant de l'État assiste à leurs travaux.

Les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. 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.

Les décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le ministre chargé de la santé peut procéder d'office à l'inscription ou à la radiation d'un acte ou d'une prestation pour des raisons de santé publique par arrêté pris après avis de la Haute Autorité de santé. Dans ce cas, il fixe la hiérarchisation de l'acte ou de la prestation dans le respect des règles mentionnées ci-dessus. Les tarifs de ces actes et prestations sont publiés au Journal officiel de la République française.

Art. L.162-1-14.– I.– Peuvent faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie :

1° Les bénéficiaires des régimes obligatoires des assurances maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles, de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1, de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnée à l'article L. 863-1 ou de l'aide médicale de l'État mentionnée au premier alinéa de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ;

2° Les employeurs ;

3° Les professionnels et établissements de santé, ou toute autre personne physique ou morale autorisée à dispenser des soins, à réaliser une prestation de service ou des analyses de biologie médicale ou à délivrer des produits ou dispositifs médicaux aux bénéficiaires mentionnés au 1° ;

4° Tout individu impliqué dans le fonctionnement d'une fraude en bande organisée.

II.– La pénalité mentionnée au I est due pour :

1° Toute inobservation des règles du présent code, du code de la santé publique, du code rural et de la pêche maritime ou du code de l'action sociale et des familles ayant abouti à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation en nature ou en espèces par l'organisme local d'assurance maladie. Il en va de même lorsque l'inobservation de ces règles a pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'organisme ;

2° L'absence de déclaration, par les bénéficiaires mentionnés au 1° du I, d'un changement dans leur situation justifiant le service des prestations ;

3° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir par toute fausse déclaration, manœuvre ou inobservation des règles du présent code la protection complémentaire en matière de santé ou le bénéfice du droit à la déduction mentionnés à l'article L. 863-2 ;

4° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir par toute fausse déclaration, manœuvre ou inobservation des règles du code de l'action sociale et des familles l'admission à l'aide médicale de l'État mentionnée au premier alinéa de l'article L. 251-1 du même code ;

5° Le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fausse, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information ou à une convocation émanant de l'organisme local d'assurance maladie ou du service du contrôle médical dans le cadre d'un contrôle, d'une enquête ou d'une mise sous accord préalable prévus aux articles L. 114-9 à L. 114-21, L. 162-1-15, L. 162-1-17 et L. 315-1 ;

6° Une récidive après deux périodes de mise sous accord préalable en application de l'article L. 162-1-15 ou lorsque le médecin n'atteint pas l'objectif de réduction des prescriptions ou réalisations prévu au II du même article ;

7° Les abus constatés dans les conditions prévues au II de l'article L. 315-1 ;

8° Le refus par un professionnel de santé de reporter dans le dossier médical personnel les éléments issus de chaque acte ou consultation, dès lors que le patient ne s'est pas explicitement opposé au report de cet acte ou consultation dans son dossier médical personnel ;

9° Le non-respect par les employeurs des obligations relatives à la déclaration d'accident du travail à l'organisme local d'assurance maladie et à la remise de la feuille d'accident à la victime ;

10° Le fait d'organiser ou de participer au fonctionnement d'une fraude en bande organisée.

III.— Le montant de la pénalité mentionnée au I est fixé en fonction de la gravité des faits reprochés, soit proportionnellement aux sommes concernées dans la limite de 50 % de celles-ci, soit, à défaut de sommes déterminées ou clairement déterminables, réserve faite de l'application de l'article L. 162-1-14-2, forfaitairement dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Il est tenu compte des prestations servies au titre de la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide médicale de l'État pour la fixation de la pénalité.

Le montant de la pénalité est doublé en cas de récidive dans un délai fixé par voie réglementaire.

IV.— Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie notifie les faits reprochés à la personne physique ou morale en cause afin qu'elle puisse présenter ses observations dans un délai fixé par voie réglementaire. À l'expiration de ce délai, le directeur :

1° Décide de ne pas poursuivre la procédure ;

2° Notifie à l'intéressé un avertissement, sauf dans les cas prévus aux 3° et 4° du II ;

3° Ou saisit la commission mentionnée au V. À réception de l'avis de la commission, le directeur :

a) Soit décide de ne pas poursuivre la procédure ;

b) Soit notifie à l'intéressé la pénalité qu'il décide de lui infliger, en indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter. La pénalité est motivée et peut être contestée devant le tribunal administratif.

En l'absence de paiement de la pénalité dans le délai prévu, le directeur envoie une mise en demeure à l'intéressé de payer dans un délai fixé par voie réglementaire. La mise en demeure ne peut concerner que des pénalités notifiées dans un délai fixé par voie réglementaire. Lorsque la mise en demeure est restée sans effet, le directeur peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux pénalités qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure.

Le directeur ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalité prévu par le présent article et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner les mêmes faits.

V.— La pénalité ne peut être prononcée qu'après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil ou du conseil d'administration de l'organisme local d'assurance maladie. Lorsqu'est en cause une des personnes mentionnées au 3° du I, des représentants de la même profession ou des établissements concernés participent à cette commission.

La commission mentionnée au premier alinéa du présent V apprécie la responsabilité de la personne physique ou morale dans la réalisation des faits reprochés. Si elle l'estime établie, elle propose le prononcé d'une pénalité dont elle évalue le montant.

L'avis de la commission est adressé simultanément au directeur de l'organisme et à l'intéressé.

VI.— Lorsque plusieurs organismes locaux d'assurance maladie sont concernés par les mêmes faits mettant en cause une des personnes mentionnées au 3° ou au 4° du I, ils peuvent mandater le directeur de l'un d'entre eux pour instruire la procédure ainsi que pour prononcer et recouvrer la pénalité en leur nom.

La constitution et la gestion de la commission mentionnée au V peuvent être déléguées à un autre organisme local d'assurance maladie par une convention qui doit être approuvée par les conseils d'administration des organismes concernés.

VII.— En cas de fraude établie dans des cas définis par voie réglementaire :

1° Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut prononcer une pénalité sans solliciter l'avis de la commission mentionnée au V ;

2° Les plafonds prévus au premier alinéa du III sont portés respectivement à 200 % et quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Dans le cas particulier de fraude commise en bande organisée, le plafond est porté à 300 % des sommes indûment présentées au remboursement ;

3° La pénalité prononcée ne peut être inférieure au dixième du plafond mensuel de la sécurité sociale s'agissant des personnes mentionnées au 1° du I, à la moitié du plafond s'agissant des personnes physiques mentionnées au 3° du même I et au montant de ce plafond pour les personnes mentionnées au 2° du même I et les personnes morales mentionnées au 3° du même I ;

4° Le délai mentionné au dernier alinéa du III est majoré par voie réglementaire ;

VIII.— Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'État.

Art. L. 162-1-17.— Sur proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie, le directeur général de l'agence régionale de santé, après mise en oeuvre d'une procédure contradictoire, peut décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme local d'assurance maladie, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la prise en charge par l'assurance maladie de prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 du présent code. Dans ce cas, les prestations d'hospitalisation non prises en charge par l'assurance maladie ne peuvent être facturées aux patients. La proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie est motivée par le constat d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement, d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation facturées non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé ou d'un nombre de prestations d'hospitalisation facturées significativement supérieur aux moyennes régionales ou nationales établies à partir des données mentionnées à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique ou des données de facturation transmises à l'assurance maladie, pour une activité comparable. La procédure contradictoire est mise en oeuvre dans les mêmes conditions que celles prévues pour les pénalités applicables pour non-respect des objectifs quantifiés mentionnées à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique.

Toutefois, en cas d'urgence attestée par l'établissement, l'accord préalable du service du contrôle médical n'est pas requis pour la prise en charge des prestations d'hospitalisation susvisées.

Art. L. 162-17-4.— En application des orientations qu'il reçoit annuellement des ministres compétents, le Comité économique des produits de santé peut conclure avec des entreprises ou groupes d'entreprises des conventions d'une durée maximum de quatre années relatives à un ou à des médicaments visés aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-16-6 et à l'article L. 162-17. Les entreprises signataires doivent s'engager à respecter la charte mentionnée à l'article L. 162-17-8 et, selon

une procédure établie par la Haute autorité de santé, à faire évaluer et certifier par des organismes accrédités la qualité et la conformité à cette charte de la visite médicale qu'elles organisent ou qu'elles commanditent. Ces conventions, dont le cadre peut être précisé par un accord conclu avec un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises concernées, déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise, et notamment :

1° Le prix ou le prix de vente déclaré mentionné à l'article L. 162-16-5 de ces médicaments, à l'exception de ceux inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique qui ne bénéficient pas d'une autorisation de mise sur le marché et, le cas échéant, l'évolution de ces prix, notamment en fonction des volumes de vente ;

2° Le cas échéant, les remises prévues en application des articles L. 162-18 et L. 162-16-5-1 ;

3° Dans le respect de la charte mentionnée à l'article L. 162-17-8, les engagements de l'entreprise visant à la maîtrise de sa politique de promotion permettant d'assurer le bon usage du médicament ainsi que le respect des volumes de vente précités ;

4° Les modalités de participation de l'entreprise à la mise en oeuvre des orientations ministérielles précitées ;

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

5° Les dispositions conventionnelles applicables en cas de non-respect des engagements mentionnés aux 3° et 4°.

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

Lorsque les orientations reçues par le comité ne sont pas compatibles avec les conventions précédemment conclues, lorsque l'évolution des dépenses de médicaments n'est manifestement pas compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou en cas d'évolution significative des données scientifiques et épidémiologiques prises en compte pour la conclusion des conventions, le comité demande à l'entreprise concernée de conclure un avenant permettant d'adapter la convention à cette situation. En cas de refus de l'entreprise, le comité peut résilier la convention ou certaines de ses dispositions. Dans ce cas, le comité peut fixer le prix de ces médicaments par décision prise en application de l'article L. 162-16-4.

Lorsqu'une mesure d'interdiction de publicité a été prononcée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé dans les conditions prévues à l'article L. 5122-9 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé prononce, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise.

Cette pénalité ne peut être supérieure à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre des spécialités ayant fait l'objet de la publicité interdite durant les six mois précédant et les six mois suivant la date d'interdiction.

Son montant est fixé en fonction de la gravité de l'infraction sanctionnée par la mesure d'interdiction et de l'évolution des ventes des spécialités concernées durant la période définie à l'alinéa précédent.

En cas de manquement par une entreprise à un engagement souscrit en application du 4° bis, le comité économique des produits de santé peut prononcer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise.

Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise, au titre des spécialités objets de l'engagement souscrit, durant les douze mois précédant la constatation du manquement.

Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'importance du manquement constaté.

La pénalité, prononcée au titre d'une mesure d'interdiction de publicité ou de la non-réalisation des études mentionnées au 4° bis est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté aux régimes d'assurance maladie selon les règles prévues à l'article L. 138-8 du présent code.

Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de révision et de résiliation des conventions, sont définies par décret en Conseil d'État.

Art. L. 162-22.— Un décret en Conseil d'État détermine, parmi les soins définis à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique qui sont dispensés dans les établissements de santé autorisés en application de l'article L. 6122-1 du même code :

1° Les activités financées conformément aux dispositions de l'article L. 162-22-6 ;

2° Les activités financées conformément aux dispositions de l'article L. 162-22-1 dans les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 et aux dispositions de l'article L. 174-1 dans les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6.

Art. L. 162-22-6.— Un décret en Conseil d'État, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, détermine les catégories de prestations donnant lieu à facturation pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements suivants :

a) Les établissements publics de santé, à l'exception des établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées mentionnés à l'article L. 6141-5 du code de la santé publique ;

b) Les établissements de santé privés à but non lucratif qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de publication de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, jusqu'à la date retenue en application du premier alinéa du XX de l'article 1er de cette loi ;

c) Les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de financement en application de l'article 25 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, jusqu'à la date retenue en application du premier alinéa du XXI de l'article 1er de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 précitée ;

d) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux b et c ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de santé ;

e) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux b, c et d.

Ce décret précise :

1° Les catégories de prestations d'hospitalisation sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations, tenant compte notamment des moyens techniques, matériels et humains mis en oeuvre pour la prise en charge des patients, donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale et établies notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ;

2° Les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;

3° Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.

Art. L.162-22-13.— Il est créé, au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie prévu au 4° du I de l'article LO 111-3, une dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6. Cette dotation participe notamment au financement des engagements relatifs aux missions mentionnées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique à l'exception des formations prises en charge par la région en application des articles L. 4151-9, L. 4244-1 et L. 4383-5 du même code, à ceux relatifs à la mise en oeuvre des orientations du schéma régional d'organisation des soins, à ceux visant à améliorer la qualité des soins ou à répondre aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, notamment la création de communautés hospitalières de territoire, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-1-7, à ceux relatifs à la mise en oeuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6, cette dotation participe également au financement des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques. Ces engagements sont mentionnés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique.

Lorsque des établissements de santé ont constitué un groupement de coopération sanitaire pour mettre en oeuvre tout ou partie de leurs missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, la dotation de financement relative aux missions transférées peut être versée directement au groupement de coopération sanitaire par la caisse d'assurance maladie désignée en application de l'article L. 174-2 ou de l'article L. 174-18, selon le cas.

L'État détermine, en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, le montant de la dotation nationale et fixe, après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés, le montant des dotations régionales et la part des dotations régionales affectée à l'ensemble des missions d'intérêt général ou à une ou plusieurs de ces missions ainsi que les critères d'attribution aux établissements.

En vue de permettre un suivi des dotations régionales affectées aux missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation, un bilan élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale de santé est transmis avant le 15 octobre de chaque année au Parlement et aux organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés. Ce bilan contient notamment une analyse du bien-fondé du périmètre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé mentionnés au premier alinéa, de l'évolution du montant annuel de la dotation nationale de financement de ces missions, de celle du montant des dotations régionales et de celle du montant des dotations attribuées à chaque établissement, ainsi que des critères d'attribution de ces dernières aux établissements.

Un décret, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, fixe la liste des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques susceptibles de donner lieu à l'attribution d'une dotation.

Art. L.162-22-14.— Le montant annuel de la dotation de chaque établissement est fixé par l'État en fonction des missions d'intérêt général, des activités de soins dispensés à des populations spécifiques et des objectifs et des orientations prévus dans le cadre de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de leur état d'avancement, ou, à défaut, dans le cadre de l'engagement contractuel spécifique prévu à l'article L. 162-22-13.

Les modalités de versement et de prise en charge de cette dotation ainsi que les modalités de répartition entre les régimes des sommes versées à ce titre par les régimes obligatoires d'assurance maladie sont fixées à l'article L. 162-22-15.

Art. L.165-1.— Le remboursement par l'assurance maladie des dispositifs médicaux à usage individuel, des tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, des produits de santé autres que les médicaments visés à l'article L. 162-17 et des prestations de services et d'adaptation associées est subordonné à leur inscription sur une liste établie après avis d'une commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37.L'inscription est effectuée soit par la description générique de tout ou partie du produit concerné, soit sous forme de marque ou de nom commercial. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect de spécifications techniques, d'indications thérapeutiques ou diagnostiques et de conditions particulières de prescription et d'utilisation.

Les conditions d'application du présent article, notamment les conditions d'inscription sur la liste, ainsi que la composition et le fonctionnement de la commission sont fixées par décret en Conseil d'État.

La procédure et les conditions d'inscription peuvent être adaptées en fonction des dispositifs selon leur finalité et leur mode d'utilisation.

Art. L.174-5.— Dans les unités ou centres de soins de longue durée, le montant des dépenses afférentes aux soins est fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis du président du conseil général.

Les dépenses afférentes aux soins dispensés aux assurés sociaux et aux bénéficiaires de l'aide sociale dans les unités ou centres de long séjour sont prises en charge suivant des modalités fixées par voie réglementaire soit par les régimes d'assurance maladie, soit par l'aide médicale de l'État. Le montant annuel de ces dépenses prises en charge par l'assurance maladie est inclus dans le montant total annuel mentionné à l'article L. 174-1-1.

Art. L.176-1.— Il est institué à la charge de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, au profit de la branche maladie, maternité, invalidité, décès du régime général, un versement annuel pour tenir compte des dépenses supportées par cette dernière branche au titre des accidents et affections non pris en charge en application du livre IV.

Le montant de ce versement est pris en compte dans la détermination des éléments de calcul de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Un décret détermine les modalités de la participation au financement de ce versement forfaitaire des collectivités, établissements et entreprises mentionnés à l'article L. 413-13 et assumant directement la charge totale de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, en fonction des effectifs et des risques professionnels encourus dans les secteurs d'activité dont ils relèvent.

Art. L. 202-2.— Le régime général comprend quatre branches :

- 1° Maladie, maternité, invalidité et décès ;
- 2° Accidents du travail et maladies professionnelles ;

3° Vieillesse et veuvage ;

4° Famille.

L'équilibre financier de chaque branche est assuré par la caisse chargée de la gérer.

Les branches visées au 1° et au 2° sont gérées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, celle visée au 3° par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et celle visée au 4° par la Caisse nationale des allocations familiales.

Les ressources du régime général sont collectées et centralisées par les organismes chargés du recouvrement.

L'Union des caisses nationales de sécurité sociale exerce pour le compte de ces caisses et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des tâches qui leur sont communes.

La gestion commune de trésorerie des différentes branches relevant des caisses nationales du régime général définie par l'article L. 225-1 ne fait pas obstacle à l'obligation prévue au sixième alinéa.

Art. L. 213-1.— Des unions de recouvrement assurent :

1° Le recouvrement des cotisations d'assurances sociales, d'accidents du travail, d'allocations familiales dues par les employeurs au titre des travailleurs salariés ou assimilés, par les assurés volontaires et par les assurés personnels ;

2° Le recouvrement des cotisations d'allocations familiales dues par les employeurs et membres des professions libérales ;

3° Une partie du recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les employeurs et les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales, dans les conditions prévues aux articles L. 133-6-2, L. 133-6-3 et L. 133-6-4 ;

4° Le recouvrement d'une partie de la contribution sociale généralisée selon les dispositions des articles L. 136-1 et suivants ;

5° Le contrôle et le contentieux du recouvrement prévus aux 1°, 2° et 3° ;

5° bis Le calcul et l'encaissement des cotisations sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1, L. 644-2, et au c du 1° de l'article L. 613-1 pour l'application des dispositions prévues à l'article L. 133-6-8.

Les unions sont constituées et fonctionnent conformément aux prescriptions de l'article L. 216-1.

Un décret détermine les modalités d'organisation administrative et financière de ces unions.

En matière de recouvrement, de contrôle et de contentieux, une union de recouvrement peut déléguer à une autre union ses compétences dans des conditions fixées par décret.

Art. L. 241-13.— I.— Les cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales, des accidents du travail et des maladies professionnelles et des allocations familiales qui sont assises sur les gains et rémunérations tels que définis à l'article L. 242-1, versés au cours d'un mois civil aux salariés, font l'objet d'une réduction.

II.— Cette réduction est appliquée aux gains et rémunérations versés aux salariés au titre desquels l'employeur est soumis à l'obligation édictée par l'article L. 351-4 du code du travail et aux salariés mentionnés au 3° de l'article L. 351-12 du même code, à l'exception des gains et rémunérations versés par les particuliers employeurs et, jusqu'au 31 décembre 2005, par l'organisme mentionné à l'article 2 de

la loi n° 90-568 du 2 juillet 1990 relative à l'organisation du service public de La Poste et à France Télécom.

Cette réduction n'est pas applicable aux gains et rémunérations versés par les employeurs relevant des dispositions du titre Ier du livre VII du présent code, à l'exception des employeurs relevant des régimes spéciaux de sécurité sociale des marins, des mines et des clercs et employés de notaires.

III.— Le montant de la réduction est calculé chaque mois civil, pour chaque salarié. Il est égal au produit de la rémunération mensuelle, telle que définie à l'article L. 242-1 par un coefficient. Ce coefficient est déterminé par application d'une formule fixée par décret. Il est fonction du rapport entre le salaire minimum de croissance calculé pour un mois sur la base de la durée légale du travail et la rémunération mensuelle du salarié telle que définie à l'article L. 242-1, hors rémunération des heures complémentaires et supplémentaires dans la limite, en ce qui concerne la majoration salariale correspondante, des taux de 25 % ou 50 %, selon le cas, prévus au I de l'article L. 212-5 du code du travail et à l'article L. 713-6 du code rural et de la pêche maritime et hors rémunération des temps de pause, d'habillage et de déshabillage versée en application d'une convention ou d'un accord collectif étendu en vigueur au 11 octobre 2007. Lorsque le salarié est soumis à un régime d'heures d'équivalences payées à un taux majoré en application d'une convention ou d'un accord collectif étendu en vigueur au 1er janvier 2010, la majoration salariale correspondante est également déduite de la rémunération mensuelle du salarié dans la limite d'un taux de 25 %. Pour les salariés qui ne sont pas employés à temps plein ou qui ne sont pas employés sur tout le mois, le salaire minimum de croissance pris en compte est celui qui correspond à la durée de travail prévue au contrat.

Le décret prévu à l'alinéa précédent précise les modalités de calcul de la réduction dans le cas des salariés dont le contrat de travail est suspendu avec maintien de tout ou partie de la rémunération.

Pour les gains et rémunérations versés à compter du 1er juillet 2005, le coefficient maximal est de 0,26. Il est atteint pour une rémunération égale au salaire minimum de croissance. Ce coefficient devient nul pour une rémunération égale au salaire minimum de croissance majoré de 60 %. Pour les gains et rémunérations versés avant cette date, les dispositions du présent article s'appliquent sous réserve de celles de l'article 10 de la loi n° 2003-47 du 17 janvier 2003 relative aux salaires, au temps de travail et au développement de l'emploi.

Pour les gains et rémunérations versés à compter du 1er juillet 2007 par les employeurs de un à dix-neuf salariés au sens des articles L. 620-10 et L. 620-11 du code du travail, le coefficient maximal est de 0,281. Ce coefficient est atteint et devient nul dans les conditions mentionnées à l'alinéa précédent.

Ce coefficient maximal de 0,281 est également applicable aux groupements d'employeurs visés à l'article L. 127-1 du code du travail pour les salariés exclusivement mis à la disposition, au cours d'un même mois, des membres de ces groupements qui ont un effectif de dix-neuf salariés au plus au sens de l'article L. 620-10 du code du travail.

Lorsque l'employeur n'a pas rempli au cours d'une année civile l'obligation définie au 1° de l'article L. 2242-8 du code du travail dans les conditions prévues aux articles L. 2242-1 à L. 2242-4 du même code, le montant de la réduction est diminué de 10 % au titre des rémunérations versées cette même année. Il est diminué de 100 % lorsque l'employeur ne remplit pas cette obligation pour la troisième année consécutive.

IV.— Dans les professions dans lesquelles le paiement des congés des salariés et des charges sur les indemnités de congés est mutualisé entre les employeurs affiliés aux caisses de compensation prévues à l'article L. 223-16 du code du travail, le montant de la réduction déterminée selon les modalités prévues au III est majoré d'un taux fixé par décret. La réduction prévue au présent article n'est pas applicable aux cotisations dues au titre de ces indemnités par lesdites caisses de compensation.

V.— Le bénéfice des dispositions du présent article est cumulable :

1° Avec la réduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-14 ;

2° Avec les déductions forfaitaires prévues à l'article L. 241-18.

Le bénéfice des dispositions du présent article ne peut être cumulé, à l'exception des cas prévus aux 1° et 2°, avec celui d'une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales ou l'application de taux spécifiques, d'assiettes ou de montants forfaitaires de cotisations.

VI.— L'employeur doit tenir à disposition des organismes de recouvrement des cotisations un document en vue du contrôle du respect des dispositions du présent article. Le contenu et la forme de ce document sont précisés par décret.

Art. L. 242-1.— Pour le calcul des cotisations des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales, sont considérées comme rémunérations toutes les sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail, notamment les salaires ou gains, les indemnités de congés payés, le montant des retenues pour cotisations ouvrières, les indemnités, primes, gratifications et tous autres avantages en argent, les avantages en nature, ainsi que les sommes perçues directement ou par l'entremise d'un tiers à titre de pourboire. La compensation salariale d'une perte de rémunération induite par une mesure de réduction du temps de travail est également considérée comme une rémunération, qu'elle prenne la forme, notamment, d'un complément différentiel de salaire ou d'une hausse du taux de salaire horaire.

Lorsque le bénéficiaire d'une option accordée dans les conditions prévues aux articles L. 225-177 à L. 225-186 du code de commerce ne remplit pas les conditions prévues au I de l'article 163 bis C du code général des impôts, est considéré comme une rémunération le montant déterminé conformément au II du même article. Toutefois l'avantage correspondant à la différence définie au II de l'article 80 bis du code général des impôts est considéré comme une rémunération lors de la levée de l'option.

Il ne peut être opéré sur la rémunération ou le gain des intéressés servant au calcul des cotisations des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales, de déduction au titre de frais professionnels que dans les conditions et limites fixées par arrêté interministériel. Il ne pourra également être procédé à des déductions au titre de frais d'atelier que dans les conditions et limites fixées par arrêté ministériel.

Ne seront pas comprises dans la rémunération les prestations de sécurité sociale versées par l'entremise de l'employeur.

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, destinées au financement des régimes de retraite complémentaire mentionnés au chapitre Ier du titre II du livre IX ou versées en couverture d'engagements de retraite complémentaire souscrits antérieurement à l'adhésion des employeurs aux institutions mettant en oeuvre les régimes institués en application de l'article L. 921-4 et dues au titre de la part patronale en application des textes régissant ces couvertures d'engagements de retraite complémentaire.

Sont exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance versées par les organismes régis par les titres III et IV du livre IX du présent code ou le livre II du code de la mutualité, par des entreprises régies par le code des assurances ainsi que par les institutions mentionnées à l'article L. 370-1 du code des assurances et proposant des contrats mentionnés à l'article L. 143-1 dudit code, à la section 9 du chapitre II du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ou au chapitre II bis du titre II du livre II du code de la mutualité, lorsqu'elles revêtent un caractère collectif et

obligatoire déterminé dans le cadre d'une des procédures mentionnées à l'article L. 911-1 du présent code :

1° Dans des limites fixées par décret, pour les contributions au financement d'opérations de retraite déterminées par décret ; l'abondement de l'employeur à un plan d'épargne pour la retraite collectif exonéré aux termes du deuxième alinéa de l'article L. 443-8 du code du travail est pris en compte pour l'application de ces limites ;

2° Dans des limites fixées par décret, pour les contributions au financement de prestations complémentaires de prévoyance, 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 ou la franchise annuelle prévue au III du même article.

Toutefois, les dispositions des trois alinéas précédents ne sont pas applicables lorsque lesdites contributions se substituent à d'autres éléments de rémunération au sens du présent article, à moins qu'un délai de douze mois ne se soit écoulé entre le dernier versement de l'élément de rémunération en tout ou partie supprimé et le premier versement desdites contributions.

Les personnes visées au 20° de l'article L. 311-3 qui procèdent par achat et revente de produits ou de services sont tenues de communiquer le pourcentage de leur marge bénéficiaire à l'entreprise avec laquelle elles sont liées.

Sont également pris en compte, dans les conditions prévues à l'article L. 242-11, les revenus tirés de la location de tout ou partie d'un fonds de commerce, d'un établissement artisanal, ou d'un établissement commercial ou industriel muni du mobilier ou du matériel nécessaire à son exploitation, que la location, dans ce dernier cas, comprenne ou non tout ou partie des éléments incorporels du fonds de commerce ou d'industrie, lorsque ces revenus sont perçus par une personne qui réalise des actes de commerce au titre de l'entreprise louée ou y exerce une activité.

Sont aussi prises en compte les indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail à l'initiative de l'employeur ou à l'occasion de la cessation forcée des fonctions des mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 ter du code général des impôts, ainsi que les indemnités versées à l'occasion de la rupture conventionnelle du contrat de travail, au sens de l'article L. 1237-13 du code du travail, et les indemnités de départ volontaire versées aux salariés dans le cadre d'un accord collectif de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, à hauteur de la fraction de ces indemnités qui est assujettie à l'impôt sur le revenu en application de l'article 80 duodecies du même code. Toutefois, les indemnités d'un montant supérieur à trente fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 du présent code sont intégralement assimilées à des rémunérations pour le calcul des cotisations visées au premier alinéa du présent article. Pour l'application du présent alinéa, il est fait masse des indemnités liées à la rupture du contrat de travail et de celles liées à la cessation forcée des fonctions.

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 elles sont conservées dans les conditions mentionnées au I de l'article 80 quaterdecies du code général des impôts 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'entre eux. A défaut, l'employeur est tenu au paiement de la totalité des cotisations sociales, y compris pour leur part salariale.

Les dispositions de l'avant-dernier alinéa 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.

Les dispositions des deux alinéas précédents ne donnent pas lieu à application de l'article L. 131-7.

Art. L. 243-7-2.— Afin d'en restituer le véritable caractère, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 sont en droit d'écarter, comme ne leur étant pas opposables, les actes constitutifs d'un abus de droit, soit que ces actes aient un caractère fictif, soit que, recherchant le bénéfice d'une application littérale des textes à l'encontre des objectifs poursuivis par leurs auteurs, ils n'aient pu être inspirés par aucun autre motif que celui d'éluder ou d'atténuer les contributions et cotisations sociales d'origine légale ou conventionnelle auxquelles le cotisant est tenu au titre de la législation sociale ou que le cotisant, s'il n'avait pas passé ces actes, aurait normalement supportées, eu égard à sa situation ou à ses activités réelles.

En cas de désaccord sur les rectifications notifiées sur le fondement du premier alinéa, le litige est soumis, à la demande du cotisant, à l'avis du comité des abus de droit. Les organismes de recouvrement peuvent également, dans les conditions prévues par l'article L. 225-1-1, soumettre le litige à l'avis du comité. Si ces organismes ne se conforment pas à l'avis du comité, ils doivent apporter la preuve du bien-fondé de leur rectification. En cas d'avis du comité favorable aux organismes, la charge de la preuve devant le juge revient au cotisant.

La procédure définie au présent article n'est pas applicable aux actes pour lesquels un cotisant a préalablement fait usage des dispositions des articles L. 243-6-1 et L. 243-6-3 en fournissant aux organismes concernés tous éléments utiles pour apprécier la portée véritable de ces actes et que ces organismes n'ont pas répondu dans les délais requis.

L'abus de droit entraîne l'application d'une pénalité égale à 20 % des cotisations et contributions dues.

Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent article, notamment la composition, l'organisation et le fonctionnement du comité des abus de droit.

Art. L. 244-3.— L'avertissement ou la mise en demeure ne peut concerner que les cotisations exigibles au cours des trois années civiles qui précèdent l'année de leur envoi ainsi que les cotisations exigibles au cours de l'année de leur envoi. En cas de constatation d'une infraction de travail illégal par procès-verbal établi par un agent verbalisateur, l'avertissement ou la mise en demeure peut concerner les cotisations exigibles au cours des cinq années civiles qui précèdent l'année de leur envoi ainsi que les cotisations exigibles au cours de l'année de leur envoi.

L'avertissement ou la mise en demeure qui concerne le recouvrement des majorations de retard correspondant aux cotisations payées ou aux cotisations exigibles dans le délai fixé au premier alinéa doit être adressé avant l'expiration d'un délai de deux ans à compter du paiement des cotisations qui ont donné lieu à l'application desdites majorations.

Les pénalités de retard appliquées en cas de production tardive ou de défaut de production des bordereaux récapitulatifs des cotisations et des déclarations annuelles des données sociales doivent être mises en recouvrement par voie de mise en demeure dans un délai de deux ans à compter de la date de production desdits documents ou, à défaut, à compter selon le cas soit de la notification de l'avertissement, soit de la mise en demeure prévus à l'article L. 244-2.

Art. L. 241-3.— La couverture des charges de l'assurance vieillesse est, indépendamment des contributions de l'État prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur, assurée par une contribution du fonds institué par l'article L. 131-1 dans les conditions fixées par l'article L. 135-2, par les contributions prévues aux articles L. 137-10 et L. 137-12, par la pénalité prévue à l'article L. 138-24 et par des cotisations assises sur les rémunérations ou gains perçus par les travailleurs salariés ou assimilés, dans la limite d'un plafond fixé à intervalles qui ne peuvent être inférieurs au semestre ni

supérieurs à l'année et en fonction de l'évolution générale des salaires dans des conditions prévues par décret. Le montant du plafond, calculé selon les règles fixées par ce décret, est arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Ces cotisations dont le taux est fixé par décret, sont pour partie à la charge de l'employeur et pour partie à la charge du salarié.

Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par des arrêtés ministériels pour certaines catégories de salariés ou assimilés.

La couverture des charges de l'assurance vieillesse est également assurée par des cotisations à la charge des employeurs et des salariés et assises sur la totalité des rémunérations ou gains perçus par les travailleurs salariés ou assimilés. Le taux de ces cotisations est fixé par décret.

Le recouvrement des cotisations mentionnées au présent article est assuré pour le compte de la caisse nationale d'assurance vieillesse par les unions de recouvrement. Le contrôle et le contentieux du recouvrement sont également exercés par ces unions.

Art. L. 245-13.— Il est institué, au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, une contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés prévue par les articles L. 651-1 et suivants. Cette contribution additionnelle est assise, recouvrée, exigible et contrôlée dans les mêmes conditions que celles applicables à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés. Son taux est de 0,03 %.

Art. L. 351-10.— La pension de vieillesse au taux plein est assortie, le cas échéant, d'une majoration permettant de porter cette prestation, lors de sa liquidation, à un montant minimum tenant compte de la durée d'assurance accomplie par l'assuré dans le régime général, le cas échéant rapportée à la durée d'assurance accomplie tant dans le régime général que dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, lorsque celle-ci dépasse la limite visée au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 et fixé par décret. Ce montant minimum est majoré au titre des périodes ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré lorsque la durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré, accomplie tant dans le régime général que dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, est au moins égale à une limite fixée par décret.

La majoration de pension versée au titre de la retraite anticipée des travailleurs handicapés, la majoration pour enfants, la majoration pour conjoint à charge, prévues au deuxième alinéa de l'article L. 351-1-3, à l'article L. 351-12 et au premier alinéa de l'article L. 351-13 du présent code, et la rente des retraites ouvrières et paysannes prévue à l'article 115 de l'ordonnance n° 45-2454 du 19 octobre 1945 s'ajoutent à ce montant minimum.

La majoration de pension prévue à l'article L. 351-1-2 s'ajoute également à ce montant minimum dans des conditions prévues par décret.

Art. L. 611-1.— Le régime social des indépendants couvre :

1° Au titre de l'assurance maladie et maternité les personnes mentionnées à l'article L. 613-1 ;

2° Au titre de l'assurance vieillesse, de l'invalidité-décès et de l'assurance vieillesse complémentaire obligatoire les personnes appartenant aux groupes des professions artisanales et des professions industrielles et commerciales mentionnées à l'article L. 621-3.

Art. L. 651-1.— Il est institué, au profit du régime social des indépendants mentionné à l'article L. 611-1, ainsi qu'au profit du Fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1 et du Fonds de réserve pour les retraites mentionné à l'article L. 135-6, une contribution sociale de solidarité à la charge :

1°) Des sociétés anonymes et des sociétés par actions simplifiées, quelles que soient, le cas échéant, la nature et la répartition de leur capital ;

2°) Des sociétés à responsabilité limitée ;

3°) Des sociétés en commandite ;

4°) Des personnes morales de droit public dans les limites de leur activité concurrentielle ;

4° bis) Des groupements d'intérêt public assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée en application de dispositions du chapitre Ier du titre II de la première partie du livre Ier du code général des impôts autres que celles de l'article 256 B ;

5°) Des personnes morales dont le siège est situé hors du territoire de la France métropolitaine ou des départements d'outre-mer, à raison des affaires réalisées sur ce territoire et le rendant passibles de l'impôt sur les sociétés ;

6°) Des sociétés en nom collectif ;

7°) Des groupements d'intérêt économique ;

8°) Des groupements européens d'intérêt économique à raison des affaires réalisées sur le territoire de la France métropolitaine ou des départements d'outre-mer ;

9°) Des organismes suivants, non mentionnés aux 1° à 8° :

établissements et entreprises exerçant l'activité définie à l'article L. 511-1 du code monétaire et financier et relevant des chapitres Ier à VII ainsi que de la section 2 du chapitre VIII du titre Ier du livre V du même code, entreprises d'assurance, de capitalisation et de réassurance de toute nature régies par le code des assurances, mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du présent code et institutions de prévoyance relevant du II de l'article L. 727-2 du code rural et de la pêche maritime ;

10°) Des sociétés ou organismes non visés aux 1° à 9° qui sont régis par la loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération, à l'exception de ceux visés à l'article L. 521-1 du code rural qui ont pour objet exclusif d'assurer l'approvisionnement de leurs associés coopérateurs en leur procurant les produits, les équipements, les instruments et les animaux nécessaires à leurs exploitations agricoles et des sociétés coopératives agricoles ayant pour objet exclusif l'utilisation de matériels agricoles par les associés coopérateurs ;

11°) Des sociétés européennes au sens de l'article L. 229-1 du code de commerce et des sociétés coopératives européennes, au sens du règlement (CE) 1435/2003 du Conseil du 22 juillet 2003 relatif au statut de la société coopérative européenne.

Art. L. 651-5— Les sociétés et entreprises assujetties à la contribution sociale de solidarité sont tenues d'indiquer annuellement à l'organisme chargé du recouvrement de cette contribution le montant de leur chiffre d'affaires global déclaré à l'administration fiscale, calculé hors taxes sur le chiffre d'affaires et taxes assimilées ; à ce montant doivent être ajoutés pour les sociétés et entreprises se livrant au commerce des valeurs et de l'argent, ainsi que pour les sociétés d'assurance et de capitalisation et les sociétés de réassurances, les produits de leur exploitation n'entrant pas dans le champ d'application des taxes sur le chiffre d'affaires. De ce montant sont déduits, en outre, les droits ou taxes indirects et les taxes intérieures de consommation, versés par ces sociétés et entreprises, grevant les produits médicamenteux et de parfumerie, les boissons, ainsi que les produits pétroliers.

Le chiffre d'affaires des intermédiaires mentionnés au V de l'article 256 et au III de l'article 256 bis du code général des impôts, et qui bénéficient des dispositions de l'article 273 octies du même code, est diminué de la valeur des biens ou des services qu'ils sont réputés acquérir ou recevoir. Dans le cas d'entremise à la vente, les commettants des intermédiaires auxquels cette disposition s'applique majorent leur chiffre d'affaires du montant des commissions versées.

Le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution prévue par l'article L. 138-1 est exclu de l'assiette de la contribution sociale de solidarité.

Pour les sociétés d'assurances et de capitalisation régies par le code des assurances et les sociétés de réassurances, l'assiette de la contribution sociale de solidarité est constituée, pour leur activité principale, par les primes et acceptations de l'exercice, nettes de cessions et rétrocessions, telles qu'elles ressortent du compte de résultat, conforme aux dispositions relatives à la comptabilité des entreprises d'assurances et de capitalisation.

Pour les mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du présent code et institutions de prévoyance relevant de la section 4 du chapitre II du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime, l'assiette de la contribution sociale de solidarité est constituée, pour leur activité principale, par les cotisations, primes et acceptations de l'exercice, nettes de cessions et de rétrocessions, telles qu'elles ressortent du compte de résultat, conforme aux dispositions relatives à la comptabilité des mutuelles et institutions de prévoyance.

Pour les redevables mentionnés aux deux alinéas précédents, ne sont comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution ni les cotisations, primes et acceptations provenant de contrats exonérés de la taxe sur les conventions d'assurances en application des 15° et 16° de l'article 995 du code général des impôts, ni les remises qui leur sont versées dans le cadre de leur participation à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité.

Pour les redevables mentionnés au cinquième alinéa, ne sont pas comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution des subventions accordées par le fonds prévu à l'article L. 421-1 du code de la mutualité.

Par dérogation au premier alinéa, les entreprises dont le chiffre d'affaires, calculé selon les modalités prévues aux alinéas précédents, est inférieur au seuil mentionné par le premier alinéa de l'article L. 651-3 ne sont pas tenues de souscrire une déclaration au titre de la contribution sociale de solidarité.

Lorsque la société ou l'entreprise assujettie n'a pas effectué la déclaration de son chiffre d'affaires selon les modalités et dans les délais prescrits pour l'application du présent article, le chiffre d'affaires sur lequel est assise la contribution est fixé d'office par l'organisme chargé du recouvrement à partir des éléments dont il dispose ou des comptes annuels dont il est fait publicité. A défaut d'éléments suffisants, le chiffre d'affaires est fixé forfaitairement par rapport au seuil mentionné au premier alinéa de l'article L. 651-3.

Les montants dus, lorsque le chiffre d'affaires estimé est supérieur ou égal au seuil fixé par le premier alinéa de l'article L. 651-3, sont réclamés à titre provisionnel, par voie de mise en demeure dans les conditions mentionnées à l'article L. 244-2.

Art. L. 651-5-1.— L'organisme chargé du recouvrement de la contribution peut obtenir des administrations fiscales communication des éléments nécessaires à la détermination de son assiette et de son montant dans les conditions prévues à l'article L. 152 du livre des procédures fiscales. Les sociétés et entreprises mentionnées à l'article L. 651-1 sont tenues de fournir, à la demande de l'organisme de recouvrement, tous renseignements et documents nécessaires à la détermination de l'assiette de la

contribution et de son montant, dans un délai de soixante jours. Le délai de reprise de la créance de contribution, mentionné au premier alinéa de l'article L. 244-3, est interrompu à la date d'envoi de la demande. Le contrôle des déclarations transmises par les sociétés et entreprises assujetties à la contribution sociale de solidarité est effectué dans les conditions prévues aux articles L. 113 et L. 161 du livre des procédures fiscales.

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 téléréglément 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.

Art. L. 651-5-4.— Le recouvrement de la contribution sociale de solidarité est assuré par un organisme de sécurité sociale désigné par décret. Les frais relatifs au recouvrement et à la gestion de la contribution sociale de solidarité sont fixés par arrêté et s'imputent sur celle-ci.

Art. L. 651-5-5.— Les sociétés et entreprises assujetties à la contribution sociale de solidarité sont tenues d'indiquer annuellement à l'organisme chargé du recouvrement de cette contribution le montant de leur chiffre d'affaires global déclaré à l'administration fiscale, calculé hors taxes sur le chiffre d'affaires et taxes assimilées ; à ce montant doivent être ajoutés pour les sociétés et entreprises se livrant au commerce des valeurs et de l'argent, ainsi que pour les sociétés d'assurance et de capitalisation et les sociétés de réassurances, les produits de leur exploitation n'entrant pas dans le champ d'application des taxes sur le chiffre d'affaires. De ce montant sont déduits, en outre, les droits ou taxes indirects et les taxes intérieures de consommation, versés par ces sociétés et entreprises, grevant les produits médicamenteux et de parfumerie, les boissons, ainsi que les produits pétroliers.

Le chiffre d'affaires des intermédiaires mentionnés au V de l'article 256 et au III de l'article 256 bis du code général des impôts, et qui bénéficient des dispositions de l'article 273 octies du même code, est diminué de la valeur des biens ou des services qu'ils sont réputés acquérir ou recevoir. Dans le cas d'entremise à la vente, les commettants des intermédiaires auxquels cette disposition s'applique majorent leur chiffre d'affaires du montant des commissions versées.

Le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution prévue par l'article L. 138-1 est exclu de l'assiette de la contribution sociale de solidarité.

Pour les sociétés d'assurances et de capitalisation régies par le code des assurances et les sociétés de réassurances, l'assiette de la contribution sociale de solidarité est constituée, pour leur activité principale, par les primes et acceptations de l'exercice, nettes de cessions et rétrocessions, telles qu'elles ressortent du compte de résultat, conforme aux dispositions relatives à la comptabilité des entreprises d'assurances et de capitalisation.

Pour les mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du présent code et institutions de prévoyance relevant de la section 4 du chapitre II du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime, l'assiette de la contribution sociale de solidarité est constituée, pour leur activité principale, par les cotisations, primes et acceptations de l'exercice, nettes de cessions et de rétrocessions,

telles qu'elles ressortent du compte de résultat, conforme aux dispositions relatives à la comptabilité des mutuelles et institutions de prévoyance.

Pour les redevables mentionnés aux deux alinéas précédents, ne sont comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution ni les cotisations, primes et acceptations provenant de contrats exonérés de la taxe sur les conventions d'assurances en application des 15° et 16° de l'article 995 du code général des impôts, ni les remises qui leur sont versées dans le cadre de leur participation à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité.

Pour les redevables mentionnés au cinquième alinéa, ne sont pas comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution des subventions accordées par le fonds prévu à l'article L. 421-1 du code de la mutualité.

Par dérogation au premier alinéa, les entreprises dont le chiffre d'affaires, calculé selon les modalités prévues aux alinéas précédents, est inférieur au seuil mentionné par le premier alinéa de l'article L. 651-3 ne sont pas tenues de souscrire une déclaration au titre de la contribution sociale de solidarité.

Lorsque la société ou l'entreprise assujettie n'a pas effectué la déclaration de son chiffre d'affaires selon les modalités et dans les délais prescrits pour l'application du présent article, le chiffre d'affaires sur lequel est assise la contribution est fixé d'office par l'organisme chargé du recouvrement à partir des éléments dont il dispose ou des comptes annuels dont il est fait publicité. A défaut d'éléments suffisants, le chiffre d'affaires est fixé forfaitairement par rapport au seuil mentionné au premier alinéa de l'article L. 651-3.

Les montants dus, lorsque le chiffre d'affaires estimé est supérieur ou égal au seuil fixé par le premier alinéa de l'article L. 651-3, sont réclamés à titre provisionnel, par voie de mise en demeure dans les conditions mentionnées à l'article L. 244-2.

Art. L. 752-1.— L'organisation technique et financière de la sécurité sociale comprend notamment dans chacun des départements mentionnés à l'article L. 751-1, une caisse générale de sécurité sociale et une caisse d'allocations familiales dont le siège est fixé par arrêté interministériel.

Sont applicables aux caisses générales de sécurité sociale les dispositions des articles L. 211-3 à L. 211-5, L. 211-7, L. 215-4, L. 216-1 à L. 216-3, L. 281-4 à L. 281-6, L. 711-1 et L. 731-1.

Sont applicables aux caisses d'allocations familiales les dispositions des articles L. 211-7, L. 216-1 à L. 216-3, L. 281-4 à L. 281-6 et L. 711-1.

Art. L.752-4.— Les caisses générales de sécurité sociale ont pour rôle :

1°) d'assurer pour l'ensemble des salariés, y compris les salariés agricoles, la gestion des risques maladie, maternité, décès et invalidité, la gestion des risques d'accidents du travail et des maladies professionnelles ;

2°) d'assurer pour les exploitants agricoles la gestion des risques maladie, invalidité et maternité, dans les conditions prévues par l'article L. 762-24 du code rural ;

3°) de gérer le risque vieillesse :

a. des salariés relevant de la caisse nationale d'assurance vieillesse, pour le compte de ladite caisse ;

b. des salariés agricoles ;

c. des exploitants agricoles dans les conditions fixées par l'article L. 762-1 du code rural ;

4°) d'exercer une action de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;

5°) d'exercer une action sanitaire et sociale dans leurs circonscriptions en faveur de l'ensemble des salariés et, dans les conditions prévues par l'article L. 762-25 du code rural, d'exercer une action sanitaire et sociale en faveur des exploitants agricoles.

6°) D'exercer les fonctions dévolues en métropole aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général et de la mutualité sociale agricole à l'exception des compétences mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 212-3 du présent code qui sont exercées dans les départements d'outre-mer par la Caisse maritime d'allocations familiales.

Art. L.863-3.— L'examen des ressources est effectué par la caisse d'assurance maladie dont relève le demandeur. La décision relative au droit à déduction prévu à l'article L. 863-2 est prise par l'autorité administrative qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse. La délégation de pouvoir accordée au directeur de la caisse en application du troisième alinéa de l'article L. 861-5 vaut délégation au titre du présent alinéa. L'autorité administrative ou le directeur de la caisse est habilité à demander toute pièce justificative nécessaire à la prise de décision auprès du demandeur. Cette décision peut faire l'objet d'un recours contentieux devant la juridiction mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 861-5.

La caisse remet à chaque bénéficiaire une attestation de droit dont le contenu est déterminé par arrêté interministériel. Sur présentation de cette attestation à une mutuelle, une institution de prévoyance ou une entreprise régie par le code des assurances, l'intéressé bénéficie de la déduction prévue à l'article L. 863-2.

## **Code du travail**

Art. L. 1251-19.— Le salarié temporaire a droit à une indemnité compensatrice de congé payé pour chaque mission qu'il effectue, quelle qu'en ait été la durée.

Le montant de l'indemnité est calculé en fonction de la durée de la mission et ne peut être inférieur au dixième de la rémunération totale brute perçue par le salarié pendant la mission. L'indemnité est versée à la fin de la mission.

Pour l'appréciation des droits du salarié, sont assimilées à un temps de mission :

1° Les périodes de congé légal de maternité et d'adoption ;

2° Les périodes, limitées à une durée ininterrompue d'un an, de suspension du contrat de mission pour cause d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;

3° Les périodes pendant lesquelles un salarié est rappelé sous les drapeaux, à condition que le point de départ de ces périodes se place au cours d'une mission.

Art. L. 2331-1.— I. — Un comité de groupe est constitué au sein du groupe formé par une entreprise appelée entreprise dominante, dont le siège social est situé sur le territoire français, et les entreprises qu'elle contrôle dans les conditions définies à l'article L. 233-1, aux I et II de l'article L. 233-3 et à l'article L. 233-16 du code de commerce.

II.— Est également considérée comme entreprise dominante, pour la constitution d'un comité de groupe, une entreprise exerçant une influence dominante sur une autre entreprise dont elle détient au moins 10 % du capital, lorsque la permanence et l'importance des relations de ces entreprises établissent l'appartenance de l'une et de l'autre à un même ensemble économique.

L'existence d'une influence dominante est présumée établie, sans préjudice de la preuve contraire, lorsqu'une entreprise, directement ou indirectement :

– peut nommer plus de la moitié des membres des organes d'administration, de direction ou de surveillance d'une autre entreprise ;

– ou dispose de la majorité des voix attachées aux parts émises par une autre entreprise ;

– ou détient la majorité du capital souscrit d'une autre entreprise.

Lorsque plusieurs entreprises satisfont, à l'égard d'une même entreprise dominée, à un ou plusieurs des critères susmentionnés, celle qui peut nommer plus de la moitié des membres des organes de direction, d'administration ou de surveillance de l'entreprise dominée est considérée comme l'entreprise dominante, sans préjudice de la preuve qu'une autre entreprise puisse exercer une influence dominante.

Art. 5427-1.– Les parties signataires de l'accord prévu à l'article L. 5422-20 confient la gestion du régime d'assurance chômage à un organisme de droit privé de leur choix.

Le service de l'allocation d'assurance est assuré, pour le compte de cet organisme, par l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1.

Le recouvrement des contributions mentionnées aux articles L. 1233-69, L. 1235-16, L. 5422-9 et L. 5422-11 est assuré, pour le compte de cet organisme, par les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et les caisses générales de sécurité sociale mentionnées aux articles L. 13-1 et L. 752-1 du code de la sécurité sociale.

Par dérogation, le recouvrement de ces contributions est assuré pour le compte de l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage :

a) Par un organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, lorsqu'elles sont dues au titre des salariés expatriés, des travailleurs frontaliers résidant en France et ne remplissant pas les conditions pour bénéficier des dispositions du règlement (CEE) n° 1408 / 71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, notamment en matière d'assurance chômage, et des marins embarqués sur des navires battant pavillon d'un État étranger autre qu'un État membre de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou de la Confédération helvétique, ressortissants de ces États, inscrits à un quartier maritime français et admis au bénéfice de l'Établissement national des invalides de la marine ;

b) Par les organismes mentionnés à l'article L. 723-1 du code rural et de la pêche maritime, lorsqu'elles sont dues au titre de l'emploi de salariés mentionnés à l'article L. 722-20 du même code ;

c) Par la Caisse nationale de compensation des cotisations de sécurité sociale des voyageurs, représentants et placiers de commerce à cartes multiples travaillant pour deux employeurs au moins, lorsque les contributions sont dues pour ces salariés ;

d) Par la caisse de prévoyance sociale prévue par l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, lorsqu'elles sont dues au titre de l'emploi de salariés à Saint-Pierre-et-Miquelon ;

e) Par l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du présent code, lorsqu'elles sont dues au titre des salariés engagés à titre temporaire qui relèvent des professions de la production

cinématographique, de l'audiovisuel ou du spectacle et lorsque l'activité exercée bénéficie de l'aménagement des conditions d'indemnisation mentionné à l'article L. 5424-20.

Art. L. 6313-1.— Les actions de formation qui entrent dans le champ d'application des dispositions relatives à la formation professionnelle continue sont :

- 1° Les actions de préformation et de préparation à la vie professionnelle ;
- 2° Les actions d'adaptation et de développement des compétences des salariés ;
- 3° Les actions de promotion professionnelle ;
- 4° Les actions de prévention ;
- 5° Les actions de conversion ;
- 6° Les actions d'acquisition, d'entretien ou de perfectionnement des connaissances ;
- 7° Les actions de formation continue relative à la radioprotection des personnes prévues à l'article L. 1333-11 du code de la santé publique ;
- 8° Les actions de formation relatives à l'économie et à la gestion de l'entreprise ;
- 9° Les actions de formation relatives à l'intéressement, à la participation et aux dispositifs d'épargne salariale et d'actionnariat salarié ;
- 10° Les actions permettant de réaliser un bilan de compétences ;
- 11° Les actions permettant aux travailleurs de faire valider les acquis de leur expérience ;
- 12° Les actions d'accompagnement, d'information et de conseil dispensées aux créateurs ou repreneurs d'entreprises agricoles, artisanales, commerciales ou libérales, exerçant ou non une activité ;
- 13° Les actions de lutte contre l'illettrisme et l'apprentissage de la langue française.

Entre également dans le champ d'application des dispositions relatives à la formation professionnelle continue la participation à un jury d'examen ou de validation des acquis de l'expérience mentionné à l'article L. 3142-3-1 lorsque ce jury intervient pour délivrer des certifications professionnelles inscrites au répertoire national des certifications professionnelles dans les conditions prévues à l'article L. 335-6 du code de l'éducation.

Art. L. 7121-8.— La rémunération due à l'artiste à l'occasion de la vente ou de l'exploitation de l'enregistrement de son interprétation, exécution ou présentation par l'employeur ou tout autre utilisateur n'est pas considérée comme salaire dès que la présence physique de l'artiste n'est plus requise pour exploiter cet enregistrement et que cette rémunération n'est pas fonction du salaire reçu pour la production de son interprétation, exécution ou présentation, mais est fonction du produit de la vente ou de l'exploitation de cet enregistrement.

## **Livre des procédures fiscales**

Art. 152.— Les agents des administrations fiscales communiquent aux organismes et services chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, de l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé visée à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, aux services chargés de la gestion et du paiement des pensions aux fonctionnaires de l'État et assimilés, aux

institutions mentionnées au chapitre Ier du titre II du livre IX du code de la sécurité sociale ainsi qu'à l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du code du travail les informations nominatives nécessaires :

1° à l'appréciation des conditions d'ouverture et de maintien des droits aux prestations ;

2° au calcul des prestations ;

3° à l'appréciation des conditions d'assujettissement aux cotisations et contributions ;

4° à la détermination de l'assiette et du montant des cotisations et contributions ainsi qu'à leur recouvrement ;

5° Au recouvrement des prestations indûment versées.

Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques peut être utilisé pour les demandes, échanges et traitements nécessaires à la communication des informations mentionnées aux 1° à 5°, lorsqu'elles concernent des personnes physiques.

Dans le but de contrôler les conditions d'ouverture, de maintien ou d'extinction des droits aux prestations de sécurité sociale de toute nature, ainsi que le paiement des cotisations et contributions, les organismes et services mentionnés au premier alinéa peuvent demander aux administrations fiscales de leur communiquer une liste des personnes qui ont déclaré soit n'avoir plus leur domicile en France, soit n'avoir perçu que des revenus du patrimoine ou de placement.

Les agents des administrations fiscales signalent aux directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales et aux chefs des services régionaux de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles, ainsi qu'aux organismes de protection sociale les faits susceptibles de constituer des infractions qu'ils relèvent en ce qui concerne l'application des lois et règlements relatifs au régime général, au régime des travailleurs indépendants non agricoles, aux régimes spéciaux, au régime agricole de sécurité sociale ou à l'assurance chômage.

## **Loi n° 90-568 du 2 juillet 1990 relative à l'organisation du service public La Poste et à France Télécom**

Art. 2.– La Poste et ses filiales constituent un groupe public qui remplit des missions de service public et d'intérêt général et exerce d'autres activités dans les conditions définies par la présente loi et par les textes qui régissent chacun de ses domaines d'activité.

Les réseaux postaux ont une dimension territoriale et sociale importante qui permet l'accès universel à des services locaux essentiels.

I.– Les missions de service public et d'intérêt général sont :

1° Le service universel postal, dans les conditions définies par le code des postes et des communications électroniques, notamment ses articles L. 1 et L. 2 ;

2° La contribution, par son réseau de points de contact, à l'aménagement et au développement du territoire dans les conditions fixées à l'article 6 de la présente loi ;

3° Le transport et la distribution de la presse dans le cadre du régime spécifique prévu par le code des postes et des communications électroniques, notamment son article L. 4 ;

4° L'accessibilité bancaire dans les conditions prévues par le code monétaire et financier, notamment ses articles L. 221-2 et L. 518-25-1.

II.— La Poste assure selon les règles de droit commun toute autre activité de collecte, de tri, de transport et de distribution d'envois postaux, de courrier sous toutes ses formes, d'objets et de marchandises.

La Poste exerce, à travers sa filiale La Banque postale, des activités dans les domaines bancaire, financier et des assurances, dans les conditions prévues notamment au code monétaire et financier.

La Poste est habilitée à exercer en France et à l'étranger, elle-même et par l'intermédiaire de filiales ou participations, toutes activités qui se rattachent directement ou indirectement à ses missions et activités telles que définies par la loi, ainsi que toute autre activité prévue par ses statuts.

### **Loi n° 98-535 du 1<sup>er</sup> juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme**

Art. 18 B.— Les dispositions du présent article, autres que celles qui sont relatives aux compétences de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et qui entreront en vigueur dans les conditions prévues à l'article 29, entreront en vigueur à la date de publication du décret nommant le président de l'Établissement français du sang, et au plus tard le 31 décembre 1999.

À cette date, l'Établissement français du sang est substitué à l'Agence française du sang dans l'ensemble de ses droits et obligations, créances et dettes. L'ensemble des biens meubles et immeubles de l'Agence française du sang est transféré à l'Établissement français du sang.

À cette même date :

1° L'Établissement français du sang est substitué aux établissements de transfusion sanguine dans les droits et obligations résultant des contrats conclus, antérieurement à la présente loi, en application des dispositions de l'article L. 668-10 du code de la santé publique ;

2° L'ensemble des activités exercées par les établissements de transfusion sanguine est transféré à l'Établissement français du sang.

Des conventions conclues entre, d'une part, l'Établissement français du sang et, d'autre part, chaque personne morale concernée fixent les conditions dans lesquelles les droits et obligations, créances et dettes liés à ces activités sont, le cas échéant, transférés à l'Établissement français du sang ainsi que les conditions dans lesquelles les biens nécessaires à ces activités sont cédés à l'Établissement français du sang ou mis à sa disposition.

Dans la période comprise entre la date de publication du décret nommant le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et la date de publication du décret nommant le président de l'Établissement français du sang, l'Agence française du sang exerce, en tant que de besoin, les compétences de l'Établissement français du sang telles qu'elles résultent de la présente loi. Il en est de même pour la conclusion des conventions mentionnées ci-dessus.

Les transferts des biens, droits et obligations effectués, en application du présent article, au profit de l'Établissement français du sang ne donnent lieu à aucune perception d'impôts, droits ou taxes.

C.— Jusqu'à l'entrée en application de la convention collective prévue à l'article L. 667-8 du code de la santé publique :

1° Les personnels de droit privé recrutés antérieurement à la création de l'Établissement français du sang restent régis par les dispositions de leurs contrats de travail, l'Établissement français du sang étant substitué, à compter de sa création, aux établissements de transfusion sanguine et aux personnes

morales de droit privé membres des groupements d'intérêt public, dans tous leurs droits et obligations d'employeur ;

2° Les agents contractuels de droit public recrutés antérieurement à la création de l'Établissement français du sang restent régis par les dispositions législatives et réglementaires qui leur sont applicables, ainsi que par les dispositions de leurs contrats de travail, l'Établissement français du sang étant substitué, à compter de sa création, aux établissements de transfusion sanguine, aux personnes publiques membres des groupements d'intérêt public et à l'Agence française du sang dans tous leurs droits et obligations d'employeur. À la date d'entrée en vigueur de la convention collective précitée, ces agents optent entre le maintien de leur contrat de droit public ou l'établissement d'un contrat de droit privé.

### **Ordonnance n° 2005-1087 du 1<sup>er</sup> septembre 2005**

Art. 14.— Les droits et obligations nés de l'élaboration ou de la fourniture de produits sanguins par des personnes morales de droit public ayant été agréées sur le fondement de la loi n° 52-854 du 21 juillet 1952 et qui n'ont pas déjà été transférés par l'article 18 de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1998 sont transférés à l'Établissement français du sang à la date de sa création, sous réserve que ces droits et obligations n'aient pas été fixés par une décision juridictionnelle irrévocable à la date de la publication de la présente ordonnance. Ce transfert est précédé d'une déclaration adressée à l'Établissement français du sang, lui permettant de connaître l'étendue et la nature des droits et obligations qui lui sont transférés. La déclaration, dont les modalités et le contenu sont fixés par un arrêté du ministre chargé de la santé, doit être faite dans un délai de trois ans à partir de la publication de la présente ordonnance pour les demandes qui ont été présentées aux personnes intéressées avant cette publication.

### **Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009**

Art. 67.— I.— .....

IV.— À compter de la date d'entrée en vigueur du présent article, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales se substitue à l'Établissement français du sang dans les contentieux en cours au titre des préjudices mentionnés à l'article L. 1221-14 du code de la santé publique n'ayant pas donné lieu à une décision irrévocable.

Dans le cadre des actions juridictionnelles en cours visant à la réparation de tels préjudices, pour bénéficiaire de la procédure prévue à l'article L. 1221-14 du même code, le demandeur sollicite de la juridiction saisie un sursis à statuer aux fins d'examen de sa demande par l'office.

Pendant, dans ce cas, par exception au quatrième alinéa de l'article L. 1221-14 du même code, l'échec de la procédure de règlement amiable ne peut donner lieu à une action en justice distincte de celle initialement engagée devant la juridiction compétente.



## AMENDEMENTS EXAMINÉS PAR LA COMMISSION

### **Amendement n° AS 1 présenté par Mme Valérie Rosso-Debord**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Le premier alinéa de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés sont auditionnées dans le cadre de la négociation entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les organisations syndicales représentatives des professionnels de santé concernés dès lors que les dispositions conventionnelles négociées sont susceptibles de porter des incidences sur le financement et le fonctionnement des établissements de santé. »

### **Amendement n° AS 2 présenté par Mme Valérie Rosso-Debord**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Il est inséré au code de la sécurité sociale un article L. 162-21-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-21-4. – Afin de mettre en œuvre une régulation partagée de la politique économique des établissements de santé et garantir la transparence des méthodes de détermination des tarifs des prestations prévues aux articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6, l'État et l'assurance maladie concluent avec les organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé un accord-cadre déterminant les relations entre les partenaires et notamment :

« 1° Le partage des informations sur les productions de séjours, l'activité des établissements et la prise en charge par les régimes obligatoires des catégories de prestations ainsi que la mise en commun des études produites à cet effet dans le cadre de l'observatoire prévu à l'article L. 162-21-3.

« 2° Le suivi commun des dépenses et de leurs projections pluriannuelles y compris des dépenses relevant des autres secteurs de la santé.

« 3° La mise en œuvre commune d'une politique de régulation des dépenses des établissements de soins dont l'objectif est la recherche de sources d'économies et, le cas échéant, la détermination des orientations en matière de choix de prise en charge des prestations dans un but d'efficacité.

« 4° La signature d'accords de bonnes pratiques et de maîtrise médicalisée.

« 5° Les modalités de déclinaison dans les financements des établissements de santé des plans nationaux de santé publique ou d'actions ciblées sur certaines activités.

« L'accord-cadre visé ci-dessus déterminera un cadre pluriannuel d'évolution des tarifs de certaines prestations sur le fondement des résultats des études citées au 1° du présent article.

« Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de mise en œuvre de l'accord-cadre visé ci-dessus sont définies par décret en Conseil d'État. »

**Amendement n° AS 3 présenté par Mme Valérie Rosso-Debord**

*Après l'article 41*

Compléter cet article par les alinéas suivants :

« Le premier alinéa du même VII est complété par une phrase ainsi rédigée :

« À compter du 1<sup>er</sup> mars 2011 et afin de définir le processus de convergence, il est institué une échelle commune des tarifs des établissements mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 fondée sur une étude nationale de coûts. »

**Amendement n° AS 4 présenté par Mme Valérie Rosso-Debord**

*Article 41*

Compléter cet article par les mots suivants :

« sur la base du taux de prise en charge par le régime obligatoire ».

**Amendement n° AS 5 présenté par Mme Valérie Rosso-Debord**

*Article 42*

Compléter cet article par les alinéas suivants :

« IV. – Le II de l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« II. – Un décret en Conseil d'État, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements, détermine les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminées les évolutions des tarifs des prestations compatibles avec le respect de cet objectif. Il prend en compte à cet effet notamment l'évolution des charges au titre des soins dispensés l'année précédente, des prévisions de l'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours ainsi que de l'évaluation prévisionnelle de la croissance de cette activité pour les années à venir et les changements de régime juridique et financier de certains établissements. »

**Amendement n° AS 6 présenté par Mme Valérie Rosso-Debord**

*Après l'article 37*

Insérer l'article suivant :

Après le deuxième alinéa de l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le montant du forfait journalier applicable en établissement de soins de suite et de réadaptation doit tenir compte de la durée moyenne du séjour. Ses différents montants sont fixés par arrêté. »

**Amendement n° AS 7 présenté par Mme Valérie Rosso-Debord**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Il est inséré après le cinquième alinéa de l'article L. 6114-2 du code de la santé publique un alinéa ainsi rédigé :

« Les établissements de santé qui dépassent les objectifs quantifiés de l'offre de soins qui leur sont impartis, ainsi que l'ensemble des autres établissements qui le souhaitent, s'engagent pour une durée prévue au contrat dans une démarche permettant d'évaluer l'adéquation des soins et des conditions d'hospitalisation aux besoins des patients au regard des critères de pertinence des soins ou d'hospitalisation fixés par la Haute Autorité de santé. Ces établissements sont dispensés de l'application des dispositions de l'alinéa précédent relatives aux objectifs quantifiés de l'offre de soins et ne peuvent encourir les pénalités mentionnées. »

**Amendement n° AS 8 présenté par M. Céleste Lett**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

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

1° L'article L. 5125-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Une officine peut, par un contrat écrit, confier la préparation de piluliers, en vue de leur fourniture conformément aux dispositions de l'article L. 5126-6-1, à un établissement pharmaceutique autorisé à fabriquer des médicaments. Cette activité de sous-traitance fait l'objet d'un rapport annuel transmis par le pharmacien responsable de l'établissement pharmaceutique au directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Cette activité est réalisée en conformité avec les bonnes pratiques mentionnées à l'article L. 5121-5. »

2° Après le huitième alinéa de l'article L. 5126-2, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé peut confier, par un contrat écrit, la préparation des piluliers à un établissement pharmaceutique autorisé à fabriquer des médicaments. Cette activité est réalisée en conformité avec les bonnes pratiques mentionnées à l'article L. 5121-5. »

II.– À l'article L. 162-17-1-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « conditionnements appropriés », il est inséré les mots : « ou unitaires, en cas de recours aux piluliers préparés par des établissements pharmaceutiques autorisés à fabriquer des médicaments, ».

**Amendement n° AS 9 présenté par MM. Pierre Morange, Jean Mallot et Dominique Tian**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

« Le programme de qualité et d'efficacité de la branche maladie prévu par le 1° du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale présente un bilan et les perspectives des réorganisations internes tendant à améliorer le fonctionnement des établissements publics de santé. »

**Amendement n° AS 10 présenté par MM. Pierre Morange, Jean Mallot, Dominique Tian, Yves Bur et Jean-Pierre Door**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Le deuxième alinéa de l'article L. 6113-7 du code de la santé publique est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Les établissements publics hospitaliers mettent en place une comptabilité analytique, avant le 31 décembre 2011. Ils fournissent des éléments sur leurs coûts indirects de logistique, administratifs et médico-techniques afin d'alimenter une base de données commune. »

**Amendement n° AS 11 présenté par MM. Pierre Morange, Jean Mallot et Dominique Tian**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Dans le code de la santé publique, il est rétabli un article L. 6145-6 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6145-6.* – La passation des marchés de fournitures et des marchés de services des établissements publics de santé dépassant des seuils fixés par décret en Conseil d'État s'effectue par l'intermédiaire d'un groupement de commandes ou d'une centrale d'achat, au sens des articles 8 et 9 du code des marchés publics. »

**Amendement n° AS 12 présenté par MM. Pierre Morange, Jean Mallot et Dominique Tian**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Au premier alinéa de l'article L. 6146-1 du code de la santé publique, après les mots : « , sous réserve », sont insérés les mots : « du respect des bonnes pratiques organisationnelles définies par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et ».

**Amendement n° AS 13 présenté par MM. Pierre Morange, Jean Mallot et Dominique Tian**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

I.– Avant l'article L. 6148-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6148-1-A ainsi rédigé :

« *Art. L. 6148-1-A.* – Tout établissement public de santé établit chaque année un bilan patrimonial. »

II.– Le Gouvernement remet au Parlement, chaque année avant le mois d'octobre, un rapport de synthèse sur les bilans patrimoniaux des établissements publics hospitaliers, leurs acquisitions immobilières de plus de 0,5 million d'euros hors taxes et leurs prises à bail dont le loyer est supérieur à un million d'euros hors taxes dans la région d'Île-de-France et à 0,5 million d'euros hors taxes dans les autres régions.

**Amendement n° AS 14 présenté par MM. Pierre Morange, Jean Mallot et Dominique Tian**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

L'article L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ils sont tenus de disposer d'un logiciel d'aide à la prescription certifié par la Haute Autorité de santé en application de l'article L. 161-38. »

**Amendement n° AS 15 présenté par MM. Pierre Morange, Jean Mallot et Dominique Tian**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Après le II de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un II *bis* ainsi rédigé :

« II *bis*.— Le service du contrôle médical veille et participe à la mise en œuvre dans les établissements publics de santé des bonnes pratiques organisationnelles définies par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. »

**Amendement n° AS 16 présenté par Mme Valérie Rosso-Debord**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 6113-12 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6113-13 ainsi rédigé :

« Art. L. 6113-13.— L'évolution des charges des établissements de santé publics et privés est mesurée par un indice santé hospitalier qui est publié par une institution publique et qui prend en compte l'ensemble des charges de personnel et des autres charges de l'établissement. »

**Amendement n° AS 17 présenté par Mme Valérie Rosso-Debord**

*Après l'article 43*

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 314-3-4 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 314-3-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 314-3-5.— L'évolution des charges des établissements sociaux et médico-sociaux publics et privés est mesurée par un indice social et médico-social qui est établi pour chacune des catégories d'établissements et services énumérés au I de l'article L. 312.1 du code de l'action sociale et des familles. Cet indice est publié par une institution publique et prend en compte l'ensemble des charges de personnel et des autres charges de l'établissement. »

**Amendement n° AS 18 présenté par Mme Valérie Rosso-Debord**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

I.— Le 3° de l'article L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :  
« ainsi que celles relatives à la durée minimum d'expérience professionnelle acquise en équipe de soins généraux au sein d'un établissement sanitaire, social ou médico-social. »

II.— Le 1° de l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :  
« ainsi que pour les orthophonistes, la durée minimum d'expérience professionnelle acquise au sein d'un établissement sanitaire, social ou médico-social. »

**Amendement n° AS 19 présenté par Mme Valérie Rosso-Debord**

*Après l'article 60*

Insérer l'article suivant :

Il est inséré au code de la sécurité sociale un article L. 162-22-19 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22-19.— I.— Aucune sanction ne peut être prononcée lorsque les règles de codage ou de facturation en vigueur au moment où ont été réalisées les activités, les prestations ou les séjours ayant fait l'objet du contrôle se heurtent à une difficulté d'interprétation et que les conditions suivantes sont remplies :

« 1° L'établissement a joint aux observations évoquées au premier alinéa de l'article L 162-22-18 du code de la sécurité sociale la copie de la demande, par laquelle il a sollicité de l'autorité administrative, de manière précise et complète, une prise de position sur la question sans obtenir de réponse ;

« 2° L'autorité administrative n'a pas formellement pris position sur la question avant la mise en œuvre du contrôle prévu au deuxième alinéa de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale.

« II.— Lorsque l'établissement a contesté une notification d'indus prise sur le fondement de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale, l'exécution de la sanction ne peut être intervenir avant que la créance de l'assurance maladie soit devenue définitive. »

**Amendement n° AS 20 présenté par Mme Valérie Rosso-Debord**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Le premier alinéa de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« Les établissements de santé sont passibles, après qu'ils ont été mis en demeure de présenter leurs observations, d'une sanction financière en cas de manquement délibéré aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L. 162-22-6, d'erreur de codage imputable à l'établissement, réitérée malgré la notification à l'établissement de santé des règles de codage et de facturation opposables afférentes aux activités concernées ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée. »

**Amendement n° AS 21 présenté par Mme Valérie Rosso-Debord**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Le deuxième alinéa de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« Cette sanction est prise par le directeur général de l'agence régionale de santé, à la suite d'un contrôle réalisé sur pièces et sur place par les médecins inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'agence régionale de santé ayant la qualité de médecin ou les praticiens-conseils des organismes d'assurance maladie en application du programme de contrôle régional établi par l'agence. Le directeur général de l'agence prononce la sanction après avis d'une commission de contrôle tripartite composée dans les mêmes proportions de représentants de l'agence, de représentants des organismes d'assurance maladie et du contrôle médical et de représentants d'établissements de santé désignés par chacune des fédérations représentatives d'établissements de santé à l'échelon régional. Cet avis est communiqué à l'établissement au plus tard quinze jours avant le prononcé de la sanction. La motivation de la sanction indique, si tel est le cas, les raisons pour lesquelles le directeur général n'a pas suivi l'avis de la commission de contrôle. La sanction est notifiée à l'établissement. Cette commission peut à tout moment être saisie pour avis par tout établissement de santé rencontrant des difficultés d'interprétation des règles de codage ou de facturation afférentes à son activité ».

**Amendement n° AS 22 présenté par Mme Valérie Rosso-Debord**

*Après l'article 37*

Insérer l'article suivant :

Dans le cadre de l'expérimentation prévue à l'article 77 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 et dans l'attente d'un financement à l'activité concernant l'activité de soins de suite et de réadaptation, un décret publié dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi établit les conditions dans lesquelles :

1° La facturation des consultations et des actes externes pour l'activité de soins de suite et de réadaptation peut être réalisée par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale après accord du directeur général de l'agence régionale de santé, par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 162-26 du même code. Ces prestations sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 et dans la limite des tarifs fixés en application de ces articles.

2° L'activité de traitements et cures ambulatoires est définie pour l'activité de soins de suite et de réadaptation, à l'image du forfait « sécurité environnement » établi en chirurgie pour répondre à la problématique des actes frontières.

**Amendement n° AS 23 présenté par Mme Valérie Rosso-Debord**

*Article 37*

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« 3° Un rapport est établi et remis au Parlement le 1<sup>er</sup> octobre 2011 concernant l'évaluation de la mesure d'accord préalable prévu à l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale pour les activités de soins de suite et de réadaptation. Le rapport comporte l'analyse de l'impact sur le parcours de soins et la fluidité de la filière de prise en charge des patients en termes de délais de mise en œuvre des traitements et des transferts, de qualité de la prise en charge et du rapport bénéfices/risques pour le patient, ainsi que sur le coût de gestion administrative de la

mesure pour les établissements concernés, les services des agences régionales de santé, et les organismes d'assurance-maladie. »

**Amendement n° AS 24 présenté par Mme Valérie Rosso-Debord**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

À la fin de la première phrase de l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale, sont insérés les mots : « ainsi que les prestations de soins relatives au traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra-rénale selon les modalités mentionnées au 1° de l'article R. 6123-54 du code de la santé publique, afin de privilégier les modalités mentionnées au 2°, 3° et au 4° de l'article R. 6123-54 du même code. »

**Amendement n° AS 25 présenté par Mme Valérie Rosso-Debord**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

I.– L'article L. 6133-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Une ou plusieurs autorisations d'activité de soins peuvent être exploitées, dans le cadre du groupement, par ses membres dans les conditions définies par la convention constitutive. Quel que soit le mode d'exploitation, au sein du groupement de coopération sanitaire de moyens, d'une autorisation d'activité de soins ou d'exploitation d'un équipement matériel lourd, le membre du groupement titulaire de cette autorisation sanitaire demeure seul responsable de son exploitation. »

II.– Le premier alinéa de l'article L. 6133-7 du code de la santé publique est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsqu'il est titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activité de soins et qu'il n'est composé que de membres ayant soit la qualité de personnes morales de droit public, soit celle de personnes morales de droit privé, le groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé avec les droits et obligations afférents. Lorsque le groupement de coopération sanitaire de droit privé ne comporte pour membres que des personnes de droit privé, il est érigé en établissement de santé privé. Lorsque le groupement de coopération sanitaire de droit public ne comporte pour membres que des personnes morales de droit public, il est érigé en établissement public de santé, par décision du directeur général de l'agence régionale de santé. Lorsque le groupement de coopération sanitaire est titulaire d'une ou plusieurs autorisation d'activité de soins et qu'il est composé de personnes de droit public et de personnes de droit privé, il n'est pas érigé en établissement de santé mais il est tenu de respecter l'ensemble des droits et obligations afférents aux établissements de santé ».

**Amendement n° AS 27 présenté par Mme Valérie Rosso-Debord**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Un rapport est établi par l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale des finances et remis au Parlement dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi, concernant la nature et le volume des dépenses de médicaments, d'examen radiologiques et biologiques et les transports sanitaires, et de toute autre charge significative dont l'imputation et ses difficultés sont associées à des transferts de patients entre les établissements de santé de court séjour entre eux, d'une part, et avec les autres établissements de santé autorisés en soins de suite et de réadaptation ou en psychiatrie ou en soins de longue durée ou dans les établissements sociaux et médico-sociaux d'autre part. Le rapport comporte l'analyse de l'impact sur le parcours de soins du

caractère imprécis des règles en vigueur et de leur mise en application par les différents établissements de santé, les agences régionales de santé et les organismes d'assurance-maladie, ainsi que des propositions pour y remédier.

**Amendement n° AS 28 présenté par Mme Valérie Rosso-Debord**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

L'article 64 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa, les mots : « deux ans », sont remplacés par les mots : « cinq ans ».

2° Aux deuxième et troisième alinéas, après les mots : « groupement de coopération sanitaire », sont insérés les mots : « ou un groupement de coopération sociale ou médico-sociale » ;

3° Au deuxième alinéa, l'année « 2010 » est remplacée par l'année « 2013 » ;

4° Le IV est supprimé.

**Amendement n° AS 29 présenté par M. Dominique Tian**

*Article 10*

À l'alinéa 9, après les mots : « à la charge du bénéficiaire » ; insérer les mots : « , pour la partie excédant la moitié du plafond annuel défini par l'article L. 241-3 ».

**Amendement n° AS 30 présenté par M. Dominique Tian**

*Après l'article 11*

Insérer l'article suivant :

Les sommes annuelles allouées aux administrateurs des sociétés anonymes ou aux membres des conseils de surveillance par les assemblées générales, conformément aux articles L. 225-45 et L. 225-83 du code du commerce, font l'objet d'une contribution de solidarité s'élevant à 10 % de leur montant total.

Cette contribution, applicable pour les sommes versées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011, est recouvrée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

**Amendement n° AS 31 présenté par M. Dominique Tian**

*Article 11*

À l'alinéa 2, après les mots : « est fixé » ; insérer les mots : « à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011 ».

**Amendement n° AS 32 présenté par M. Dominique Tian**

*Article 12*

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« IV.— Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux entreprises de moins de 50 salariés. »

**Amendement n° AS 33 présenté par M. Dominique Tian**

*Article 12*

I.– Compléter cet article par l’alinéa suivant :

« Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux entreprises de moins de vingt salariés. »

**Amendement n° AS 34 présenté par M. Dominique Tian**

*Article 12*

Compléter cet article par l’alinéa suivant :

« IV.– Les dispositions du présent article ne sont applicables aux entreprises de moins de cinquante salariés qu’à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012. »

**Amendement n° AS 35 présenté par M. Dominique Tian**

*Article 12*

Compléter cet article par l’alinéa suivant :

« IV.– Les dispositions du présent article ne sont applicables aux entreprises de moins de vingt salariés qu’à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012. »

**Amendement n° AS 36 présenté par M. Dominique Tian**

*Article 12*

Supprimer l’alinéa 3 de cet article.

**Amendement n° AS 37 présenté par M. Dominique Tian**

*Article 13*

Supprimer cet article.

**Amendement n° AS 38 présenté par M. Dominique Tian**

*Article 13*

À l’alinéa 4, après le taux : « 6 % » ; insérer les mots suivants : « pour une période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 1<sup>er</sup> janvier 2013. »

**Amendement n° AS 39 présenté par M. Dominique Tian**

*Article 13*

À l'alinéa 4, après le taux : « 6 % » ; insérer les mots suivants : « sauf pour les contributions des employeurs mentionnées au 1° de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale qui est de 4 % . »

**Amendement n° AS 40 présenté par M. Dominique Tian**

*Article 16*

I.– Substituer aux alinéas 3 et 4 l'alinéa suivant :

« Art. L. 242–11–3. – Les sommes ou avantages alloués à un salarié à raison de son activité professionnelle par une personne tierce qui n'est pas son employeur sont soumis aux cotisations et contributions sociales, acquittées par la personne tierce sous la forme d'une contribution libératoire dont le taux est fixé à 20 % de la part de ces sommes ou avantages qui excède pour l'année considérée un montant égal à 15 % de la valeur du salaire minimum interprofessionnel de croissance calculée pour un moi sur la base de la durée légale du travail. »

II.– En conséquence, à l'alinéa 5, substituer au mot : « second » ; le mot : « premier », et à l'alinéa 6, substituer au mot : « deuxième » ; le mot : « premier ».

**Amendement n° AS 41 présenté par M. Dominique Tian**

*Article 16*

À l'alinéa 3, après les mots : « à raison de son activité professionnelle » ; insérer les mots : « , sans lien direct avec celle-ci ».

**Amendement n° AS 42 présenté par M. Dominique Tian**

*Article 16*

À la dernière phrase de l'alinéa 4, substituer aux mots : « la valeur du » ; les mots suivants : « la valeur de 1,9 fois le ».

**Amendement n° AS 43 présenté par M. Dominique Tian**

*Article 16*

À la deuxième phrase de l'alinéa 4, après les mots : « rendues obligatoires par la loi ne sont pas dues sur ces rémunérations. » ; insérer la phrase suivante : « La contribution libératoire est assise sur le total des rémunérations versées par la personne tierce à un salarié pour un an. »

**Amendement n° AS 44 présenté par M. Dominique Tian**

*Avant l'article 18*

Insérer l'article suivant :

I.– Les articles L. 862-2 à L. 862-8 du code de la sécurité sociale sont ainsi modifiés :

1° Au *b* de l'article L. 862-2, le mot « déductions », est remplacé par le mot « imputations » ;

2° Au *a* de l'article L. 862-3, le mot « contribution », est remplacé par le mot « taxe » ;

3° L'article L. 862-4 du même code est ainsi rédigé :

« I.– Il est perçu, au profit du fonds visé à l'article L. 862-1, une taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance afférentes aux garanties de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé souscrites au bénéfice de personnes physiques résidentes en France, à l'exclusion des réassurances.

« La taxe est assise sur la cotisation correspondant auxdites garanties et stipulée au profit d'une mutuelle régie par le code la mutualité, d'une institution de prévoyance régie par le livre IX du présent code ou par le livre VII du code rural, d'une entreprise régie par le code des assurances ou un organisme d'assurance maladie complémentaire étranger non établi en France mais admis à y opérer en libre prestation de service.

« Son fait générateur est l'échéance principale du contrat. Elle est perçue par l'organisme mentionné au deuxième alinéa ou son représentant fiscal pour le compte des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale territorialement compétents. Elle est liquidée sur le montant des cotisations émises, ou à défaut d'émission, recouvrées, au cours de chaque trimestre, nettes d'annulations ou de remboursements. Elle est versée au plus tard le dernier jour du premier mois qui suit le trimestre considéré.

« Un arrêté précise les documents à fournir par les organismes mentionnés au second alinéa à l'appui de leurs versements.

« II.– Le taux de la taxe est fixé à 6,27 %.

« III.– Les organismes visés au deuxième alinéa du I perçoivent, par imputation sur le montant de la taxe collectée selon les dispositions du I et du II ci-dessus, un montant égal, pour chaque organisme, au produit de la somme de 92,50 euros par le nombre de personnes bénéficiant, le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil considéré, de la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 au titre des dispositions du *b* de l'article L. 861-4. Ils perçoivent également, selon la même procédure, un montant correspondant, pour chaque organisme, au quart du crédit d'impôt afférent aux contrats en vigueur le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil. »

4° L'article L. 862-5 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est supprimé ;

b) Dans la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « Ces sommes sont recouvrées et contrôlées », sont remplacés par les mots : « La taxe visée aux I et II de l'article L. 862-4 est recouvrée et contrôlée ».

5° La première phrase de l'article L. 862-6 est remplacée par la phrase suivante :

« Lorsque le montant de la taxe collectée en application des I et II de l'article L. 862-4 est inférieur au montant des imputations découlant de l'application du III du même article, les organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4 demandent au fonds le versement de cette différence au plus tard le dernier jour du premier mois du trimestre considéré. »

6° L'article L. 862-7 est modifié comme suit :

a) Dans le *a* le mot « déduction » est remplacé par le mot « imputation »

b) Le *c* est rédigé comme suit :

« *c* Les organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4 communiquent aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général les informations relatives aux cotisations

émises ainsi que les éléments nécessaires à la détermination des imputations mentionnées au III du même article ; ils communiquent au fonds les éléments nécessaires à l'application de l'article L. 862-6 et l'état des dépenses et recettes relatives à la protection complémentaire mises en œuvre au titre du b de l'article L. 861-4 ; »

c) Le dernier alinéa de l'article L. 862-8 est rédigé comme suit : « Le fonds et les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale territorialement compétents disposent, à l'égard des associations constituées en application du présent article, des mêmes pouvoirs de contrôle qu'à l'égard des organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4. ».

II.– L'article L. 863-1 du même code est ainsi modifié :

Au premier alinéa, les mots « contribution due » sont remplacés par les mots « taxe collectée ».

III.– Les dispositions du I et du II s'appliquent à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011.

#### **Amendement n° AS 45 présenté par M. Dominique Tian**

*Avant l'article 34*

Insérer l'article suivant :

« Avant le 1<sup>er</sup> janvier 2013, le Gouvernement, sur la base des travaux du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, élabore un rapport faisant apparaître :

« L'évolution tendancielle des dépenses de l'assurance maladie obligatoire et des besoins de santé de la population à l'horizon 2020,

« L'évolution prévisionnelle des ressources des régimes d'assurance maladie obligatoire,

« Des scénarii de réformes structurelles permettant un retour à l'équilibre des comptes des régimes d'assurance maladie obligatoire d'ici 2017, et d'assurer ainsi la sauvegarde de notre système d'assurance solidaire en santé.

« Ce rapport est rendu public et transmis au Parlement. »

#### **Amendement n° AS 46 présenté par M. Dominique Tian**

*Après l'article 30*

Insérer l'article suivant :

À l'article L. 243-6-3 du code de sécurité sociale, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 5° À la demande de remboursement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales indûment versées mentionnée à l'article L. 243-6 ».

#### **Amendement n° AS 47 présenté par M. Dominique Tian**

*Article 13*

À l'alinéa 3, substituer aux mots : « à l'article L. 7121-8 » ; les mots : « aux articles L. 7121-8 et L. 7123-6 ».

**Amendement n° AS 48 présenté par M. Dominique Tian**

*Article 34*

À l'alinéa 5, substituer au mot : « examine » ; le mot : « contrôle ».

**Amendement n° AS 49 présenté par M. Dominique Tian**

*Article 34*

À l'alinéa 3, après le mot : « avis » ; insérer le mot : « public ».

**Amendement n° AS 50 présenté par M. Dominique Tian**

*Article 35*

Supprimer cet article.

**Amendement n° AS 51 présenté par M. Dominique Tian**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Le premier alinéa de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés prennent part avec voix consultative à la négociation entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les organisations syndicales représentatives des professionnels de santé concernés dès lors que les dispositions conventionnelles négociées sont susceptibles de comporter des incidences sur le financement et le fonctionnement des établissements de santé. »

**Amendement n° AS 52 présenté par M. Dominique Tian**

*Avant l'article 34*

Insérer l'article suivant :

Il est inséré au code de la sécurité sociale un article L. 162-21-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-21-4.— Afin de mettre en œuvre une régulation partagée de la politique économique des établissements de santé et garantir la transparence des méthodes de détermination des tarifs des prestations prévues aux articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6, l'État et l'assurance maladie concluent avec les organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé un accord-cadre déterminant les relations entre les partenaires et notamment :

« 1° Le partage des informations sur les productions de séjours, l'activité des établissements et la prise en charge par les régimes obligatoires des catégories de prestations ainsi que la mise en commun des études produites à cet effet dans le cadre de l'observatoire prévu à l'article L. 162-21-3 ;

« 2° Le suivi commun des dépenses et de leurs projections pluriannuelles y compris des dépenses relevant des autres secteurs de la santé ;

« 3° La mise en œuvre commune d'une politique de régulation des dépenses des établissements de soins dont l'objectif est la recherche de sources d'économies et, le cas échéant, la détermination des orientations en matière de choix de prise en charge des prestations dans un but d'efficacité ;

« 4° La signature d'accords de bonnes pratiques et de maîtrise médicalisée ;

« 5° Les modalités de déclinaison dans les financements des établissements de santé des plans nationaux de santé publique ou d'actions ciblées sur certaines activités.

« L'accord-cadre visé ci-dessus déterminera un cadre pluriannuel d'évolution des tarifs de certaines prestations sur le fondement des résultats des études citées au 1° du présent article.

« Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de mise en œuvre de l'accord-cadre visé ci-dessus sont définies par décret en Conseil d'État. »

#### **Amendement n° AS 53 présenté par M. Dominique Tian**

*Après l'article 60*

Insérer l'article suivant :

Le premier alinéa de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Les établissements de santé sont passibles, après qu'ils ont été mis en demeure de présenter leurs observations, d'une sanction financière en cas de manquement délibéré aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L. 162-22-6, d'erreur de codage imputable à l'établissement, réitérée malgré la notification à l'établissement de santé des règles de codage et de facturation opposables afférentes aux activités concernées ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée. »

#### **Amendement n° AS 54 présenté par M. Dominique Tian**

*Après l'article 60*

Insérer l'article suivant :

Le deuxième alinéa de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Cette sanction est prise par le directeur général de l'agence régionale de santé, à la suite d'un contrôle réalisé sur pièces et sur place par les médecins inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'agence régionale de santé ayant la qualité de médecin ou les praticiens-conseils des organismes d'assurance maladie en application du programme de contrôle régional établi par l'agence. Le directeur général de l'agence prononce la sanction après avis d'une commission de contrôle tripartite composée dans les mêmes proportions de représentants de l'agence, de représentants des organismes d'assurance maladie et du contrôle médical et de représentants d'établissements de santé désignés par chacune des fédérations représentatives d'établissements de santé à l'échelon régional. Cet avis est communiqué à l'établissement au plus tard quinze jours avant le prononcé de la sanction. La motivation de la sanction indique, si tel est le cas, les raisons pour lesquelles le directeur général n'a pas suivi l'avis de la commission de contrôle. La sanction est notifiée à l'établissement. Cette commission peut à tout moment être saisie pour avis par tout établissement de santé rencontrant des difficultés d'interprétation des règles de codage ou de facturation afférentes à son activité. »

**Amendement n° AS 55 présenté par M. Dominique Tian**

*Après l'article 60*

Insérer l'article suivant :

Le troisième alinéa de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Son montant est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues. Il est calculé sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement et proportionnel au montant des indus encourus, dans la limite de 1 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement.

« Si le contrôle porte sur une activité, une prestation en particulier ou des séjours présentant des caractéristiques communes, son montant, proportionnel au montant des indus encourus, est calculé sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes à cette activité, cette prestation ou ces séjours. Dans ce cas, le montant de la sanction ne peut dépasser 3 % des recettes annuelles afférentes à l'activité ciblée.

« En cas de récidive, les taux sont respectivement portés à 3 % et 6 % ».

**Amendement n° AS 57 présenté par M. Dominique Tian**

*Après l'article 60*

Insérer l'article suivant :

Il est inséré au code de la sécurité sociale un article L. 162-22-19 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22-19. – I. – Aucune sanction ne peut être prononcée lorsque les règles de codage ou de facturation en vigueur au moment où ont été réalisées les activités, les prestations ou les séjours ayant fait l'objet du contrôle se heurtent à une difficulté d'interprétation et que les conditions suivantes sont remplies :

« 1° L'établissement a joint aux observations évoquées au premier alinéa de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale la copie de la demande, par laquelle il a sollicité de l'autorité administrative, de manière précise et complète, une prise de position sur la question sans obtenir de réponse ;

« 2° L'autorité administrative n'a pas formellement pris position sur la question avant la mise en œuvre du contrôle prévu au deuxième alinéa de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale.

« II. – Lorsque l'établissement a contesté une notification d'indus prise sur le fondement de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale, l'exécution de la sanction ne peut intervenir avant que la créance de l'assurance maladie soit devenue définitive. ».

**Amendement n° AS 58 présenté par M. Dominique Tian**

*Article 37*

À l'alinéa 2, après les mots : « et de réadaptation », insérer les mots : « , sur le fondement d'un programme régional établi par le directeur général de l'agence régionale de santé concernée après avis des fédérations régionales représentatives des établissements de santé publics et privés. »

**Amendement n° AS 61 présenté par M. Dominique Tian**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

I.- Le 3° de l'article L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale est complété par les mots suivants : « ainsi que celles relatives à la durée minimum d'expérience professionnelle acquise en équipe de soins généraux au sein d'un établissement sanitaire, social ou médico-social. »

II.- Le 1° de l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale est complété par les mots suivant : « ainsi que pour les orthophonistes, la durée minimum d'expérience professionnelle acquise au sein d'un établissement sanitaire, social ou médico-social. »

**Amendement n° AS 62 présenté par M. Dominique Tian**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Après la première phrase de l'article L 162-1-17 du code de la sécurité sociale, sont insérés les mots : « ainsi que les prestations de soins relatives au traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra-rénale selon les modalités mentionnées au 1° de l'article R 6123-54 du code de la santé publique, afin de privilégier les modalités mentionnées au 2°, 3° et au 4° de l'article R 6123-54 du même code. »

**Amendement n° AS 63 présenté par M. Dominique Tian**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

L'article L. 5126-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux sont membres d'un groupement de coopération sanitaire ou social et médico-social et disposent de plusieurs pharmacies à usage intérieur, le directeur général de l'agence régionale de santé peut les autoriser à desservir conjointement un site géographique d'implantation d'un établissement de santé, de chirurgie esthétique ou médico-social, ou d'un groupement de coopération sanitaire détenteur d'une autorisation d'activité de soins ou autorisés dans le cadre de l'expérimentation prévue à l'article L. 6133-5 du code de la santé publique, dans la version antérieure à l'entrée en vigueur de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. »

**Amendement n° AS 65 présenté par M. Dominique Tian**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

L'article 64 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa, les mots : « deux ans », sont remplacés par les mots : « cinq ans ».

2° Aux deuxième et troisième alinéas, après les mots : « groupement de coopération sanitaire », sont insérés les mots : « ou un groupement de coopération sociale ou médico-sociale » ;

3° Au deuxième alinéa, l'année « 2010 » est remplacée par l'année « 2013 » ;

4° le IV est supprimé.

**Amendement n° AS 66 présenté par M. Dominique Tian**

*Après l'article 43*

Insérer l'article suivant :

« I. A.— À la première phrase du huitième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « et pour une période n'excédant pas deux ans », sont remplacés par les mots : « jusqu'au 31 décembre 2012 ».

« B.— À la première phrase du neuvième alinéa, la date : « 1<sup>er</sup> octobre 2010 » sont remplacés par la date : « 1<sup>er</sup> octobre 2012 »

« C.— Au dixième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « 1<sup>er</sup> janvier 2011 » sont remplacés par les mots : « 1<sup>er</sup> janvier 2013 » et la deuxième phrase est complétée par les mots : « et sur les modifications de périmètre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionnées au 7° du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale pouvant résulter de l'intégration des dépenses de médicaments au sein des prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 ».

II.— À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013, le septième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est supprimé.

**Amendement n° AS 67 présenté par M. Dominique Tian**

*Après l'article 43*

Insérer l'article suivant :

I.— Au 10<sup>ème</sup> alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, la date : « 1<sup>er</sup> janvier 2011 », est remplacée par la date : « 1<sup>er</sup> janvier 2013 ».

II.— À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013, le septième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est supprimé.

**Amendement n° AS 68 présenté par M. Dominique Tian**

*Après l'article 43*

Insérer l'article suivant :

I.— Le huitième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Pendant la durée de l'expérimentation et lorsque, pour un établissement, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 peuvent comprendre l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments, le forfait global prévu au 1° de l'article L. 314-2 versé à l'établissement comprend le financement intégral des dépenses exposées au titre de ces prestations, sans que puissent lui être opposés le barème et les règles de calcul fixés, d'une part, par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et des personnes âgées, en application du II de l'article L. 314-3 et, d'autre part, par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris en application du troisième alinéa de l'article L. 174-6 du code de la sécurité sociale. »

II.— L'article L. 314-8 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« L'expérimentation continuera d'être financée par un transfert de crédits de l'assurance maladie vers l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie médico-social ».

**Amendement n° AS 69 présenté par M. Dominique Tian**

*Après l'article 43*

Insérer l'article suivant :

L'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Au début de la deuxième phrase du troisième alinéa du I, les mots : « Il peut être corrigé », sont remplacés par les mots : « Il est corrigé ».

2° Après le troisième alinéa du I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les annexes mentionnées au 7° du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale mentionnent l'impact de ces modifications des règles de tarification ou de ces changements de régime sur l'objectif fixé en application du présent article. »

3° Le quatrième alinéa du I est complété par la phrase suivante :

« Cet arrêté précise, au sein du montant total annuel des dépenses, la part de celles résultant des modifications des règles de tarification ou des changements de régime mentionnés au troisième paragraphe du présent article. »

4° Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La décision du directeur de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie fixant le montant des dotations régionales limitatives précise, pour chacune des régions, la part de la dotation correspondant à la mise en œuvre des modifications des règles de tarification ou des changements de régime mentionnés au troisième paragraphe du I du présent article ».

**Amendement n° AS 70 présenté par M. Dominique Tian**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Au 5° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « d'exercice », sont insérés les mots : « sans pouvoir minorer celle-ci du fait de formes particulières d'exercice comme dans le cadre de maisons de santé, de pôles de santé ou en coopération avec des établissements de santé délivrant des soins à domicile ou des établissements et services sociaux et médico-sociaux ».

**Amendement n° AS 71 présenté par M. Dominique Tian**

*Article 38*

Compléter cet article par les alinéas suivants :

« Le premier alinéa du I du même article est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Un bilan du processus d'expérimentation de la procédure de facturation dérogatoire ci-dessus visée est transmis pour information au Parlement avant le 15 septembre de chaque année ».

#### **Amendement n° AS 72 présenté par M. Dominique Tian**

*Après l'article 41*

Insérer l'article suivant :

I.— Après la première phrase du premier alinéa du VII de l'article 33 de la loi 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour l'année 2004, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Cette mesure tient, notamment, compte des écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges salariales supportées par les catégories d'établissements visés à l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, lorsqu'à défaut de la correction desdits écarts de coûts, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du même code sont identiques pour les établissements visés au *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 dudit code d'une part, et lorsque des tarifs nationaux des prestations pour l'ensemble des catégories d'établissements visés à l'article L. 162-22-10 du même code sont établis sur la base d'une convergence totale, à périmètre tarifaire comparable, d'autre part. »

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

1° Avant le dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 4° Un coefficient correcteur, s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés au 1° et 2° du I du présent article, correspondant aux écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale, lorsqu'à défaut de la correction desdits écarts de charges financières, les tarifs nationaux des prestations et les forfaits annuels susvisés sont identiques pour les établissements visés au *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 dudit code d'une part, et lorsque des tarifs nationaux des prestations pour l'ensemble des catégories d'établissements visés à l'article L. 162-22-10 du même code sont établis sur la base d'une convergence totale, à périmètre tarifaire comparable, d'autre part.

2° En conséquence, dans la première phrase du II de l'article L. 162-22-9 du Code de la sécurité sociale, les références « 1° à 3° » sont remplacés par les références : « 1° à 4° ».

#### **Amendement n° AS 73 présenté par M. Dominique Tian**

*Après l'article 43*

Insérer l'article suivant :

Après la dernière phrase du second alinéa du II de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « Ces règles tiennent compte de coefficients correcteurs, s'appliquant aux tarifs plafonds, adaptés aux écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale ».

#### **Amendement n° AS 74 présenté par M. Dominique Tian**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

L'Agence nationale d'appui de la performance des établissements de santé et médico-sociaux est chargée de mettre en œuvre un plan quinquennal d'évaluation et de vente d'au moins 5 % du parc du patrimoine privés des établissements publics de santé.

Elle rend compte chaque année au Parlement de l'état d'avancement de ce plan quinquennal et du montant des ressources ainsi dégagées, dans un rapport public annuel déposé avant le 15 septembre.

**Amendement n° AS 75 présenté par M. Dominique Tian**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Un rapport est établi par l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale des finances et remis au Parlement dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi, sur les écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale entre les différentes catégories d'établissements et services sociaux et médico-sociaux concernés par la mise en œuvre de tarifs plafonds ou de mécanismes de convergence tarifaire.

**Amendement n° AS 76 présenté par M. Dominique Tian**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Le cinquième alinéa de l'article L. 1432-2 du code de la santé publique est complété par les mots :  
« détermine la politique et le programme d'externalisation des services autres que les soins. »

**Amendement n° AS 77 présenté par M. Dominique Tian**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Après le quatrième alinéa de l'article L. 6114-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Sur le fondement d'une évaluation préalable, comportant une analyse comparative des différentes options, notamment en termes de coût global hors taxes et de performance, ils présentent notamment leurs objectifs en matière d'externalisation des services autres que les soins. »

**Amendement n° AS 78 présenté par M. Dominique Tian**

*Article 39*

I.— Supprimer l'alinéa 9

II.— Rédiger ainsi l'alinéa 15 :

« Les recours des tiers payeurs autres que l'office ne peuvent être exercés que contre les assureurs des structures reprises par l'Établissement français du sang, mentionnées au sixième alinéa du présent article, lorsque le dommage est imputable à une faute. »

**Amendement n° AS 80 présenté par M. Dominique Tian**

*Article 40*

Supprimer cet article.

**Amendement n° AS 81 présenté par M. Dominique Tian**

*Article 40*

À l'alinéa 7, substituer aux mots : « Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent », les mots : « Le directeur général de l'agence régionale de santé arrête ».

**Amendement n° AS 82 présenté par M. Dominique Tian**

*Article 40*

Dans la dernière phrase de l'alinéa 7, substituer aux mots : « Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent », les mots : « Le directeur général de l'agence régionale de santé arrête ».

**Amendement n° AS 83 présenté par M. Dominique Tian**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

I.- L'article L. 6133-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Une ou plusieurs autorisations d'activité de soins peuvent être exploitées, dans le cadre du groupement, par ses membres dans les conditions définies par la convention constitutive. Quel que soit le mode d'exploitation, au sein du groupement de coopération sanitaire de moyens, d'une autorisation d'activité de soins ou d'exploitation d'un équipement matériel lourd, le membre du groupement titulaire de cette autorisation sanitaire demeure seul responsable de son exploitation ».

II.- Le premier alinéa de l'article L. 6133-7 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Lorsqu'il est titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activité de soins et qu'il n'est composé que de membres ayant soit la qualité de personnes morales de droit public, soit celle de personnes morales de droit privé, le groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé avec les droits et obligations afférents. Lorsque le groupement de coopération sanitaire de droit privé ne comporte pour membres que des personnes de droit privé, il est érigé en établissement de santé privé. Lorsque le groupement de coopération sanitaire de droit public ne comporte pour membres que des personnes morales de droit public, il est érigé en établissement public de santé, par décision du directeur général de l'agence régionale de santé. Lorsque le groupement de coopération sanitaire est titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activité de soins et qu'il est composé de personnes de droit public et de personnes de droit privé, il n'est pas érigé en établissement de santé mais il est tenu de respecter l'ensemble des droits et obligations afférents aux établissements de santé. »

**Amendement n° AS 84 présenté par M. Dominique Tian**

*Article 41*

Compléter cet article par les mots suivants :

« sur la base du taux de prise en charge par le régime obligatoire ».

**Amendement n° AS 85 présenté par M. Dominique Tian**

*Article 41*

Compléter cet article par les deux alinéas suivants :

« Le 1° de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« 1° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 servant de base au calcul de la participation de l'assuré qui sont décomposés en deux tarifs, l'un pour les prestations de soins des établissements de santé et l'autre, pour les établissements prévus aux a, b et c ci-dessus, pour les prestations rémunérant les moyens médicaux et les services médico-techniques mis en œuvre pour la prise en charge des patients, donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale et établies notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ; »

**Amendement n° AS 86 présenté par M. Dominique Tian**

*Après l'article 41*

Insérer l'article suivant :

Le premier alinéa du VII de l'article 33 de la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 est ainsi rédigé :

« À compter du 1<sup>er</sup> mars 2011 et jusqu'au 31 décembre 2017, il est créé pour les établissements prévus au a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale une dotation de convergence correspondant au différentiel entre les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale à la date du 1<sup>er</sup> mars 2011 et ceux afférant aux prestations de soins prévues au 1° de l'article L. 162-22-6 du même code. Sur le fondement des études menées afin de déterminer les coûts des prestations, cette dotation est affectée au 31 décembre 2017 à la dotation prévue à l'article L. 162-22-13 ».

**Amendement n° AS 87 présenté par M. Dominique Tian**

*Après l'article 41*

Insérer l'article suivant :

Le premier alinéa du VII de l'article 33 de la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« À compter du 1<sup>er</sup> mars 2011 et afin de définir le processus de convergence il est institué une échelle commune des tarifs des établissements mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 fondée sur une étude nationale de coûts. »

**Amendement n° AS 88 présenté par M. Dominique Tian**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Après le cinquième alinéa de l'article L. 6114-2 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les établissements de santé qui dépassent les objectifs quantifiés de l'offre de soins qui leur sont impartis, ainsi que l'ensemble des autres établissements qui le souhaitent, s'engagent pour une durée prévue au contrat dans une démarche permettant d'évaluer l'adéquation des soins et des conditions d'hospitalisation aux besoins des patients au regard des critères de pertinence des soins ou d'hospitalisation fixés par la Haute Autorité de santé. Ces établissements sont dispensés de l'application des dispositions de l'alinéa précédent relatives aux objectifs quantifiés de l'offre de soins et ne peuvent encourir les pénalités mentionnées. »

**Amendement n° AS 89 présenté par M. Dominique Tian**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Après le cinquième alinéa de l'article L. 6112-3 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'établissement de santé ou la personne chargée de tout ou partie des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 assure, pour l'ensemble de son activité, à chaque patient qu'il accueille ou qu'il est susceptible d'accueillir, sa prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ou aux tarifs des honoraires du secteur conventionnel à caractère optionnel. »

**Amendement n° AS 90 présenté par M. Dominique Tian**

*Article 42*

Insérer l'article suivant :

Un rapport est établi par l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale des Finances et remis au Parlement dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi, sur les modalités selon lesquelles le ministère de la Santé a établi l'enveloppe budgétaire relative à la permanence de soins hospitalière, sur la base des déclarations des établissements de santé publics et privés et d'autres éléments de méthode devant être objectifs et publiés, compte tenu de l'importance de la diminution opérée sur les tarifs en 2009 et en 2010 sur cette base.

**Amendement n° AS 91 présenté par M. Dominique Tian**

*Article 42*

Compléter cet article par un IV ainsi rédigé :

« IV.- Le II de l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« Un décret en Conseil d'État, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements, détermine les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminées les évolutions des tarifs des prestations compatibles avec le respect de cet objectif. Il prend en compte à cet effet notamment l'évolution des charges au titre des soins dispensés l'année précédente, des prévisions de l'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours ainsi que de l'évaluation prévisionnelle de la croissance de cette activité pour les années à venir et les changements de régime juridique et financier de certains établissements ».

**Amendement n° AS 92 présenté par M. Dominique Tian**

*Article 42*

Compléter cet article par un IV ainsi rédigé :

« IV.- Le I de l'article 77 de la loi n° 2006-1640 du 19 décembre 2007 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Afin de mettre en place un nouveau mode de financement des activités de soins de suite et de réadaptation, une étude nationale de coûts à échelle commune aux secteurs hospitaliers publics et privés est instituée à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011. »

**Amendement n° AS 93 présenté par M. Dominique Tian**

*Après l'article 37*

Insérer l'article suivant :

Après le deuxième alinéa de l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa rédigé :

« Le montant du forfait journalier applicable en établissement de soins de suite et de réadaptation doit tenir compte de la durée moyenne du séjour. Ses différents montants sont fixés par arrêté. »

**Amendement n° AS 94 présenté par M. Dominique Tian**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

À l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, les deux premières phrases sont remplacées par les phrases suivantes :

« Il est créé au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie prévu au 4° de l'article L.O. 111-3, deux dotations, une dotation nationale de financement des missions de service public prévues à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique d'une part et une dotation de financement des aides à la contractualisation d'autre part. La dotation de financement des missions de service public permet le financement des engagements relatifs aux missions mentionnées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique à l'exception des formations prises en charge par la région en application des articles L. 4151-9, L. 4244-1 et L. 4383-5 du même code. La dotation de financement des aides à la contractualisation contribue au financement des engagements relatifs à la mise en œuvre des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire, à ceux visant à améliorer la qualité des soins ou à répondre aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, notamment la création de communautés hospitalières de territoire, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-1-7, à ceux relatifs à la mise en œuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements. »

**Amendement n° AS 95 présenté par M. Dominique Tian**

*Article 45*

Supprimer le III de cet article.

**Amendement n° AS 96 présenté par M. Dominique Tian**

*Après l'article 32*

Insérer l'article suivant :

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est habilitée à centraliser la trésorerie des agences régionales de santé, selon des modalités définies par décret.

**Amendement n° AS 97 présenté par M. Dominique Tian**

*Après l'article 45*

Après le III de cet article, ajouter un III *bis* ainsi rédigé :

« III *bis* L'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, est ainsi modifié :

« 1° Le 3° du II est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les aides individuelles ainsi versées par les établissements mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale leur sont remboursées directement par le fonds, dans le cadre d'une convention établie entre l'établissement et le fonds et approuvée par le directeur général de l'agence régionale de santé pour adapter les modalités d'intervention du fonds aux spécificités du droit privé applicable à ces établissements et aux obligations qui en découlent dans leurs relations contractuelles avec leurs personnels. » ;

« 2° Au premier alinéa du III, après les mots : « au moyen de subventions ou d'avances remboursables » ; sont insérés les mots : « avec les adaptations nécessaires liées au droit privé applicable aux établissements de santé privés bénéficiaires et à leurs relations contractuelles avec leurs personnels. » ;

« 3° Après la première phrase du premier alinéa du IV, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Dans ce cadre, une convention est établie entre le fonds et les établissements de santé privés mentionnés au b et au c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, pour adapter les modalités d'intervention du fonds aux spécificités du droit privé applicable à ces établissements et aux obligations qui en découlent dans leurs relations contractuelles avec leurs personnels. Cette convention est approuvée par le ou les directeurs d'agence régionale de santé compétents. »

**Amendement n° AS 98 présenté par M. Dominique Tian**

*Après l'article 45*

Insérer l'article suivant :

Le III *quater* de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 du financement de la sécurité sociale pour 2001 est supprimé.

**Amendement n° AS 99 présenté par M. Dominique Tian**

*Après l'article 45*

Insérer l'article suivant :

L'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 du financement de la sécurité sociale pour 2001 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« IV.– Bénéficient de ce Fonds les dépenses d'investissement des professionnels de santé libéraux. »

**Amendement n° AS 101 présenté par M. Dominique Tian**

*Article 59*

Supprimer cet article.

**Amendement n° AS 102 présenté par M. Dominique Tian**

*Après l'article 43*

Insérer l'article suivant :

I.– À la première phrase du huitième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « et pour une période n'excédant pas deux ans » ; sont remplacés par les mots : « pour une période n'excédant pas quatre ans ».

II.– À la première phrase du neuvième alinéa du même article, la date : « 1<sup>er</sup> octobre 2010 » ; est remplacée par la date : « 1<sup>er</sup> octobre 2012 ».

III.– Au dixième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, la date « 1<sup>er</sup> janvier 2011 » est remplacée par la date : « 1<sup>er</sup> janvier 2013 ».

**Amendement n° AS 103 présenté par M. Guy Malherbe**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

À l'article 5125-15 du code de la santé publique, la première phrase du quatrième alinéa est ainsi rédigée :

« À la suite d'un regroupement dans la même commune, le nombre de licences prises en compte au sein de la commune où s'effectue le regroupement reste identique, pour appliquer les conditions prévues aux deux premiers alinéas de l'article L. 5125-11. »

**Amendement n° AS 104 présenté par M. Guy Malherbe**

*Après l'article 43*

Insérer l'article suivant :

I.– Le huitième paragraphe de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Pendant la durée de l'expérimentation et lorsque, pour un établissement, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 peuvent comprendre l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments, le forfait global prévu au 1° de l'article L. 314-2 versé à l'établissement comprend le financement intégral des dépenses exposées au titre de ces prestations, sans que puissent lui être opposés le barème et les règles de calcul fixés, d'une part, par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et des personnes âgées, en application du II de l'article L. 314-3 et, d'autre part, par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris en application du troisième alinéa de l'article L. 174-6 du code de la sécurité sociale. »

II– L'article L. 314-8 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'expérimentation continuera d'être financée par un transfert de crédits de l'assurance maladie vers l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie médico-social ».

#### **Amendement n° AS 105 présenté par M. Guy Malherbe**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

À l'article 54-III de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009, la date : « 1<sup>er</sup> janvier 2011 », est remplacée par la date : « 1<sup>er</sup> janvier 2013 ».

#### **Amendement n° AS 106 présenté par M. Guy Malherbe**

*Après l'article 43*

Insérer l'article suivant :

L'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

I – Au début de la deuxième phrase du troisième alinéa du I, le mot : « peut », est remplacé par le mot : « est ».

II – Le troisième alinéa du I est complété par un paragraphe ainsi rédigé :

« Les annexes mentionnées au 7° du III de l'article LO 111-4 du code de la sécurité sociale mentionnent l'impact de ces modifications des règles de tarification ou de ces changements de régime sur l'objectif fixé en application du présent article ».

III – Le quatrième alinéa du I est ainsi complété :

« Cet arrêté précise, au sein du montant total annuel des dépenses, la part de celles résultant des modifications des règles de tarification ou des changements de régime mentionnés au troisième paragraphe du présent article ».

IV – Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie fixant le montant des dotations régionales limitatives précise, pour chacune des régions, la part de la dotation correspondant à la mise en œuvre des modifications des règles de tarification ou des changements de régime mentionnés au troisième paragraphe du I du présent article ».

**Amendement n° AS 107 présenté par M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse**

*Article 57*

À l'alinéa 3, substituer aux mots : « la prise en charge mentionnée au 2° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale est fixée », les mots : « les dépenses de prise en charge mentionnées au 2° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale sont fixées ».

**Amendement n° AS 108 présenté par M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse**

*Article 58*

À l'alinéa 1, substituer au mot : « dépenses », le mot : « charges ».

**Amendement n° AS 109 présenté par M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse**

*Article 57*

Compléter l'article 57 par l'alinéa suivant :

« IV. – À l'article L. 634-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « aux 4° et 6° de l'article L. 351-3 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 351-3 ».

**Amendement n° AS 110 présenté par M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse**

*Après l'article 57*

Insérer l'article suivant :

I. – Au premier alinéa de l'article L. 173-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « à l'article L. 200-2 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 200-2, L. 382-15 ».

III. – Les dispositions du I sont applicables aux pensions prenant effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011.

**Amendement n° AS 111 présenté par Mme Valérie Boyer**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

I. – L'article L. 632-6 du code de l'éducation est ainsi modifié :

1° Au cinquième alinéa, après le mot : « médecins » sont insérés les mots : « ou les étudiants ».

2° Au cinquième alinéa, les mots : « dont le montant égale les » sont remplacés par les mots : « dont le montant dégressif est au plus égal aux ».

3° Le cinquième alinéa est complété par la phrase suivante : « Le recouvrement de cette indemnité est assuré, pour les médecins, par la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle le médecin exerce à titre principal et pour les étudiants par le Centre national de gestion. »

II.— Le premier alinéa de l'article L. 136-5 du code de la sécurité est complété par une phrase ainsi rédigée :

« La contribution portant sur l'allocation mentionnée à l'article L. 632-6 du code de l'éducation est précomptée par le centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière ; elle est recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de la sécurité sociale assises sur les rémunérations. »

**Amendement n° AS 112 présenté par Mme Valérie Boyer**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 165-9 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 165-10 ainsi rédigé :

« *Art. L. 165-10.* – La prise en charge des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 peut être subordonnée à des conditions de validité de la prescription desdits produits ou prestations, à des modalités de délivrance des produits aux assurés et à des modalités d'exécution des prestations.

Ces conditions sont définies dans le souci de la plus grande économie compatible avec la prescription médicale et peuvent notamment concerner la durée de validité de la prescription et le type de conditionnement délivré.

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

**Amendement n° AS 113 présenté par MM. Jean-Luc Prével et Claude Leteurre**

*Article 6*

Supprimer l'alinéa 4.

**Amendement n° AS 114 présenté par MM. Jean-Luc Prével et Claude Leteurre**

*Article 9*

Supprimer l'alinéa 17.

**Amendement n° AS 115 présenté par MM. Jean-Luc Prével et Claude Leteurre**

*Article 9*

Après l'alinéa 3, insérer l'alinéa suivant :

« L'allongement de la durée de vie de la Caisse d'amortissement de la dette sociale de 4 ans est supprimé conformément à la règle énoncée par l'article 4 *bis* de l'ordonnance de 1996. »

**Amendement n° AS 116 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurtre**

*Article 9*

Après l'alinéa 25, insérer l'alinéa suivant :

« Le premier alinéa de l'article 19 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 est ainsi modifié :

« Le taux « 0,5 % » est remplacé par le taux « 1,25 % ». »

**Amendement n° AS 117 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurtre**

*Article 20*

Supprimer cet article.

**Amendement n° AS 118 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurtre**

*Article 20*

Supprimer le 3°

II.— Dans le 1° et le 2°, substituer aux mots : « sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros », les mots : « pour leur part du chiffre d'affaires remboursable inférieure à 30 millions d'euros ».

**Amendement n° AS 119 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurtre**

*Après l'article 12*

Insérer l'article suivant :

L'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

I – Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Cette réduction n'est pas applicable aux gains et rémunérations versés aux entreprises de plus de 2 000 salariés, à l'exception du secteur automobile. »

II – Après le troisième alinéa du III, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ce coefficient maximal est réduit de moitié pour les entreprises de plus de 1 000 salariés et de 75 % pour les entreprises de plus de 1 500 salariés, à l'exception du secteur automobile. »

**Amendement n° AS 120 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurtre**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

L'alinéa 1 de l'article L 162-15 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés sont auditionnées dans le cadre de la négociation entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les organisations syndicales représentatives des professionnels de santé concernés dès lors que les dispositions conventionnelles négociées sont susceptibles de comporter des incidences sur le financement et le fonctionnement des établissements de santé ».

**Amendement n° AS 121 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurtre**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 162-21-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-21-4.* – Afin de mettre en œuvre une régulation partagée de la politique économique des établissements de santé et garantir la transparence des méthodes de détermination des tarifs des prestations prévues aux articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6, l'État et l'assurance maladie concluent avec les organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé un accord-cadre déterminant les relations entre les partenaires et notamment :

1° Le partage des informations sur les productions de séjours, l'activité des établissements et la prise en charge par les régimes obligatoires des catégories de prestations ainsi que la mise en commun des études produites à cet effet dans le cadre de l'observatoire prévu à l'article L. 162-21-3

2° Le suivi commun des dépenses et de leurs projections pluriannuelles y compris des dépenses relevant des autres secteurs de la santé

3° La mise en œuvre commune d'une politique de régulation des dépenses des établissements de soins dont l'objectif est la recherche de sources d'économies et, le cas échéant, la détermination des orientations en matière de choix de prise en charge des prestations dans un but d'efficience

4° La signature d'accords de bonnes pratiques et de maîtrise médicalisée

5° Les modalités de déclinaison dans les financements des établissements de santé des plans nationaux de santé publique ou d'actions ciblées sur certaines activités.

L'accord-cadre visé ci-dessus déterminera un cadre pluriannuel d'évolution des tarifs de certaines prestations sur le fondement des résultats des études citées au 1° du présent article.

Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de mise en œuvre de l'accord-cadre visé ci-dessus sont définies par décret en Conseil d'État. »

**Amendement n° AS 122 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurtre**

*Article 35*

À l'alinéa 2, après les mots : « fait l'objet d'un examen », insérer les mots : « après avis de la commission de hiérarchisation des actes professionnels ».

**Amendement n° AS 123 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurtre**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Le premier alinéa de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée:

« Les fédérations représentatives de l'hospitalisation publique et privée sont également consultées par l'Union nationale des caisses d'Assurances maladie sur les dispositions conventionnelles susceptibles de comporter des incidences sur le financement et le fonctionnement des établissements de santé ».

**Amendement n° AS 124 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurtre**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

I.— Au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, après les mots : « Caisse d'assurance maladie », sont insérés les mots : « des représentants des fédérations représentatives de l'hospitalisation ».

II.— Le premier alinéa l'article L. 162-1-13 du code de la sécurité sociale est complété par les mots suivants : « et des représentants des fédérations représentatives de l'hospitalisation ».

**Amendement n° AS 125 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurtre**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

Le quatrième alinéa du I de l'article L. 162-73-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Le comité comprend, outre son président et deux vice-présidents choisis par l'autorité compétente de l'État en raison de leur compétence dans le domaine de l'économie de la santé, quatre parlementaires désignés conjointement par les présidents de l'Assemblée nationale et du Sénat, quatre représentants désignés par les ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale, trois représentants des caisses nationales d'assurance maladie et un représentant de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, quatre représentants désignés par les organisations hospitalières publiques et privées les plus représentatives. »

**Amendement n° AS 126 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurtre**

*Après l'article 43*

Insérer l'article suivant :

I.— L'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Les expérimentations relatives aux dépenses de médicaments et à leur prise en charge sont prolongées jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2013, dans les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur ou qui ne sont pas membre d'un groupement de coopération sanitaire. Ces expérimentations sont réalisées sur le fondement d'une estimation quantitative et qualitative de l'activité de ces établissements et services réalisée. Au titre de ces expérimentations, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 peuvent comprendre l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la Sécurité sociale.

« Le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation de ces expérimentations avant le 1<sup>er</sup> octobre 2012. Ce rapport porte également sur la lutte contre la iatrogénie.

« En fonction du bilan des expérimentations présenté par le Gouvernement, dans les établissements et services mentionnés au I de l'article L. 313-12 du présent code, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 pourront comprendre l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la Sécurité sociale. Elles pourront comprendre également l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des dispositifs médicaux, produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du

même code ou, pour les établissements et services qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur ou qui ne partagent pas la pharmacie à usage intérieur d'un groupement de coopération sanitaire, de certains d'entre eux dont la liste est fixée par arrêté.

« Un arrêté des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale fixe la liste des spécialités pharmaceutiques, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et dispensées aux assurés hébergés dans les établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code, qui peuvent être prises en charge par les régimes obligatoires d'Assurance maladie en sus des prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2. Ces spécialités pharmaceutiques sont prises en charge dans les conditions de droit commun prévues par la section 4 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la Sécurité sociale. Les dépenses relatives à ces spécialités pharmaceutiques relèvent de l'objectif mentionné à l'article L. 314-3-1 du présent code. »

II.— Le premier alinéa de l'article L. 5126-6-1 du code de la santé publique est complété par trois phrases ainsi rédigées :

« La ou les conventions désignent un pharmacien d'officine référent pour l'établissement. Ce pharmacien concourt à la bonne gestion et au bon usage des médicaments destinés aux résidents. Il collabore également, avec les médecins traitants, à l'élaboration, par le médecin coordonnateur mentionné au V de l'article L. 313-12 du même code, de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans chaque classe pharmaco-thérapeutique. »

III.— À la fin de la première phrase du V de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, les mots « dont les missions sont définies par décret » sont remplacés par trois phrases ainsi rédigées : « Le médecin coordonnateur contribue, auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement, à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale. À cette fin, il élabore une liste, par classe pharmacothérapeutique, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents et avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien d'officine référent mentionné au premier alinéa de l'article L. 5126-6-1 du code de la santé publique. Ses autres missions sont définies par décret ».

#### **Amendement n° AS 127 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurtre**

*Après l'article 60*

Insérer l'article suivant :

Le premier alinéa de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« Les établissements de santé sont passibles, après qu'ils ont été mis en demeure de présenter leurs observations, d'une sanction financière en cas de manquement délibéré aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L. 162-22-6, d'erreur de codage imputable à l'établissement, réitérée malgré la notification à l'établissement de santé des règles de codage et de facturation opposables afférentes aux activités concernées ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée. »

#### **Amendement n° AS 128 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurtre**

*Après l'article 60*

Insérer l'article suivant :

Le troisième alinéa de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Son montant est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues. Il est calculé sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement et proportionnel au montant des indus encourus, dans la limite de 1 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement. Si le

contrôle porte sur une activité, une prestation en particulier ou des séjours présentant des caractéristiques communes, son montant, proportionnel au montant des indus encourus, est calculé sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes à cette activité, cette prestation ou ces séjours. Dans ce cas, le montant de la sanction ne peut dépasser 3 % des recettes annuelles afférentes à l'activité ciblée. En cas de récurrence, les taux sont respectivement portés à 3 % et 6 % ».

**Amendement n° AS 129 présenté par MM. Jean-Luc Prével et Claude Leteurre**

*Article 37*

Supprimer cet article.

**Amendement n° AS 130 présenté par MM. Jean-Luc Prével et Claude Leteurre**

*Article 37*

Supprimer l'alinéa 2.

**Amendement n° AS 131 présenté par MM. Jean-Luc Prével et Claude Leteurre**

*Article 37*

Avant l'alinéa 2, insérer l'alinéa suivant :

1°A À la première phrase du premier alinéa, avant les mots : « proposition du directeur de l'organisme local », sont insérés les mots : « Sur le fondement d'un programme régional établi par le directeur général de l'agence régionale de santé concernée après avis des fédérations régionales représentatives des établissements de santé publics et privés, sur »

**Amendement n° AS 132 présenté par MM. Jean-Luc Prével et Claude Leteurre**

*Article 37*

À l'alinéa 4, après les mots « des prises en charge sans hébergement », insérer les mots « ,ou en ambulatoire ».

**Amendement n° AS 135 présenté par MM. Jean-Luc Prével et Claude Leteurre**

*Article 38*

Après l'alinéa 1, insérer l'alinéa suivant :

« Le premier alinéa du I de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 28 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, et complété par la phrase :

« Un bilan du processus d'expérimentation de la procédure de facturation dérogatoire ci-dessus visée est transmis pour information au Parlement avant le 15 septembre de chaque année. »

**Amendement n° AS 136 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurtre**

*Article 40*

Supprimer cet article.

**Amendement n° AS 137 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurtre**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

Le III de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ce fonds finance les actions de restructuration des soins de ville. »

**Amendement n° AS 138 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurtre**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

I.– L'article L. 6133-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Une ou plusieurs autorisations d'activité de soins peuvent être exploitées, dans le cadre du groupement, par ses membres dans les conditions définies par la convention constitutive. Quel que soit le mode d'exploitation, au sein du groupement de coopération sanitaire de moyens, d'une autorisation d'activité de soins ou d'exploitation d'un équipement matériel lourd, le membre du groupement titulaire de cette autorisation sanitaire demeure seul responsable de son exploitation ».

II.– Le premier alinéa de l'article L. 6133-7 du code de la santé publique est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsqu'il est titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activité de soins et qu'il n'est composé que de membres ayant soit la qualité de personnes morales de droit public, soit celle de personnes morales de droit privé, le groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé avec les droits et obligations afférents. Lorsque le groupement de coopération sanitaire de droit privé ne comporte pour membres que des personnes de droit privé, il est érigé en établissement de santé privé. Lorsque le groupement de coopération sanitaire de droit public ne comporte pour membres que des personnes morales de droit public, il est érigé en établissement public de santé, par décision du directeur général de l'agence régionale de santé. Lorsque le groupement de coopération sanitaire est titulaire d'une ou plusieurs autorisation d'activité de soins et qu'il est composé de personnes de droit public et de personnes de droit privé, il n'est pas érigé en établissement de santé mais il est tenu de respecter l'ensemble des droits et obligations afférents aux établissements de santé ».

**Amendement n° AS 139 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurtre**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

« Afin de garantir l'accès aux soins à tous les assurés sociaux et de prendre en compte l'exercice en plateau technique lourd, les parties signataires de la convention médicale prévue à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale engagent une négociation en vue de la conclusion d'un avenant au règlement arbitral applicable aux médecins libéraux approuvé par arrêté du 3 mai 2010, permettant la mise en œuvre au plus tard le 15 juin 2011 du secteur conventionnel à caractère optionnel. »

**Amendement n° AS 140 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurre**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Après le cinquième alinéa de l'article L. 6112-3 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'établissement de santé ou la personne chargée de tout ou partie des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 assure, pour l'ensemble de son activité, à chaque patient qu'il accueille ou qu'il est susceptible d'accueillir, sa prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ou aux tarifs des honoraires du secteur conventionnel à caractère optionnel. »

**Amendement n° AS 141 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurre**

*Après l'article 41*

Insérer l'article suivant :

I.— Après la première phrase du premier alinéa du VII de l'article 33 de la loi 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour l'année 2004, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Cette mesure tient, notamment, compte des écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges salariales supportées par les catégories d'établissements visés à l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, lorsqu'à défaut de la correction desdits écarts de coûts, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du même code sont identiques pour les établissements visés au a, b et c de l'article L. 162-22-6 dudit code d'une part, et lorsque des tarifs nationaux des prestations pour l'ensemble des catégories d'établissements visés à l'article L. 162-22-10 du même code sont établis sur la base d'une convergence totale, à périmètre tarifaire comparable, d'autre part. »

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

1° Avant le dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 4° Un coefficient correcteur, s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés au 1° et 2° du I du présent article, correspondant aux écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale, lorsqu'à défaut de la correction desdits écarts de charges financières, les tarifs nationaux des prestations et les forfaits annuels susvisés sont identiques pour les établissements visés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 dudit code d'une part, et lorsque des tarifs nationaux des prestations pour l'ensemble des catégories d'établissements visés à l'article L. 162-22-10 du même code sont établis sur la base d'une convergence totale, à périmètre tarifaire comparable, d'autre part. »

2° En conséquence, dans la première phrase du II de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale, les références « 1° à 3° » sont remplacées par les références : « 1° à 4° ».

**Amendement n° AS 142 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurre**

*Article 41*

Compléter cet article par les mots suivants :

« sur la base du taux de prise en charge par le régime obligatoire ».

**Amendement n° AS 143 présenté par MM. Jean-Luc Prével et Claude Leteurtre**

*Article 37*

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

III.– À la fin du I de l'article 77 de la loi n° 2006-1640 du 19 décembre 2007, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Afin de mettre en place un nouveau mode de financement des activités de soins de suite et de réadaptation, une étude nationale de coûts à échelle commune aux secteurs hospitaliers publics et privés est instituée à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011. »

**Amendement n° AS 144 présenté par MM. Jean-Luc Prével et Claude Leteurtre**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

L'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« De nouvelles mesures ayant des incidences sur les charges hospitalières ne peuvent intervenir en cours d'année sans que leurs modalités de financement aient été intégrées dans la loi de financement de la sécurité sociale. »

**Amendement n° AS 145 présenté par MM. Jean-Luc Prével et Claude Leteurtre**

*Après l'article 37*

Insérer l'article suivant :

Après le deuxième alinéa de l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le montant du forfait journalier applicable en établissement de soins de suite et de réadaptation doit tenir compte de la durée moyenne du séjour. Ses différents montants sont fixés par arrêté ».

**Amendement n° AS 147 présenté par MM. Jean-Luc Prével et Claude Leteurtre**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

L'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« 9° de publier annuellement un bilan national et comparatif par région, quantitatif et qualitatif, de la prévalence des actes et interventions chirurgicales réalisés par les établissements de santé.

La caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées ci-dessus, un pouvoir de contrôle sur les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et primaires d'assurance maladie. »

**Amendement n° AS 148 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurtre**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Le premier alinéa de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Il est créé au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie prévu au 4° de l'article LO. 111-3, deux dotations, une dotation nationale de financement des missions de service public prévues à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique d'une part et une dotation de financement des aides à la contractualisation d'autre part. La dotation de financement des missions de service public permet le financement des engagements relatifs aux missions mentionnées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique à l'exception des formations prises en charge par la région en application des articles L. 4151-9, L. 4244-1 et L. 4383-5 du même code. La dotation de financement des aides à la contractualisation contribue au financement des engagements relatifs à la mise en œuvre des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire, à ceux visant à améliorer la qualité des soins ou à répondre aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, notamment la création de communautés hospitalières de territoire, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-1-7, à ceux relatifs à la mise en œuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements. »

**Amendement n° AS 149 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurtre**

*Article 47*

Supprimer cet article.

**Amendement n° AS 151 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurtre**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

I.– À la première phrase du huitième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « et pour une période n'excédant pas deux ans », sont remplacés par les mots : « jusqu'au 31 décembre 2012 ».

« À la première phrase du neuvième alinéa, la date : « 1<sup>er</sup> octobre 2010 », est remplacée par la date : « 1<sup>er</sup> octobre 2012 ».

« Au dixième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, la date : « 1<sup>er</sup> janvier 2011 » est remplacée par la date : « 1<sup>er</sup> janvier 2013 ».

II.– À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013, le septième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est supprimé.

**Amendement n° AS 152 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurtre**

*Après l'article 43*

Insérer l'article suivant :

I.— Au dixième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, la date : « 1<sup>er</sup> janvier 2011 » est remplacée par la date : « 1<sup>er</sup> janvier 2013 ».

II.— À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013, le septième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est supprimé.

**Amendement n° AS 153 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurtre**

*Après l'article 43*

Insérer l'article suivant :

Après le deuxième alinéa de l'article L. 314-4 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Au sein des structures ayant signé une convention prévue à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, la prise en compte des tarifs plafonds, ainsi que les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds ne s'appliquent que si le tarif moyen au sein de la structure gestionnaire est supérieur au tarif plafond fixé par arrêté interministériel. »

**Amendement n° AS 157 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurtre**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

Il est inséré au code de la sécurité sociale un article L. 162-31-2, ainsi rédigé :

« *Art L. 162-31-2.* – L'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut autoriser à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009, pour une période n'excédant pas trois ans, de nouveaux modes de prise en charge et de financement par l'assurance maladie des frais d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire d'actes chirurgicaux exercés dans un cabinet libéral en dehors d'un établissement de santé. »

« Cette autorisation prévoit un cahier des charges : qualité des soins, convention entre le cabinet médical et un établissement de santé pour la prise en charge d'éventuelles complications. »

« Le montant des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférents aux frais de transports entrant dans le champ de cette expérimentation est pris en compte dans les objectifs de dépenses mentionnés aux articles L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale. »

**Amendement n° AS 158 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurtre**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

« L'article L. 6111-7 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'État précisera les actes, notamment les interventions sans anesthésie générale, en particulier les interventions pour la cataracte effectuées avec un simple collyre anesthésique peuvent être effectuées en cabinet ».

**Amendement n° AS 159 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurtre**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

« L'article L. 4211-1 du code la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La dispensation de médicaments effectuée sous la responsabilité d'un pharmacien d'officine avec déconditionnement et reconditionnement individualisé et sécurisé ne correspond pas à une nouvelle autorisation de mise sur le marché. »

**Amendement n° AS 160 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurtre**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

L'article L. 4211-1 du code la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les piluliers permettant la préparation des doses de médicaments administrés (PDA) pour les personnes âgées dépendantes à domicile peuvent être préparés en officine, les modalités seront définies par décret pris en Conseil d'État. »

**Amendement n° AS 162 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurtre**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Il est inséré au code de la santé publique un article ainsi rédigé :

« Art. L. 6161-4-1. – Afin de remédier à une difficulté d'accès aux soins constatée par l'agence régionale de santé, un établissement de santé ou un titulaire d'autorisation peut être assujéti, par son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1, à garantir, pour certaines disciplines ou spécialités et dans une limite fixée par décret, une proportion minimale d'actes facturés sans dépassement d'honoraires, en dehors de ceux délivrés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé et des situations d'urgence. L'établissement de santé ou le titulaire de l'autorisation modifie le cas échéant les contrats conclus pour l'exercice d'une profession médicale mentionnés au premier et deuxième alinéa de l'article L. 4113-9. Le refus par le praticien de réviser son contrat en constitue un motif de rupture sans faute. »

**Amendement n° AS 163 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurtre**

*Avant l'article 48*

Insérer l'article suivant :

L'article L. 43 du code des pensions civiles et militaires est supprimé.

**Amendement n° AS 169 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurre**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

Le I de l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale est supprimé.

**Amendement n° AS 171 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurre**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

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

« 21° Le contenu et les contreparties financières liées aux engagements individuels de médecins conventionnés. Ces engagements peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, la participation à la permanence de soins, le contrôle médical, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de la formation et de l'information des professionnels. »

**Amendement n° AS 172 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurre**

*Après l'article 60*

Insérer l'article suivant :

Au 3° du IV de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale, après les mots : « réception de l'avis », est inséré le mot : « conforme ».

**Amendement n° AS 175 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurre**

*Après l'article 48*

Insérer l'article suivant :

Dans les six mois après la publication de la présente loi, est créé un comité de pilotage national chargé de piloter les trois régimes de retraite des médecins libéraux. Ce comité est composé des représentants de l'État, des caisses d'assurance maladie, des syndicats médicaux représentatifs et de la caisse autonome de retraite des médecins de France.

**Amendement n° AS 176 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurre**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

L'article L. 1142-21-1 du code de la santé publique est abrogé.

**Amendement n° AS 177 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurtre**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

I. – Le quatrième alinéa de l'article L. 1142-15 du code de la santé publique est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque la personne responsable des dommages est un professionnel de santé, l'office est subrogé, à concurrence des sommes versées, dans les droits de la victime contre ce professionnel de santé ou, le cas échéant, son assureur, sauf dans les cas suivants : soit le délai de validité de la couverture d'assurance garantie par les dispositions du cinquième alinéa de l'article L. 251-2 du code des assurances est expiré, soit les plafonds de garantie prévus dans les contrats d'assurance en application des dispositions du troisième alinéa de l'article L. 1142-2 du présent code sont dépassés. »

« Lorsque la personne responsable des dommages est une personne morale, l'office est subrogé, à concurrence des sommes versées, dans les droits de la victime contre cette personne morale ou, le cas échéant, son assureur, sauf dans le cas où le délai de validité de la couverture d'assurance garantie par les dispositions du cinquième alinéa de l'article L. 251-2 du code des assurances est expiré.

« Dans tous les cas où l'office est subrogé dans les droits de la victime il peut en outre obtenir remboursement des frais d'expertise. »

II. – Après l'article L. 1142-15 du même code, il est inséré un article L. 1142-15-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 1142-15-1. – Lorsqu'un professionnel de santé régi, au moment des faits, par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ou le règlement arbitral mentionné à l'article L. 162-14-2 du même code, est condamné par une juridiction à réparer les dommages subis par la victime et que la couverture d'assurance prévue à l'article L. 1142-2 est épuisée ou que le délai de validité de la couverture d'assurance garantie par les dispositions du cinquième alinéa de l'article L. 251-2 du code des assurances est expiré, l'office institué à l'article L. 1142-22 est substitué à l'assureur et il n'est pas subrogé dans les droits de la victime contre le professionnel de santé ou ses héritiers ».

**Amendement n° AS 180 présenté par M. Guy Lefrand**

*Après l'article 43*

Insérer l'article suivant :

À titre expérimental, et pour une durée de trois ans à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011, les contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique intègrent des objectifs en matière de dialyse à domicile.

Si, à la fin de chacune des trois années d'expérimentation, il est constaté que des économies ont été réalisées par rapport à l'objectif, l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'organisme local d'assurance maladie de verser à l'établissement de santé une fraction des économies réalisées.

**Amendement n° AS 181 présenté par M. Guy Lefrand**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

Le septième alinéa de l'article L. 1434-9 du code la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces autorisations veillent à développer les modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation. »

**Amendement n° AS 182 présenté par M. Guy Lefrand**

*Article 20*

Supprimer cet article.

**Amendement n° AS 183 présenté par M. Guy Lefrand**

*Article 20*

I.– Supprimer le 3°.

II.– Dans le 1° et le 2°, substituer aux mots : « sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros », les mots : « pour leur part du chiffre d'affaires remboursable à 30 millions d'euros. »

**Amendement n° AS 184 présenté par M. Guy Lefrand**

*Article 41*

Compléter cet article par les mots : « sur la base du taux de prise en charge par le régime obligatoire ».

**Amendement n° AS 185 présenté par M. Guy Lefrand**

*Après l'article 60*

Insérer l'article suivant :

Le premier alinéa de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« Les établissements de santé sont passibles, après qu'ils ont été mis en demeure de présenter leurs observations, d'une sanction financière en cas de manquement délibéré aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L. 162-22-6, d'erreur de codage imputable à l'établissement, réitérée malgré la notification à l'établissement de santé des règles de codage et de facturation opposables afférentes aux activités concernées ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée. »

**Amendement n° AS 186 présenté par M. Guy Lefrand**

*Article 40*

Supprimer cet article.

**Amendement n° AS 187 présenté par M. Guy Lefrand**

*Article 37*

Supprimer cet article.

**Amendement n° AS 188 présenté par M. Guy Lefrand**

*Après l'article 49*

Insérer l'article suivant :

Après le huitième alinéa de l'article 41 de la loi n°98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999, sont insérés les alinéas suivants :

« À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011, le bénéfice de l'allocation anticipée d'activité est ouvert aux salariés ou anciens salariés qui remplissent les conditions suivantes :

« 1° Avoir travaillé dans un secteur d'activité figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargé de travail, de la sécurité sociale et du budget ;

« 2° Avoir exercé un métier figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget ;

« 3° Avoir atteint un âge déterminé, qui pourra varier en fonction de la durée du travail effectué dans le secteur d'activité, sans pouvoir être inférieur à cinquante ans. »

**Amendement n° AS 189 présenté par M. Guy Lefrand**

*Article 49*

À l'alinéa 4, substituer aux mots : « la date du premier certificat médical établissant le lien entre la maladie et l'exposition à l'amiante », les mots : « la date de consolidation de la maladie liée à l'exposition à l'amiante ».

**Amendement n° AS 192 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 12*

Insérer l'article suivant :

I.— L'article 81 *quater* du code général des impôts est supprimé.

II.— Les articles L. 241-17 et L. 241-18 du code de la sécurité sociale sont supprimés.

**Amendement n° AS 193 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Article 10*

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« Les I à IV de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale sont supprimés. »

**Amendement n° AS 194 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Article 11*

Rédiger ainsi l'alinéa 2 :

« Au sixième alinéa de l'article L. 137-13 du code de la sécurité sociale, le taux : « 10 % », est remplacé par le taux : « 20 % . »

**Amendement n° AS 195 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Article 11*

Rédiger ainsi l'alinéa 3 :

« Au premier alinéa de l'article L. 137-14 du code de la sécurité sociale, le taux : « 2,5 % », est remplacé par le taux : « 10 % . »

**Amendement n° AS 196 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 13*

Insérer l'article suivant :

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011, les entreprises d'au moins vingt salariés, dont le nombre de salariés à temps partiel est au moins égal à 25 % du nombre total de salariés de l'entreprise, sont soumises à une majoration de 10 % des cotisations dues par l'employeur au titre des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales pour l'ensemble de leurs salariés à temps partiel.

**Amendement n° AS 197 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 12*

Insérer l'article suivant :

Au III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, après les mots : « celui qui correspond à la durée de travail prévue au contrat », est insérée la phrase suivante :

« Le montant de réduction ainsi calculé fait ensuite l'objet d'un abattement d'un pourcentage équivalent à la moitié de l'écart entre la durée de travail prévue au contrat et un temps plein. »

**Amendement n° AS 198 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 13*

Insérer l'article suivant :

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011, une majoration des cotisations dues par les employeurs au titre des assurances sociales, est appliquée dans des conditions fixées par décret, en fonction de l'effectif des salariés de cinquante-cinq ans et plus de l'entreprise et des conditions d'emploi du bassin d'emplois concerné.

**Amendement n° AS 199 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 12*

Insérer l'article suivant :

Le I de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale est complété par la phrase suivante :

« Cette réduction ne s'applique qu'à raison des gains et rémunérations versés aux mille premiers salariés de l'entreprise, dans des conditions fixées par décret ».

**Amendement n° AS 200 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 12*

Insérer l'article suivant :

Le I de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale est complétée par la phrase suivante :

« Cette réduction ne s'applique qu'à raison des gains et rémunérations versés aux cinq cents premiers salariés de l'entreprise, dans des conditions fixées par décret ».

**Amendement n° AS 201 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 12*

Insérer l'article suivant :

Lorsqu'une entreprise n'est pas couverte par un accord salarial d'entreprise de moins de deux ans en application de l'article L. 2242-8 du code du travail ou par un accord salarial de branche de moins de deux ans en application de l'article L. 2241-8 du code du travail, le montant de la réduction des cotisations sociales visées à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale est diminuée de 10 % au titre des rémunérations versées cette même année et jusqu'à ce que l'entreprise soit couverte par un nouvel accord.

**Amendement n° AS 203 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Avant l'article 48*

Insérer l'article suivant :

Le Gouvernement remet au Parlement avant le 31 mars 2011, un rapport sur les conditions de validation des périodes d'études en contrepartie du versement d'une cotisation volontaire supplémentaire à la cotisation d'assurance vieillesse pour les personnes affiliées au régime général de sécurité sociale.

**Amendement n° AS 204 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 13*

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 137-15-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 137-15-1. – Les rémunérations différées visées aux articles L. 225-42-1 et L. 225-90-1 du code du commerce sont soumises à la contribution fixée à l'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale. Le taux de la contribution applicable à ces rémunérations est fixé à 20 %. »

**Amendement n° AS 205 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 13*

Insérer l'article suivant :

Le deuxième alinéa de l'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale est supprimé.

**Amendement n° AS 206 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Article 13*

Au dernier alinéa, substituer au taux : « 6 % », le taux : « 20 % ».

**Amendement n° AS 207 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 13*

Insérer l'article suivant :

I.– Au huitième alinéa de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale, après les mots : « à l'article 150-0 D *bis* », sont insérés les mots : « , à l'article 151 *septies* B ».

II.– Le 2° du I de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , le cas échéant retenues avant application de l'abattement prévu au I de l'article 150 VC du même code » ».

III.— Dans la deuxième phrase du a) du 4 du I de l'article 1649-0 A, les mots : « dans les conditions prévues aux articles 150 V à 150 VE », sont remplacés par les mots : « pour leur montant net soumis à la contribution sociale généralisée en application du 2° du I de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale ».

**Amendement n° AS 208 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 13*

Insérer l'article suivant :

Au huitième alinéa de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale, après les mots : « à l'article 150-0 D *bis* », sont insérés les mots : « , au I du 1° du I de l'article 31 ».

**Amendement n° AS 209 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 13*

Insérer l'article suivant :

I.— Le 2° du I de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , le cas échéant retenues avant application de l'abattement prévu au II de l'article 150 VC du même code » ».

II.— Dans la deuxième phrase du a du 4 du I de l'article 1649-0 A, les mots : « dans les conditions prévues aux articles 150 V à 150 VE », sont remplacés par les mots : « pour leur montant net soumis à la contribution sociale généralisée en application du 2° du I de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale ».

III.— Cette disposition est applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011.

**Amendement n° AS 213 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Avant l'article 48*

Insérer l'article suivant :

Un rapport du Gouvernement sera déposé au Parlement avant le 30 juin 2011, sur les conditions de prise en compte pour les jeunes demandeurs d'emploi en fin de droit de l'assurance chômage, des périodes de versement du revenu de solidarité « jeunes », comme périodes assimilées à des période d'assurance pour la détermination du droit à pension ou rente.

**Amendement n° AS 214 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 23*

Insérer l'article suivant :

Un bilan d'évaluation annuel des dispositifs ciblés d'exonération des cotisations de sécurité sociale est transmis au Parlement avant l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

**Amendement n° AS 217 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Avant l'article 48*

Insérer l'article suivant :

Le Gouvernement évaluera les conditions de suppression de la condition d'âge prévue pour la majoration de la pension de réversion créée par l'article 74 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009. Ses conclusions feront l'objet d'un rapport déposé devant le Parlement avant le 31 mars 2011.

**Amendement n° AS 218 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Avant l'article 48*

Insérer l'article suivant :

Le Gouvernement évaluera les conditions de l'ouverture des droits à pension de réversion aux personnes liées par un pacte civil de solidarité. Ses conclusions feront l'objet d'un rapport déposé devant le Parlement avant le 31 mars 2011.

**Amendement n° AS 220 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Avant l'article 48*

Insérer l'article suivant :

Le Gouvernement évaluera les conditions d'extension de la revalorisation du minimum vieillesse aux conjoints, aux concubins et aux partenaires liés par un pacte civil de solidarité. Ses conclusions feront l'objet d'un rapport déposé devant le Parlement avant le 31 mars 2011.

**Amendement n° AS 221 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Avant l'article 48*

Insérer l'article suivant :

Un rapport du Gouvernement sera déposé au Parlement avant le 30 juin 2011, sur les conditions de prise en compte pour les demandeurs d'emploi en fin de droit de l'assurance chômage, des périodes de versement de l'aide exceptionnelle ou du revenu de solidarité active, comme périodes assimilées pour la détermination du droit à pension ou rente.

**Amendement n° AS 222 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Article 2*

Compléter l'annexe A par l'alinéa suivant :

« Le Gouvernement au lieu de prendre des mesures structurelles pour stopper l'accroissement de la dette, a fait le choix d'une autorisation de découvert auprès de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et d'un programme d'émission de billets de trésorerie par la caisse des dépôts à hauteur de 61,6 milliards d'euros pour 2010. »

**Amendement n° AS 224 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Article 9*

Supprimer cet article.

**Amendement n° AS 225 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 18*

Insérer l'article suivant :

Un rapport sur les conditions d'accès à une couverture complémentaire pour les personnes résidant en France accompagné d'un bilan de l'accès aux aides à l'acquisition d'une telle couverture mais aussi de l'accès à la couverture maladie universelle (CMU)-C, est présenté au Parlement avant le 30 septembre 2010 afin de pouvoir prendre d'éventuelles mesures en conséquence dans l'élaboration de la prochaine loi de finance.

**Amendement n° AS 226 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Article 19*

À l'alinéa 1, substituer au nombre : « 0,5 % », le nombre : « 0,4 % »

**Amendement n° AS 228 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Article 29*

Supprimer cet article.

**Amendement n° AS 229 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 43*

Insérer l'article suivant :

Le deuxième alinéa de l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles est supprimé.

**Amendement n° AS 230 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

Un rapport sur l'évaluation de l'application de l'article 52 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 sera présenté tous les ans au Parlement avant le 30 septembre. Ce rapport devra permettre d'évaluer les conséquences en termes d'accès aux soins de l'application de cet article.

**Amendement n° AS 233 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Article 34*

I.– À l'alinéa 5, substituer à la date : « 15 octobre », la date : « 1<sup>er</sup> octobre ».

II.– Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« Cet avis est rendu public et transmis au Parlement. »

**Amendement n° AS 234 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Le premier alinéa de l'article L 162-15 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les fédérations représentatives de l'hospitalisation publique et privée sont également consultées par l'union nationale des caisses d'assurances maladie sur les dispositions conventionnelles susceptibles de comporter des incidences sur le financement et le fonctionnement des établissements de santé ».

**Amendement n° AS 235 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

Le II de l'article L. 162-5-13 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« II – Les médecins autorisés à pratiquer, en vertu des conventions prévues à l'article L. 162-5, des honoraires supérieurs aux tarifs qu'elles fixent doivent effectuer au minimum cinquante pour cent de leur activité au tarif fixé par la convention dont ils relèvent. »

**Amendement n° AS 236 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

La deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7 est complétée par une phrase ainsi rédigée :

« et des représentants des fédérations représentatives de l'hospitalisation ».

**Amendement n° AS 237 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Le premier alinéa de l'article L. 162-1-13 est complété par les mots suivants : «... et des représentants des fédérations représentatives de l'hospitalisation ».

**Amendement n° AS 239 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

Après le premier alinéa de l'article L. 4113-13 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les conventions conclues entre les membres des professions médicales et les entreprises ou établissements mentionnés au premier alinéa doivent être rendues publiques. Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »

**Amendement n° AS 240 présenté par Mme Danielle Hoffman-Rispal et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 43*

Insérer l'article suivant :

I.– À la première phrase du huitième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « et pour une période n'excédant pas deux ans », sont remplacés par les mots : « jusqu'au 31 décembre 2012 ».

II.– À la première phrase du neuvième alinéa, l'année : « 2010 », est remplacée par l'année : « 2012 ».

III.– Au dixième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, l'année : «2011 », est remplacée par l'année : « 2013 ».

IV.– À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013, le septième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est supprimé.

**Amendement n° AS 241 présenté par Mme Danielle Hoffman-Rispal et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

L'article 64-IV de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 est supprimé.

**Amendement n° AS 242 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 43*

Insérer l'article suivant :

Un rapport est établi par l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale des finances et remis au Parlement dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi, sur les écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale entre les différentes catégories d'établissements et services sociaux et médico-sociaux concernés par la mise en œuvre de tarifs plafonds ou de mécanismes de convergence tarifaire.

**Amendement n° AS 243 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Après le septième alinéa de l'article L. 6114-2 du code de la santé publique sont insérés les alinéas suivants :

« Les contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 déterminent les orientations stratégiques des établissements de santé ou des titulaires de l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 et des groupements de coopération sanitaire sur la base du projet régional de santé défini à l'article L. 1434-1, notamment du schéma régional d'organisation des soins défini aux articles L. 1434-7 et L. 1434-9 ou du schéma interrégional défini à l'article L. 1434-10.

« Ils identifient les services au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et définissent, pour chacun d'entre eux, le nombre de référents en soins palliatifs qu'il convient de former ainsi que le nombre de lits qui doivent être identifiés comme des lits de soins palliatifs.

« Ils précisent leurs engagements relatifs à la mise en œuvre de la politique nationale d'innovation médicale et de recours, ainsi que leurs autres engagements, notamment de retour à l'équilibre financier, qui peuvent donner lieu à un financement par la dotation prévue à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale.

« Ils précisent les engagements pris par l'établissement de santé ou le titulaire de l'autorisation en vue de la transformation de ses activités et de ses actions de coopération.

« Les contrats fixent, le cas échéant par avenant, les éléments relatifs aux missions de service public prévus au dernier alinéa de l'article L. 6112-2 ainsi que ceux relatifs à des missions de soins ou de santé publique spécifiques qui sont assignées à l'établissement de santé ou au titulaire de l'autorisation par l'agence régionale de santé. Ils fixent également les objectifs quantifiés des activités de soins et équipements matériels lourds pour lesquels une autorisation a été délivrée et en définissent les conditions de mise en œuvre.

« Les contrats sont signés ou révisés au plus tard six mois après la délivrance de l'autorisation ou l'attribution d'une mission de service public. À défaut de signature du contrat ou de l'avenant dans ce délai, l'agence

régionale de santé fixe les objectifs quantifiés et les pénalités prévues à l'article L. 6114-1 et les obligations relatives aux missions de service public qu'elle assigne ainsi que, le cas échéant, les modalités selon lesquelles est calculée leur compensation financière.

« Lorsque les établissements publics de santé réalisent une activité supérieure aux engagements pris dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, l'appréciation portée par le directeur général de l'agence régionale de santé sur cet excédent d'activité tient compte des nécessités liées à l'accomplissement des missions de service public et aux besoins d'accès de la population à des actes de chirurgie à tarifs opposable. »

**Amendement n° AS 244 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 60*

Insérer l'article suivant :

Le premier alinéa de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« Les établissements de santé sont passibles, après qu'ils ont été mis en demeure de présenter leurs observations, d'une sanction financière en cas de manquement délibéré aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L. 162-22-6, d'erreur de codage imputable à l'établissement, réitérée malgré la notification à l'établissement de santé des règles de codage et de facturation opposables afférentes aux activités concernées ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée. »

**Amendement n° AS 245 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Article 37*

Supprimer cet article.

**Amendement n° AS 246 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Il est inséré au code de la santé publique un article L. 6122-19 ainsi rédigé :

« Art. L. 6122-19. – Un régime d'autorisation expérimental sera mis en place, à compter de juin 2011 et pour une durée de 3 ans, par les agences régionales de santé sur la base du volontariat de manière à constituer au sein des territoires de santé des plateaux d'imagerie complets, mutualisés, faisant intervenir des équipes spécialisées. »

**Amendement n° AS 247 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 41*

Insérer l'article suivant :

Le VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est supprimé.

**Amendement n° AS 248 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

L'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, est complété par un alinéa ainsi rédigé :

«4° pour les établissements privés autres que les établissements privés non lucratifs, les tarifs intègrent les honoraires des médecins libéraux. »

**Amendement n° AS 249 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Avant l'article 47*

Insérer l'article suivant :

Le II *bis* de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Elle tient compte pour chaque région des indicateurs de santé publique et du niveau de recours aux soins de la population. »

**Amendement n° AS 250 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Après le neuvième alinéa de l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 9° de publier annuellement un bilan national et comparatif par région, quantitatif et qualitatif, de la prévalence des actes et interventions chirurgicales réalisés par les établissements de santé. »

**Amendement n° AS 251 présenté par Mme Danielle Hoffman-Rispal et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

À la fin du sixième alinéa de l'article L. 314 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « Ils intègrent l'objectif de réduction progressive des inégalités dans l'allocation des ressources entre régions... », sont supprimés.

**Amendement n° AS 252 présenté par Mme Danielle Hoffman-Rispal et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 41*

Insérer l'article suivant :

Le troisième alinéa de l'article L. 174-6 du code de la sécurité sociale est supprimé.

**Amendement n° AS 253 présenté par Mme Martine Carrillon-Couvreur et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

L'article 63 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 est supprimé.

**Amendement n° AS 254 présenté par Mme Martine Carrillon-Couvreur et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Les 13° et 14° de l'article 124 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 sont supprimés.

**Amendement n° AS 259 présenté par Mme Martine Carrillon-Couvreur et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

La procédure d'appel à projets n'est pas applicable aux extensions excédant les seuils fixés au I du présent article lorsque ces extensions ont été prévues dans un contrat défini aux articles L. 313-11 à L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles et conclu avant le 1<sup>er</sup> juillet 2010 entre l'autorité compétente et l'organisme gestionnaire.

**Amendement n° AS 260 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

L'article L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Afin de développer les modes de transports les plus efficaces, l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, met en place au niveau des territoires de santé des centres de régulation, chargés de proposer au patient le mode de transport le plus adapté à son état. Les établissements et les ambulanciers passent convention avec les centres de régulation sur la base d'un cahier des charges qui fixe les modalités d'organisation et de régulation des transports sur le territoire de santé. »

**Amendement n° AS 261 présenté par Mme Catherine Génisson et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Avant l'article 47*

Insérer l'article suivant :

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011, une expérimentation sur trois ans sera conduite par les agences régionales de santé afin d'organiser une péréquation interrégionale de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie hospitalier, dont la répartition reposera sur des indicateurs permettant de tenir compte des besoins de santé publique suivant les différentes régions.

**Amendement n° AS 263 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Avant l'article 47*

Insérer l'article suivant :

Le deuxième alinéa de l'article L. 162-22-15 du code de la sécurité sociale est complété par la phrase suivante :

« Les mesures prises en cours d'année par le gouvernement en vue de compenser un éventuel dépassement de l'objectif national de dépenses de l'assurance-maladie hospitalier portent de manière équilibrée sur les différentes modalités de financement des établissements. »

**Amendement n° AS 264 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Article 47*

I. – Dans la deuxième ligne de la deuxième colonne du tableau de l'alinéa 2, substituer au nombre : « 77,3 », le nombre : « 76,3 ».

II. – En conséquence, dans la dernière ligne de la deuxième colonne du même tableau, substituer au nombre : « 167,1 », le nombre : « 166,1 ».

**Amendement n° AS 266 présenté par Mme Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 51*

Insérer l'article suivant :

Dans la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale, le chiffre : « trois », est remplacé par le chiffre : « deux ».

**Amendement n° AS 267 présenté par Mmes Marisol Touraine et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Article 54*

Supprimer cet article.

**Amendement n° AS 268 présenté par Mme Catherine Lemorton et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

Après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Afin de bien déterminer l'amélioration du service médical rendu, l'inscription sur la liste est subordonnée à la réalisation d'essais cliniques versus des stratégies thérapeutiques pour la ou les mêmes pathologies. »

**Amendement n° AS 269 présenté par Mme Catherine Lemorton et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

Le premier alinéa de l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale est complété par la phrase suivante :

« Elle veille aussi à ce que les sites informatiques qui ne sont pas encore certifiés dédiés à la santé affichent sur leur page d'accueil des hyperliens vers les sites informatiques publics français dédiés à la santé et aux médicaments. »

**Amendement n° AS 270 présenté par Mme Catherine Lemorton et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

I.- L'article L. 5311-2 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

«6° Met en œuvre, en liaison avec la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, avant le 1er janvier 2011, un répertoire des équivalents thérapeutiques. Ce répertoire a pour objet de lister, par classe thérapeutique, les spécialités de référence, leurs spécialités génériques ainsi que les spécialités considérées comme équivalents thérapeutiques conformément au 17° de l'article L. 5121-1 du présent code. Il comprend pour chacune des spécialités recensées, des données relatives à la situation au regard du remboursement, du prix public et du coût moyen de traitement. Un décret fixe les conditions dans lesquelles ce répertoire est rendu gratuitement accessible au public.»

II.- En conséquence, l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 17° Équivalent thérapeutique d'une spécialité de référence, celle dont la structure chimique est proche de la spécialité de référence, qui bénéficie d'un mode ou un mécanisme d'action similaire et du même mode d'administration que la spécialité de référence pour les indications qu'elles ont en commun. Une spécialité est considérée comme un équivalent thérapeutique d'une spécialité de référence dès lors qu'elle apporte le même effet thérapeutique, quelque soit son dosage, et présente un profil de sécurité similaire. Ne peuvent être considérées comme équivalents thérapeutiques d'une spécialité de référence que les spécialités pharmaceutiques qui n'apportent pas, pour l'indication commune, d'amélioration en terme d'efficacité ou de tolérance selon le niveau d'amélioration du service médical rendu apprécié par la commission mentionnée à l'article R. 163-15 du code de la sécurité sociale. »

**Amendement n° AS 271 présenté par Mme Catherine Lemorton et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

L'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale est complété par l'alinéa suivant :

« La Haute autorité de santé tient à jour, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État, une liste des médicaments classés selon le niveau d'amélioration du service médical rendu pour chacune de leurs indications. »

**Amendement n° AS 272 présenté par Mme Catherine Lemorton et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

Le premier alinéa de l'article L. 1161-3 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Il est interdit pour une entreprise pharmaceutique de conduire tout contact personnalisé et toute démarche directe d'information, de formation ou d'éducation à destination du public relative à un médicament prescrit. »

**Amendement n° AS 273 présenté par Mme Catherine Lemorton et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

La dernière phrase de l'article L. 1161-4 du code de la santé publique est supprimée.

**Amendement n° AS 274 présenté par Mme Catherine Lemorton et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

Au troisième alinéa de l'article L. 1161-1 du code de la santé publique, après les mots : « contact direct », sont insérés les mots : « ou indirect ».

**Amendement n° AS 275 présenté par Mme Catherine Lemorton et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

Au troisième alinéa de l'article L. 1161-5 du code de la santé publique, après les mots : « contact direct », sont insérés les mots : « ou indirect ».

**Amendement n° AS 276 présenté par Mme Catherine Lemorton et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

Le quatrième alinéa du I de l'article L. 162-73-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Le comité comprend, outre son président et deux vice-présidents choisis par l'autorité compétente de l'État en raison de leur compétence dans le domaine de l'économie de la santé, quatre parlementaires désignés conjointement par les présidents de l'Assemblée nationale et du Sénat, quatre représentants désignés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, trois représentants des caisses nationales d'assurance maladie et un représentant de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, deux représentants désignés par les organisations hospitalières les plus représentatives. »

**Amendement n° AS 278 présenté par Mme Catherine Lemorton et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 5121-10 du code de santé publique est supprimée.

**Amendement n° AS 279 présenté par Mme Catherine Lemorton et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

À l'article L. 5121-10 du code de la santé publique, la phrase : « Préalablement à cette commercialisation, le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de la spécialité générique informe le directeur général de l'agence des indications, formes pharmaceutiques et dosages de la spécialité de référence pour lesquels les droits de propriété intellectuelle n'ont pas expiré » est supprimée.

**Amendement n° AS 280 présenté par Mme Michèle Delaunay et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 35*

Insérer l'article suivant :

Le ministre chargé de la santé soumet à l'avis de la Haute Autorité de santé l'inscription du second avis des experts anatomopathologistes sur la liste des actes médicaux pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie établie selon les modalités définies par l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

**Amendement n° AS 281 présenté par Mme Michèle Delaunay et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

En conformité avec l'article L. 162-38 du code de la sécurité sociale et en accord avec l'objectif d'amélioration de la couverture vaccinale contre le Human papillomavirus du deuxième plan cancer, le ministre chargé de la santé réévalue le prix des vaccins Human papillomavirus.

**Amendement n° AS 283 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Article 10*

Substituer à l'alinéa 7 deux alinéas ainsi rédigés :

« b) Le 1° est ainsi rédigé : « Soit sur les rentes liquidées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2001, la contribution dont le taux est fixé à 35 % est à la charge de l'employeur, versée par l'organisme payeur et recouvrée et contrôlée dans les mêmes conditions que la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 due sur ces rentes »

« c) Au dernier alinéa du 2°, les taux « 12 % » et « 24 % » sont remplacés respectivement par les taux « 20 % » et « 50 % ».

**Amendement n° AS 284 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Article 10*

À l'alinéa 9, substituer au taux : « 14% », le taux : « 25 % ».

**Amendement n° AS 285 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Article 10*

Après l'alinéa 9, insérer l'alinéa suivant :

« Au II *bis* de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale, substituer au chiffre : « huit », le chiffre : « quatre ».

**Amendement n° AS 286 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Article 10*

Après l'alinéa 7, insérer l'alinéa suivant :

« 3° *bis* Le IV de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale est supprimé »

**Amendement n° AS 287 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Article 11*

Rédiger ainsi cet article :

« I.— Au premier alinéa du I de l'article L. 137-13 et au premier alinéa de l'article L. 137-14 du code de la sécurité sociale, après les mots : « au profit des régimes obligatoires d'assurance maladie », sont insérés les mots : « et d'assurance vieillesse ».

« II.— Au II de l'article L. 137-13 du même code, le taux : « 10 % » est remplacé par le taux : « 40 % ».

« III.— Au premier alinéa de l'article L. 137-14 du même code, le taux : « 2,5 % » est remplacé par le taux : « 10 % ».

**Amendement n° AS 288 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Article 12*

Rédiger ainsi cet article :

« L'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale est supprimé »

**Amendement n° AS 289 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Après l'article 12*

Insérer l'article suivant :

I.– Les articles L. 241-17 et L. 241-18 du code de la sécurité sociale sont abrogés.

II.– En conséquence, l'article 81 quater du code général des impôts est abrogé.

**Amendement n° AS 290 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Après l'article 13*

Insérer l'article suivant :

I.– Au chapitre V du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale, il est créé une section 6 intitulée « contribution des revenus financiers des sociétés financières et non financières » comprenant l'article L. 245-16.

« Article L. 245-17 – Les revenus financiers des prestataires de service visés au Livre V du code monétaire et financier entendus comme la somme des dividendes bruts et des intérêts nets reçus, sont assujettis à une contribution d'assurance vieillesse dont le taux est égal à la somme des taux de cotisation d'assurance vieillesse à la charge des employeurs mentionnés à l'article D. 242-4 du code de la sécurité sociale.

« Les revenus financiers des sociétés tenues à l'immatriculation au registre du commerce et des sociétés conformément à l'article L. 123-1 du code du commerce, à l'exclusion des prestataires visés au premier alinéa du présent article, entendus comme la somme des dividendes bruts et assimilés et des intérêts bruts perçus, sont assujettis à une contribution d'assurance vieillesse dont le taux est égal à la somme des taux de cotisation d'assurance vieillesse à la charge des employeurs mentionnés à l'article D. 242-4 du code de la sécurité sociale.

« Les contributions prévues au présent article ne sont pas déductibles de l'assiette de l'impôt sur les sociétés.

« Un décret fixe la clé de répartition de ces ressources entre les différentes branches des régimes obligatoires de base de sécurité sociale. »

II.– À l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale, il est créé un 5° *ter*

« 5° *ter* Le recouvrement de la contribution mentionnée à l'article L. 245-17 du présent code »

III.– Le 6° de l'article L. 213-1 est ainsi rédigé :

« 6° Le contrôle et le contentieux du recouvrement prévu aux 1°, 2°, 3°, 5° et 5° *ter* »

IV.– « Un décret en conseil d'état fixe les modalités d'application du présent article. »

**Amendement n° AS 291 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Après l'article 16*

Insérer l'article suivant :

I.— Après l'article L. 242-7-1 du code de la sécurité sociale, est insérée une section 2 ainsi rédigée :

« Section 2

« Cotisations assises sur la masse salariale

« Art. L. 242-7-2. – Pour l'application du présent article :

« La répartition des richesses des sociétés à l'échelle nationale est définie annuellement par le calcul du ratio  $R_n$  de la masse salariale augmentée des dépenses de formation, sur la valeur ajoutée augmentée des produits financiers au sens de l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale de l'ensemble des sociétés ayant leur siège sur le territoire français.

« La répartition des richesses des sociétés à l'échelle des sections du niveau 1 de la Nomenclature des Activités Françaises de l'INSEE en vigueur est définie annuellement par le calcul du ratio  $R_s$ , correspondant au ratio moyen  $R_e$  de l'ensemble des sociétés qui composent la section.

« La répartition des richesses d'une société est définie annuellement par le calcul du ratio  $R_e$  de la masse salariale augmentée des dépenses de formation, sur la valeur ajoutée augmentée des produits financiers au sens de l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale de la société.

« Les ratios  $R_n$  et  $R_e$  de l'année précédant la promulgation de la loi n°            du            portant réforme des retraites servent de référence pour le calcul des taux de variation annuels de  $R_n$  et  $R_e$  exprimés en %.

« Les sociétés immatriculées au registre du commerce et des sociétés conformément à l'article L. 123-1 du code du commerce s'acquittent annuellement, selon les modalités définies au présent article, d'une cotisation additionnelle d'assurance vieillesse calculée en fonction de l'écart entre le ratio  $R_e$  et le ratio  $R_s$  d'une part, et d'une cotisation additionnelle d'assurance vieillesse calculée en fonction de l'écart entre les taux de variation de  $R_e$  et de  $R_n$  d'autre part.

« Les sociétés dont le ratio  $R_e$  est supérieur ou égal au ratio  $R_s$  de la section dont elles relèvent, ou dont le taux de variation annuel du ratio  $R_e$  est positif ou nul et supérieur au taux de variation annuel du ratio  $R_n$ , restent assujetties aux taux de cotisation d'assurance vieillesse de droit commun.

« Les sociétés dont le niveau annuel de  $R_e$  est inférieur au niveau annuel de  $R_s$  de la section dont elles relèvent s'acquittent d'une cotisation additionnelle d'assurance vieillesse assise sur la totalité de leur masse salariale dont le taux est égal à l'écart entre  $R_s$  et  $R_e$ .

« Les sociétés dont le taux de variation annuel du ratio  $R_e$  est positif ou nul mais inférieur au taux de variation du ratio  $R_n$ , ou négatif, s'acquittent d'une cotisation additionnelle d'assurance vieillesse assise sur la totalité de sa masse salariale, dont le taux est égal à l'écart entre les taux de variation  $R_n$  et  $R_e$ .

« Les cotisations additionnelles mentionnées au présent article sont cumulatives.

« Les cotisations prévues au présent article ne sont pas déductibles de l'assiette de l'impôt sur les sociétés.

« Un décret fixe les taux de répartition de ces ressources entre les différentes caisses d'assurance vieillesse. »

II.— Après le 5° *ter* de l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale, sont insérés un 5° *quater* et un 6° ainsi rédigés :

« 5° *quater* Le recouvrement de la contribution mentionnée à l'article L. 242-7-2 du présent code.

« 6° Le contrôle et le contentieux du recouvrement prévu aux 1°, 2°, 3°, 5°, 5° *ter* et 5° *quater* ».

III.— Un décret en conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article.

**Amendement n° AS 292 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Article 13*

À l'alinéa 4, substituer au taux : « 6 % », le taux : « 20 % ».

**Amendement n° AS 293 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Après l'article 13*

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 137-26 du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 12 ainsi rédigée :

« Section 12

« Contribution patronale sur les formes de rémunération différées mentionnées aux articles L. 225-42-1 et L. 225-90-1 du code du commerce

« Art. L. 137-27. – Il est institué, au profit des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse dont relèvent les bénéficiaires, une contribution due par les employeurs assise sur le montant des éléments de rémunération, indemnités et avantages mentionnés aux articles L. 225-42-1 et L. 225-90-1 du code du commerce, à l'exclusion des options et actions visées aux articles L. 225-177 à L. 225-186 et L. 225-197-1 à L. 225-197-5 du code du commerce. Le taux de cette contribution est fixé à 40 % . »

**Amendement n° AS 294 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Après l'article 13*

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 137-27 du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 13 ainsi rédigée :

« Section 13

3Contribution patronale sur la part variable de rémunération des opérateurs de marchés financiers

« Art. L. 137-28. – Il est institué, au profit des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse une contribution de 40 %, à la charge de l'employeur, sur la part de rémunération variable dont le montant excède le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 du présent code versée, sous quelque forme que ce soit, aux salariés des prestataires de services visés au Livre V du code monétaire. »

**Amendement n° AS 295 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Après l'article 13*

Insérer l'article suivant :

Le I de l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les revenus mentionnés au c et e du I de l'article L. 136-6 du présent code sont assujettis au taux de 12 %. »

**Amendement n° AS 296 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

Compléter l'alinéa 2 de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique par la phrase suivante :

« L'arrêté précité fixe également à 15 % la limite que le dépassement ne peut en aucun cas excéder pour les actes techniques. »

**Amendement n° AS 297 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Après l'article 60*

Insérer l'article suivant :

« Dans la deuxième phrase du V de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale, il est inséré les mots : « ainsi qu'un représentant des usagers choisi parmi le collège des représentants des usagers. » après le mot : « commission. »

**Amendement n° AS 298 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

Après l'alinéa 2 de l'article L. 182-2-2 du code de la sécurité sociale, ajouter un 4° ainsi rédigé:

« 4° Un représentant des associations d'usagers agréés au titre de l'article L. 114-1 du code de la santé publique, désigné en son sein par le conseil de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. ».

**Amendement n° AS 299 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

Après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « L'inscription sur la liste est subordonnée à la réalisation d'un essai clinique contre comparateurs, lorsqu'ils existent ».

**Amendement n° AS 300 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Article 37*

Supprimer cet article.

**Amendement n° AS 301 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Article 40*

Supprimer cet article.

**Amendement n° AS 302 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Après l'article 41*

Insérer l'article suivant :

Le VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est abrogé.

**Amendement n° AS 303 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Après le sixième alinéa de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les établissements privés mentionnés au d) et au e), les tarifs intègrent les honoraires des médecins libéraux qui y exercent. »

**Amendement n° AS 304 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Article 54*

Supprimer cet article.

**Amendement n° AS 305 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Article 55*

Supprimer cet article.

**Amendement n° AS 306 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Après l'article 55*

Insérer l'article suivant :

L'article L. 543-1 du code la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« À partir de l'année 2013, le montant de l'allocation de rentrée scolaire varie selon le cycle d'étude de l'enfant.

« Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application de cette disposition. »

**Amendement n° AS 307 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Après la 2ème phrase du 1<sup>er</sup> alinéa de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, il est inséré la phrase suivante :

« Les fédérations représentatives de l'hospitalisation publique et privée sont consultées par l'Union nationale des caisses d'Assurances maladie sur les dispositions conventionnelles susceptibles de comporter des incidences sur le financement et le fonctionnement des établissements de santé ».

**Amendement n° AS 308 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Dans la deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, après les mots : « des professionnels de santé », sont insérés les mots : « , de représentants des fédérations représentatives de l'hospitalisation publique et privée »

**Amendement n° AS 309 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

Rédiger ainsi le 4ème alinéa de l'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale :

« Le comité comprend, outre son président et deux vice-présidents choisis par l'autorité compétente de l'État en raison de leur compétence dans le domaine de l'économie de la santé, quatre parlementaires désignés conjointement par les présidents de l'Assemblée nationale et du Sénat, quatre représentants désignés par les ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale, trois représentants des caisses nationales d'Assurance

maladie et un représentant de l'Union nationale des organismes d'Assurance maladie complémentaire, quatre représentants désignés par les organisations hospitalières publiques et privées les plus représentatives. »

**Amendement n° AS 310 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

I.— Dans la première phrase du huitième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action social et des familles, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « quatre ».

II.— En conséquence, dans la première phrase de l'alinéa 9 du même article, la date : « 1<sup>er</sup> octobre 2010 », est remplacée par la date : « 1<sup>er</sup> octobre 2012 ».

**Amendement n° AS 311 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Après l'article 43*

Insérer l'article suivant :

Dans la dernière phrase du I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, le mot « font » est remplacé par les mots « peuvent faire ».

**Amendement n° AS 312 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Il est inséré au code de la santé publique un article L. 6122-19 ainsi rédigé :

« Article L. 6122-19 – Un régime d'autorisation expérimental peut être mis en place par les agences régionales de santé de manière à constituer au sein des territoires de santé et sur la base du volontariat des plateaux d'imagerie complets et mutualisés, faisant intervenir des équipes spécialisées ».

**Amendement n° AS 313 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Après la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, il est inséré la phrase suivante :

« Cette dotation participe également au financement des charges de structures des missions mentionnées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique. »

**Amendement n° AS 314 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Le II *bis* de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale est complété par l'alinéa suivant :

« Elle tient compte pour chaque région des indicateurs de santé publique et du niveau de recours aux soins de la population. »

**Amendement n° AS 315 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Le II *bis* de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale est complété par la phrase suivante :

« Les autres mesures prises en cours d'année par le gouvernement en vue de compenser un éventuel dépassement de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie hospitalier portent de manière équilibrée sur les différentes modalités de financement des établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6. »

**Amendement n° AS 316 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Le I de l'article L. 162-22-9 est complété par l'alinéa suivant :

« Le financement des mesures salariales concernant la fonction publique hospitalière intervenant en cours d'année fait l'objet d'un projet de loi rectificatif de financement de la sécurité sociale. »

**Amendement n° AS 317 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Le I de l'article L. 162-22-9 est complété par l'alinéa suivant :

« Il est corrigé en fin d'année pour prendre en compte les éventuelles mesures salariales concernant la fonction publique hospitalière intervenant en cours d'année. »

**Amendement n° AS 318 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Après les mots « entre régions », la fin de la 2<sup>ème</sup> phrase du 2<sup>ème</sup> alinéa du II de l'article L. 314-3 du code de l'action social et des familles est supprimée.

**Amendement n° AS 319 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Après l'article 41*

Insérer l'article suivant :

L'article 63 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 est supprimé.

**Amendement n° AS 320 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Après le 9<sup>ème</sup> alinéa de l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré l'alinéa suivant :

« 9° de publier annuellement un bilan national et comparatif par région, quantitatif et qualitatif, de la prévalence des actes et interventions chirurgicales réalisés par les établissements de santé. »

**Amendement n° AS 322 présenté par Mme Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Roland Muzeau et Maxime Gremetz**

*Article 9*

Supprimer cet article

**Amendement n° AS 324 de M. Rémi Delatte**

*Article 42*

À la fin de l'article, insérer un IV ainsi rédigé :

IV.- Le I de l'article 77 de la loi n°2006-1640 du 19 décembre 2007 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Afin de mettre en place un nouveau mode de financement des activités de soins de suite et de réadaptation, une étude nationale de coûts à échelle commune aux secteurs hospitaliers publics et privés est instituée à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011. »

**Amendement n° AS 325 de M. Rémi Delatte**

*Après l'article 42*

À la fin de l'article, insérer un IV ainsi rédigé :

Insérer l'article suivant :

L'article L 162-15 du Code de la Sécurité Sociale est complété par la phrase suivante :

« Les organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés sont auditionnées dans le cadre de la négociation entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les organisations syndicales représentatives des professionnels de santé concernés dès lors que les dispositions conventionnelles négociées sont susceptibles de comporter des incidences sur le financement et le fonctionnement des établissements de santé ».

**Amendement n° AS 327 de Mme Cécile Dumoulin**

*Article 40*

Après l'alinéa 2, insérer l'alinéa suivant :

« Les maisons de naissance sont tenues de conclure une convention avec un établissement de santé tel que défini à l'article L. 6111-1, situé à proximité immédiate, afin de garantir la prise en charge des nouveau-nés et de la mère en cas de complications pendant ou après l'accouchement. »

**Amendement n° AS 328 présenté par M. Jean-Marie Rolland**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

L'avant-dernier alinéa de l'article L. 1433-1 du code la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« À partir de ces évaluations, le Conseil national de pilotage émet des recommandations aux agences régionales de santé. Elles sont établies en tenant compte des bonnes pratiques des agences régionales de santé »

**Amendement n° AS 330 présenté par M. Jean-Marie Rolland**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

I.- Le sixième alinéa de l'article L. 1111-2 du code la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les pathologies chroniques susceptibles d'être prises en charge au domicile des patients donnent lieu à la publication de recommandations de bonnes pratiques »

II.- Au onzième alinéa de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, après le mot : « émet », est insérée une phrase ainsi rédigée :

« notamment en ce qui concerne les pathologies chroniques susceptibles d'être prises en charge au domicile des patients. »

**Amendement n° AS 331 présenté par M. Jean-Marie Rolland**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

Le septième alinéa de l'article L. 1434-9 du code la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces autorisations veillent à développer les modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation ».

**Amendement n° AS 332 présenté par M. Jean-Marie Rolland**

*Après l'article 35*

Insérer l'article suivant :

I.- Dans le livre 1 du code de la sécurité sociale, il est inséré après le titre 2 un titre 2 *bis* ainsi rédigé :

« Participation des professionnels de santé hospitaliers à la hiérarchisation des actes médicaux et participation des organismes représentant les établissements de santé à la négociation aux prestations remboursables et à la hiérarchisation des actes »

II.- Au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7 du même code, les mots : « des représentants des fédérations représentatives de l'hospitalisation » sont insérés après les mots : « caisse d'assurance maladie »

III.- Le premier alinéa de l'article L. 162-113 du même code est complété par les mots : « des fédérations représentatives de l'hospitalisation ».

**Amendement n° AS 333 présenté par M. Jean-Marie Rolland**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Avant le dernier alinéa de l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 9° de publier annuellement un bilan national et comparatif par région, quantitatif et qualitatif, de la prévalence des actes et interventions chirurgicales réalisés par les établissements de santé. »

**Amendement n° AS 337 présenté par M. Jean-Marie Rolland**

*Article 37*

I.- Rédiger ainsi l'alinéa 2 :

« 1° La première phrase est complétée par les mots : « ainsi que les prestations d'hospitalisation prévues pour les activités visées au 1° *bis* de l'article L. 174-1-1 et de l'article L. 162-22-1 pour les soins de suite et de réadaptation ».

II.- Rédiger ainsi l'alinéa 4 :

« 1° Dans la troisième phrase, après les mots : « des prises en charge sans hébergement », sont insérés les mots : « ou en ambulatoire ».

**Amendement n° AS 338 présenté par M. Jean-Marie Rolland**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

I.- Au septième alinéa, la date : « 1<sup>er</sup> janvier 2009 » est remplacée par la date : « 1<sup>er</sup> janvier 2013 ».

II.- Au huitième alinéa, la date : « 1<sup>er</sup> octobre 2010 » est remplacée par la date : « 1<sup>er</sup> octobre 2012 ».

**Amendement n° AS 339 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Article 2 (Annexe A)*

Dans le titre de cette annexe, substituer au mot : « et », le mot : « ou ».

**Amendement n° AS 340 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Article 2 (Annexe A)*

Dans la seconde phrase de l'alinéa 3, supprimer la seconde occurrence du mot : « effet ».

**Amendement n° AS 341 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Article 2 (Annexe A)*

Dans la première phrase de l'alinéa 4, substituer aux mots : « pour que le déficit global du régime général puisse être financé par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale », les mots : « afin que les besoins de trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale consécutifs au déficit global du régime général puissent être financés ».

**Amendement n° AS 342 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Article 2 (Annexe A)*

Dans la seconde phrase de l'alinéa 7, substituer au mot : « réserve », le mot : « réserves ».

**Amendement n° AS 343 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Article 11*

Rédiger ainsi cet article :

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« I.— Dans la première phrase du II de l'article L. 137-13 du code de la sécurité sociale, le taux : « 10 % » est remplacé par le taux : « 14 % ».

« II.— Dans le premier alinéa de l'article L. 137-14 du même code, le taux : « 2,5 % » est remplacé par le taux : « 8 % ». »

**Amendement n° AS 344 rect présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Après l'article 12*

Insérer l'article suivant :

Dans le premier alinéa du III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, les mots : « effectuées chez les personnes » sont remplacés par les mots : « effectuées au domicile à usage privatif des personnes ».

**Amendement n° AS 345 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Après l'article 16*

Insérer l'article suivant :

« Au III de l'article 20 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, la date : « 31 décembre 2010 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2012 ». »

**Amendement n° AS 346 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Article 21*

Après l'alinéa 2, insérer treize alinéas ainsi rédigés :

« 1° *bis* Dans l'intitulé de la section 2 du chapitre IV du titre III du livre I<sup>er</sup>, les mots : « gens de mer, » sont supprimés » ;

« 1° *ter* L'article L. 134-4 est ainsi modifié :

« a) Au premier alinéa, les mots : « gens de mer, », sont supprimés » ;

« b) Au dernier alinéa, les mots : « Ces organismes, ainsi que les armateurs pour les marins atteints de maladie en cours de navigation, », sont remplacés par les mots : « La Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines » ;

« 1<sup>o</sup> *quater* Dans la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 134-5, les mots : « à l'Établissement national des invalides de la marine, » sont supprimés ;

« 1 *quinquies* La section 3 du chapitre IV du titre III du livre I<sup>er</sup> est ainsi rédigée :

« Section 3

« Compensation entre le régime général et le régime des clercs et employés de notaires (maladie et maternité)

« Art. L. 134-5-1. – La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés prend en charge la partie des risques donnant lieu aux prestations en nature des assurances maladie et maternité prévues au livre III, pour l'ensemble des travailleurs salariés en activité et des retraités relevant du régime des clercs et employés de notaires.

« La gestion des risques mentionnés au premier alinéa demeure assurée par la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires auxquels les intéressés restent affiliés.

« Le taux des cotisations dues au régime général par le régime des clercs et employés de notaires au titre des travailleurs salariés en activité et des retraités est fixé compte tenu des charges d'action sanitaire et sociale, de gestion administrative et de contrôle médical que ce régime continue à assumer. Dans les limites de la couverture prévue au premier alinéa, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés rembourse à la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires les dépenses afférentes aux soins et aux prestations en nature.

« Les soldes qui en résultent entre ce régime et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sont fixés dans les conditions définies par le dernier alinéa de l'article L. 134-1.

« Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret. » »

#### **Amendement n° AS 347 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

##### *Article 24 (Annexe C)*

Rédiger ainsi le titre de cette annexe :

« État des recettes, par catégorie et par branche, des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général de sécurité sociale et des recettes des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale ».

#### **Amendement n° AS 348 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

##### *Article 29 (Annexe B)*

Dans la première phrase de l'alinéa 2 et dans la deuxième phrase de l'alinéa 4, substituer au mot : « fonds », le mot : « organismes ».

**Amendement n° AS 349 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Article 29 (Annexe B)*

I.— Dans la seconde phrase de l'alinéa 2, supprimer les mots : « au projet de loi de financement pour 2011 ».

II.— En conséquence, dans la dernière phrase de l'alinéa 15, supprimer le mot : « présent ».

**Amendement n° AS 350 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Article 29 (Annexe B)*

À la fin de la seconde phrase de l'alinéa 2, substituer aux mots : « annexé au projet de loi de finances pour 2011 », les mots : « 2010-2013 transmis par le Gouvernement à la Commission européenne le 1<sup>er</sup> février 2010 ».

**Amendement n° AS 351 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Article 29 (annexe B)*

I.— Au début de la troisième phrase de l'alinéa 3, supprimer les mots : « L'emploi et ».

II.— En conséquence, dans cette même phrase, substituer au mot : « suivraient » le mot : « suivrait » et, après le mot : « économique », insérer les mots : « et de l'emploi ».

**Amendement n° AS 352 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Article 29 (annexe B)*

Dans la première phrase de l'alinéa 4, substituer au mot : « cette », les mots : « la présente ».

**Amendement n° AS 353 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Article 29 (annexe B)*

Dans la dernière phrase de l'alinéa 13, supprimer les mots : « de départ ».

**Amendement n° AS 354 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Article 29 (annexe B)*

Dans la première phrase de l'alinéa 15, substituer à l'année : « 2009 », l'année : « 2010 ».

**Amendement n° AS 355 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Article 29 (annexe B)*

Dans la deuxième phrase de l'alinéa 15, substituer aux mots : « marge prudentielle », les mots : « marges prudentielles », et substituer aux mots : « réalisés », les mots : « réalisées ».

**Amendement n° AS 356 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Article 29 (annexe B)*

Dans l'alinéa 16, substituer au mot : « économie », le mot : « économies ».

**Amendement n° AS 357 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Article 29 (annexe B)*

Dans l'alinéa 18, substituer aux mots : « au cycle de vie des produits de santé », les mots : « à leur cycle de vie ».

**Amendement n° AS 358 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Article 29 (annexe B)*

Dans la première phrase de l'alinéa 24, après le mot : « mais », insérer le mot : « aussi ».

**Amendement n° AS 359 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Article 29 (annexe B)*

Compléter l'alinéa 30 par les mots : « , anticipant ainsi sur l'enrichissement de son contenu apporté par la loi organique relative à la gestion de la dette sociale ».

**Amendement n° AS 360 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Article 29 (annexe B)*

I.– Dans la deuxième phrase de l'alinéa 32, substituer aux mots : « à la présente loi de programmation », les mots : « au présent projet de loi de financement ».

II.– En conséquence, dans la dernière phrase du même alinéa, substituer aux mots : « programmation », les mots : « financement ».

**Amendement n° AS 361 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Article 29 (annexe B)*

Dans la dernière phrase de l'alinéa 32, substituer au mot : « caractérisée », le mot : « caractérisées ».

**Amendement n° AS 362 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Article 29 (annexe B)*

Compléter l'alinéa 33 par les deux phrases suivantes :

« Malgré l'affectation de ressources dont le produit, initialement destiné à la Caisse d'amortissement de la dette sociale, ira en s'amenuisant, la Caisse nationale des allocations familiales bénéficiera de l'affectation définitive à la sécurité sociale des recettes fiscales compensant jusqu'alors la réduction générale de cotisations sociales. La politique familiale devra en outre être définie au regard du cadre décrit dans les perspectives à long terme présentées par le Haut conseil de la famille, qui ne prévoient pour la branche famille de retour à l'équilibre qu'en 2017 et à une situation financière créditrice qu'en 2024. »

**Amendement n° AS 363 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Article 29 (annexe B)*

I.— Dans l'alinéa 36, après les mots : « du régime général », insérer les mots : « et du Fonds de solidarité vieillesse ».

II.— En conséquence, à la fin de la deuxième phrase de l'alinéa 40, procéder à la même insertion après les mots : « de cette dernière ».

**Amendement n° AS 364 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Article 29 (annexe B)*

À la fin de la deuxième phrase de l'alinéa 39, supprimer les mots : « notamment dans le cadre de l'effort global de réduction des niches fiscales et sociales ».

**Amendement n° AS 365 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Après l'article 30*

Insérer l'article suivant :

I.— L'article L. 243-1-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« 1° Le premier alinéa est précédé de la mention : « I.— » ;

« 2° Au premier alinéa, après les mots : « L'employeur dont l'entreprise ne comporte pas d'établissement en France », sont insérés les mots : « ou, s'il est un particulier, qui n'est pas considéré comme domicilié en France pour l'établissement de l'impôt sur le revenu et souhaite bénéficier de cette faculté, » ;

« 3° La dernière phrase du premier alinéa est supprimée ;

« 4° Il est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

« II.— L'employeur mentionné au I peut bénéficier, s'il est un particulier, des dispositions du 1° de l'article L. 1271-1-1 et des articles L. 1271-2 à L. 1271-5 du code du travail ainsi que des articles L. 133-8 à L. 133-8-2 du présent code, relatives au chèque emploi-service universel, ou s'il est une entreprise, des dispositions des articles L. 1273-3 à L. 1273-6 du code du travail et de l'article L. 133-5-2 du présent code, relatives au titre emploi-service entreprise. Pour l'application de ces dispositions, l'employeur s'acquitte de ses obligations sociales auprès de l'organisme mentionné au I, qui se substitue à l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-8 et à l'organisme habilité mentionné à l'article L. 133-5-2. Les documents établis par l'organisme mentionné au I, notamment le bulletin de salaire ou l'attestation d'emploi à remettre au salarié, sont transmis à l'employeur sous forme électronique.

« Lorsque le salarié est employé pour une durée maximale fixée par décret et que sa rémunération n'excède pas un montant fixé par ce même décret, les cotisations et contributions sociales dues peuvent être payées par avance auprès de l'organisme mentionné au I et sur une base forfaitaire, en fonction de la durée totale de la période d'emploi ou du séjour en France. Dans ce cas, les dispositions des articles L. 133-7 et L. 241-10 ne sont pas applicables.

« III.— Les déclarations sociales de l'employeur mentionné au I sont transmises audit organisme de recouvrement par voie électronique dans les conditions prévues à l'article L. 133-5. Les cotisations et contributions sociales dues sont réglées par les moyens de paiement prévus par décret.

« IV.— Un décret fixe les modalités d'application du présent article. »

#### **Amendement n° AS 366 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

##### *Article 31*

Dans l'alinéa 1 de cet article, après le mot : « issue », insérer les mots : « du a du 7° du I de l'article 1er ».

#### **Amendement n° AS 367 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

##### *Article 31*

Rédiger ainsi le début de l'alinéa 3 :

« 2° La première phrase du deuxième alinéa est remplacée par deux phrases ainsi rédigées : « Le travailleur indépendant peut transmettre les données mentionnées au premier alinéa en souscrivant auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations et contributions sociales une déclaration préalable. Lorsque ces données... (le reste sans changement). »

II.— En conséquence, rédiger ainsi l'alinéa 3 :

« La première phrase du deuxième alinéa est remplacée par deux phrases ainsi rédigées : »

**Amendement n° AS 368 présenté par MM. Jean Leonetti et Yves Bur**

*Après l'article 35*

Insérer l'article suivant :

Le premier alinéa de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les fédérations représentatives de l'hospitalisation publique et privée sont également consultées par l'Union nationale des caisses d'Assurances maladie sur les dispositions conventionnelles susceptibles de comporter des incidences sur le financement et le fonctionnement des établissements de santé. »

**Amendement n° AS 369 présenté par MM. Jean Leonetti, Yves Bur et Jean-Luc Prél**

*Après l'article 35*

Insérer l'article suivant :

« Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« 1° À la fin de la deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7, après les mots : « caisses d'assurance maladie », sont insérés les mots : « et des représentants des fédérations représentatives de l'hospitalisation » ;

« 2° À la fin du premier alinéa de l'article L. 162-1-13, après les mots : « professionnels de santé », sont insérés les mots : « et des représentants des fédérations représentatives de l'hospitalisation » ;

« 3° Dans la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 162-15, après les mots : « pour avis à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire », sont insérés les mots : « et aux représentants des fédérations représentatives de l'hospitalisation ».

**Amendement n° AS 370 présenté par M. Yves Bur**

*Article 37*

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« III.— Un rapport est remis au Parlement avant le 1er octobre 2011 sur l'évaluation du I. Ce rapport analyse l'impact sur le parcours de soins et la fluidité de la filière de prise en charge des patients en termes de délais de mise en œuvre des traitements et des transferts, de qualité de la prise en charge et de rapport bénéfiques/risques pour le patient, ainsi que sur le coût de gestion administrative de la mesure pour les établissements concernés, les services des agences régionales de santé et les organismes d'assurance maladie. »

**Amendement n° AS 371 présenté par M. Yves Bur**

*Après l'article 37*

Insérer l'article suivant :

Dans le cadre de l'expérimentation prévue par l'article 77 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 et dans l'attente d'un financement à l'activité concernant l'activité de

soins de suite et de réadaptation, un décret publié dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi établit les conditions dans lesquelles :

1° La facturation des consultations et des actes externes pour l'activité de soins de suite et de réadaptation peut être réalisée par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale après accord du directeur général de l'agence régionale de santé, par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 162-26 du même code. Ces prestations sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 du même code et dans la limite des tarifs fixés en application de ces articles ;

2° L'activité de traitements et cures ambulatoires est définie pour l'activité de soins de suite et de réadaptation, à l'image du forfait « sécurité environnement » établi en chirurgie pour répondre à la problématique des actes frontières. »

#### **Amendement n° AS 373 présenté par M. Yves Bur**

*Après l'article 37*

Insérer l'article suivant :

Le 5° de l'article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« 5° Les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires en application des articles L. 242-11, L. 645-2 et L. 722-4 ; la ou les conventions fixent l'assiette et le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation, notamment en fonction du lieu d'installation ou d'exercice, sans pouvoir minorer celle-ci du fait de formes particulières d'exercice comme dans le cadre de maisons de santé, de pôles de santé ou en coopération avec des établissements de santé délivrant des soins à domicile ou des établissements et services sociaux et médico-sociaux ; elles fixent également les modalités de calcul et de répartition entre régimes de cette participation ; la participation ne peut être allouée que si le professionnel de santé a versé la cotisation à sa charge dans un délai fixé par décret ; elle peut être en outre partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les professionnels de santé ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent ; ».

#### **Amendement n° AS 374 présenté par M. Yves Bur**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

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

1° Le dernier alinéa (3°) du II est complété par une phrase ainsi rédigée :

Les aides individuelles ainsi versées par les établissements mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale leur sont remboursées directement par le fonds, dans le cadre d'une convention établie entre l'établissement et le fonds et approuvée par le directeur général de l'agence régionale de santé pour adapter les modalités d'intervention du fonds aux spécificités du droit privé applicable à ces établissements et aux obligations qui en découlent dans leurs relations contractuelles avec leurs personnels. » ;

2° Au premier alinéa du III, après les mots : « au moyen de subventions ou d'avances remboursables », sont insérés les mots : « avec les adaptations nécessaires liées au droit privé applicable aux établissements de santé privés bénéficiaires et à leurs relations contractuelles avec leurs personnels » ;

3° Après la première phrase du premier alinéa du IV, sont insérées deux phrases ainsi rédigées :

Dans ce cadre, une convention est établie entre le fonds et les établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale afin d'adapter les modalités d'intervention du fonds aux spécificités du droit privé applicable à ces établissements et aux obligations qui en découlent dans leurs relations contractuelles avec leurs personnels. Cette convention est approuvée par le ou les directeurs d'agence régionale de santé compétents. »

#### **Amendement n° AS 375 présenté par M. Yves Bur**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 6152-5-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6152-5-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 6152-5-2.— Des expérimentations relatives à l'annualisation du temps de travail des praticiens des hôpitaux à temps partiel peuvent être prévues dans les établissements de santé publics des départements et régions d'outre-mer et des collectivités d'outre-mer du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2013.

« Un arrêté du ministre chargé de la santé précise les modalités de ces expérimentations, les établissements qui en sont chargés ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et d'évaluation. »

#### **Amendement n° AS 378 présenté par M. Yves Bur**

*Après l'article 41*

Insérer l'article suivant :

I.— Après la première phrase du premier alinéa du VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Cette mesure tient notamment compte des écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges salariales supportées par les catégories d'établissements visés à l'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale, lorsqu'à défaut de la correction de ces écarts de coûts, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du même code sont identiques pour les établissements visés aux a, b et i de l'article L. 162-22-6 du même code d'une part, et lorsque des tarifs nationaux des prestations pour l'ensemble des catégories d'établissements visés à l'article L. 162-22-10 du même code sont établis sur la base d'une convergence totale, à périmètre tarifaire comparable, d'autre part. »

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

1° Avant le dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-10, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 4° Un coefficient correcteur, s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés au 1° et 2° du I du présent article, correspondant aux écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale, lorsqu'à défaut de la correction desdits écarts de charges financières, les tarifs nationaux des prestations et les forfaits annuels susvisés sont identiques pour les établissements visés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 d'une part, et lorsque des tarifs nationaux des prestations pour l'ensemble des catégories d'établissements visés à l'article L. 162-22-10 sont établis sur la base d'une convergence totale, à périmètre tarifaire comparable, d'autre part. » ;

2° Dans la première phrase du II de l'article L. 162-22-9, les références : « 1° à 3° » sont remplacées par les références : « 1° à 4° ».

**Amendement n° AS 379 présenté par M. Yves Bur**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Au huitième alinéa de l'article L. 6132-2 du code de la santé publique, les mots : « en tant que de besoin, les modalités de fixation des frais pour services rendus acquittés par les établissements » sont remplacés par les mots : « librement les modalités de fixation des frais des actes, prestations et services acquittés par les établissements membres, ou associés, en contrepartie des missions assumées pour leur compte par tout ou partie d'entre eux.

**Amendement n° AS 380 présenté par M. Yves Bur**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Dans la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 6161-9 du code de la sécurité sociale, après les mots : « présent alinéa », sont insérés les mots : « et les dispositions transitoires pour les contrats en cours à la date de promulgation de la loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

**Amendement n° AS 381 présenté par M. Yves Bur**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

L'article L. 6122-19 au code de la santé publique est ainsi rétabli :

« Art. L. 6122-19.— Un régime d'autorisation expérimentale est mis en place, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, pour une durée de trois ans, sur la base du volontariat, de manière à constituer au sein des territoires de santé des plateaux d'imagerie complets, mutualisés et faisant intervenir des équipes spécialisées. »

**Amendement n° AS 382 présenté par M. Yves Bur**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

À l'article L. 162-26-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « activités de soins », sont insérés les mots : « ou des consultations et actes externes. »

**Amendement n° AS 383 présenté par M. Yves Bur**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

La première phrase de l'article L 162-1-17 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « ainsi que les prestations de soins relatives au traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de

l'épuration extra-rénale selon les modalités mentionnées au 1° de l'article R. 6123-54 du code de la santé publique, afin de privilégier les modalités mentionnées aux 2°, 3° et 4° du même article. »

**Amendement n° AS 384 présenté par MM. Yves Bur et Jacques Domergue**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Le I de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« De nouvelles mesures ayant des incidences sur les charges hospitalières ne peuvent intervenir en cours d'année sans que leurs modalités de financement aient été intégrées dans la loi de financement de la sécurité sociale. »

**Amendement n° AS 385 présenté par M. Yves Bur**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 6133-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Une ou plusieurs autorisations d'activité de soins peuvent être exploitées, dans le cadre du groupement, par ses membres dans les conditions définies par la convention constitutive. Quel que soit le mode d'exploitation, au sein du groupement de coopération sanitaire de moyens, d'une autorisation d'activité de soins ou d'exploitation d'un équipement matériel lourd, le membre du groupement titulaire de cette autorisation sanitaire demeure seul responsable de son exploitation. »

2° Le premier alinéa de l'article L. 6133-7 est ainsi rédigé :

« Lorsqu'il est titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activité de soins et qu'il n'est composé que de membres ayant soit la qualité de personnes morales de droit public, soit celle de personnes morales de droit privé, le groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé avec les droits et obligations afférents. Lorsque le groupement de coopération sanitaire de droit privé ne comporte pour membres que des personnes de droit privé, il est érigé en établissement de santé privé. Lorsque le groupement de coopération sanitaire de droit public ne comporte pour membres que des personnes morales de droit public, il est érigé en établissement public de santé, par décision du directeur général de l'agence régionale de santé. Lorsque le groupement de coopération sanitaire est titulaire d'une ou plusieurs autorisation d'activité de soins et qu'il est composé de personnes de droit public et de personnes de droit privé, il n'est pas érigé en établissement de santé mais il est tenu de respecter l'ensemble des droits et obligations afférents aux établissements de santé. »

**Amendement n° AS 386 présenté par M. Yves Bur**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

L'article L. 4614-12 du code du travail est ainsi rédigé :

« Art. L. 4614-12.— Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail peut faire appel à un expert agréé, conformément aux dispositions de l'ordonnance n° 2005-649 du 6 juin 2005 relative aux marchés passés par certaines personnes publiques ou privées non soumises au code des marchés publics ainsi qu'aux dispositions réglementaires d'application. »

**Amendement n° AS 387 présenté par M. Yves Bur**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

I.— Après l'article L. 6145-16 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6145-16-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 6145-16-1.— Lorsque l'établissement financé à l'activité dégage un excédent au compte de résultat de l'activité principale, le directeur peut décider, après concertation avec le directoire, de répartir tout ou partie de cet excédent aux personnels de l'établissement.

« Cette répartition est opérée sous la forme d'une réduction des cotisations sociales à la charge des personnels bénéficiaires.

« Le montant global des réductions de cotisations consenties à ce titre ne peut dépasser 10 % du montant total des rémunérations brutes. »

II.— Les pertes de recettes pour les organismes de sécurité sociale sont compensées par l'affectation du produit d'une taxe additionnelle aux droits sur les tabacs.

**Amendement n° AS 388 présenté par M. Yves Bur**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Avant le dernier alinéa de l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 9° de publier annuellement un bilan national et comparatif par région, quantitatif et qualitatif, de la prévalence des actes et interventions chirurgicales réalisés par les établissements de santé. »

**Amendement n° AS 390 présenté par M. Yves Bur**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Les données de cadrage, les objectifs et les indicateurs du programme de qualité et d'efficience visé au 1° du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale relatif à la branche Maladie comportent des éléments relatifs à la politique immobilière des établissements de santé.

**Amendement n° AS 391 présenté par M. Yves Bur**

*Après l'article 43*

Insérer l'article suivant :

Le deuxième alinéa du II de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces règles tiennent compte de coefficients correcteurs, s'appliquant aux tarifs plafonds, adaptés aux écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale. »

**Amendement n° AS 392 présenté par M. Yves Bur**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Dans les six mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport établi par les inspections générales des affaires sociales et des finances sur les écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale entre les différentes catégories d'établissements et services sociaux et médico-sociaux concernés par la mise en œuvre de tarifs plafonds ou de mécanismes de convergence tarifaire.

**Amendement n° AS 393 présenté par M. Yves Bur**

*Après l'article 43*

Insérer l'article suivant :

L'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« *Art. L. 312-7.*— Afin de favoriser leur coordination, leur complémentarité et garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, notamment dans le cadre de réseaux sociaux ou médico-sociaux coordonnés, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 ou les personnes physiques ou morales qui peuvent être gestionnaires au sens de l'article L. 311-1 ainsi que les personnes morales ou physiques concourant à la réalisation de leurs missions peuvent :

« 1° Conclure des conventions entre eux, avec des établissements de santé ou avec des établissements publics locaux d'enseignement et des établissements d'enseignement privés ;

« 2° Créer des groupements d'intérêt économique et des groupements d'intérêt public et y participer ;

« 3° Créer des groupements de coopération sociale ou médico-sociale. Outre les missions dévolues aux catégories de groupements mentionnées au 2°, le groupement de coopération peut :

« *a)* Permettre les interventions communes des professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, des professionnels salariés du groupement ainsi que des professionnels associés par convention ;

« *b)* Etre autorisé ou agréé au titre de l'article L. 7232-1 du code du travail, à la demande des membres, à exercer directement les missions et prestations des établissements et services énoncés à l'article L. 312-1 du présent code et à assurer directement, à la demande de l'un ou plusieurs de ses membres, l'exploitation de l'autorisation ou de l'agrément au titre de l'article L. 7232-1 précité après accord de l'autorité l'ayant délivrée ;

« c) Être chargé de procéder aux fusions et regroupements mentionnés au 4° du présent article ;

« d) Créer des réseaux sociaux ou médico-sociaux avec les personnes mentionnées au premier alinéa et adhérer à ces mêmes réseaux ou aux réseaux et groupements de coopération ou d'intérêt public prévus au code de la santé publique.

« Ils peuvent être constitués entre professionnels des secteurs sociaux et médico-sociaux et sanitaires, entre ces professionnels, les établissements et personnes mentionnés au premier alinéa et les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique. Peuvent y être associés, par conventions, des professionnels médicaux et paramédicaux du secteur libéral ou du secteur public n'exerçant pas dans les établissements et services des membres adhérents.

« Le groupement de coopération social ou médico-social n'a pas la qualité d'établissement social ou médico-social. Par dérogation, le groupement de coopération qui procède à des fusions en application du 4° du présent article peut acquérir cette qualité.

« Les dispositions du chapitre III du titre III du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique sont applicables, sous réserve des dispositions du présent code, aux groupements de coopération sociale ou médico-sociale.

« Les actions du groupement réalisées au profit d'un seul de ses membres sont financées par celui-ci sur le budget correspondant.

« 4° Procéder à des regroupements ou à des fusions.

« Les établissements de santé publics et privés et, dans les conditions prévues par le présent article, les organismes agréés au titre de l'article L. 7232-1 du code du travail peuvent adhérer à l'une des formules de coopération mentionnées au présent article.

« Les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 peuvent conclure avec des établissements de santé des conventions de coopération.

« Afin de favoriser les réponses aux besoins et leur adaptation, les schémas d'organisation sociale et médico-sociale peuvent envisager les opérations de coopération, de regroupement ou de fusion compatibles avec les objectifs de développement de l'offre sociale.

« La convention constitutive des groupements de coopération définit notamment l'ensemble des règles de gouvernance et de fonctionnement. Elle peut prévoir des instances de consultation du personnel.

« Les mesures d'application du présent article sont, en tant que de besoin, déterminées par décret en Conseil d'État. »

#### **Amendement n° AS 394 présenté par M. Yves Bur**

*Après l'article 43*

Insérer l'article suivant :

L'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 314-12.— Des conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral destinées notamment à assurer l'organisation, la coordination et l'évaluation des soins, l'information et la formation sont mises en œuvre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

« Ces conditions peuvent porter sur les modalités selon lesquelles les personnes accueillies ou accompagnées peuvent exercer leur libre choix, notamment avant leur admission au sein de l'établissement

d'hébergement en connaissance de cause quant à l'organisation mise en place avec des professionnels salariés. Elles peuvent également porter sur des modes de rémunération particuliers autres que le paiement à l'acte et sur le paiement direct des honoraires des professionnels libéraux par l'établissement.

« Un contrat portant sur ces conditions d'exercice est conclu entre le professionnel et l'établissement, sur la base d'un contrat-type établi par un arrêté du ministre chargé des affaires sociales et des personnes âgées. Ce contrat est conclu à la demande de la personne accueillie ou accompagnée, ou de son représentant légal, lorsque les honoraires du professionnel de santé libéral sont remboursés par la caisse primaire d'assurance maladie à l'assuré social. Ce contrat est conclu à la demande du représentant légal de l'établissement lorsque les honoraires du professionnel de santé libéral sont mis à la charge de l'établissement, selon les règles budgétaires et tarifaires en vigueur, et les options éventuelles exercées par l'établissement. Les contrats conclus avant la publication de l'arrêté relatif aux contrats-types font l'objet de dispositions transitoires, permettant leur poursuite dans les termes antérieurs, sauf dénonciation de l'une ou l'autre partie.

« Aucune différence de traitement ne peut intervenir entre les professionnels libéraux contractants de l'un ou l'autre des contrats visés à l'alinéa précédent, au titre des abattements conventionnels de cotisations sociales visés au 5° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale. »

#### **Amendement n° AS 395 présenté par M. Yves Bur**

##### *Article 47*

Dans les troisième à avant-dernière lignes du tableau de cet article, substituer respectivement aux chiffres : « 53,9 », « 19,0 », « 7,6 », « 8,2 » et « 1,1 » les chiffres : « 54,112 », « 19,128 », « 7,64 », « 8,22 » et « 0,7 ».

#### **Amendement n° AS 397 présenté par Mmes Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la branche famille, Martine Pinville et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

##### *Article 54*

Supprimer cet article.

#### **Amendement n° AS 398 présenté par Mmes Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la branche famille, Martine Pinville et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

##### *Article 55*

Supprimer cet article.

#### **Amendement n° AS 399 présenté par Mmes Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la branche famille, Martine Pinville et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

##### *Avant l'article 56*

Insérer l'article suivant :

Avant le 1<sup>er</sup> septembre 2011, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les conditions d'indemnisation du congé de maternité des femmes qui travaillent par intermittence.

**Amendement n° AS 400 présenté par Mmes Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la branche famille, Martine Pinville et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Avant l'article 56*

Insérer l'article suivant :

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 31 décembre 2011, un rapport dressant le bilan du contrat enfance jeunesse et des conditions de possibilité de sa majoration ou de sa modulation afin d'améliorer le soutien apporté aux communes dans la création de places d'accueil.

**Amendement n° AS 401 présenté par Mmes Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la branche famille, Martine Pinville et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Avant l'article 56*

Insérer l'article suivant :

I.– Le premier alinéa de l'article L. 214-2 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Tous les trois ans, les communes de plus de 50 000 habitants établissent un schéma pluriannuel de développement et de coordination des services d'accueil des enfants de moins de six ans. »

II.– Le même article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ce schéma peut être consulté par les professionnels et les particuliers sur simple demande. »

**Amendement n° AS 402 présenté par Mmes Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la branche famille, Martine Pinville et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Avant l'article 56*

Insérer l'article suivant :

I.– Les troisième et quatrième alinéas de l'article L. 581-2 du code de la sécurité sociale sont supprimés.

II.– Le présent article s'applique aux prestations versées au titre des enfants nés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011.

**Amendement n° AS 403 présenté par Mmes Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la branche famille, Martine Pinville et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Avant l'article 56*

Insérer l'article suivant :

L'article L. 543-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsqu'un mineur est confié au service d'aide sociale à l'enfance, la part de l'allocation de rentrée scolaire due à la famille pour cet enfant est versée à ce service, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État. Toutefois, le juge peut décider d'office ou sur saisine du président du conseil général, de maintenir le versement de l'allocation de rentrée scolaire à la famille, lorsque celle-ci participe à la prise en charge morale ou matérielle de l'enfance ou en vue de faciliter le retour de l'enfant dans son foyer. »

**Amendement n° AS 404 présenté par Mmes Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la branche famille, Martine Pinville et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Avant l'article 56*

Insérer l'article suivant :

I.— Au septième alinéa de l'article L. 531-1 du code de la sécurité sociale, la phrase : « La personne ou le ménage qui ne répond pas à la condition de ressources pour percevoir la prime à la naissance ou à l'adoption mentionnée au 1° et l'allocation de base mentionnée au 2° peut toutefois percevoir les compléments prévus aux 3° et 4° », est remplacée par les phrases : « La personne ou le ménage qui ne répond pas à la condition de ressources pour percevoir la prime à la naissance ou à l'adoption mentionnée au 1° peut toutefois percevoir les compléments prévus aux 3° et 4° . La personne qui ne répond pas à la condition de ressources pour percevoir l'allocation de base mentionnée au 2° ne peut percevoir le complément prévu au 3°. »

II.— Le I de cet article s'applique aux parents des enfants nés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011.

**Amendement n° AS 405 présenté par Mmes Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la branche famille, Martine Pinville et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Avant l'article 56*

Insérer l'article suivant :

Les deux premiers alinéas de l'article L. 1225-35 du code du travail sont ainsi rédigés :

« Après la naissance de l'enfant, et dans un délai fixé par décret, le père, le conjoint, la personne vivant maritalement avec la mère de l'enfant ou ayant conclu avec elle un pacte civil de solidarité bénéficient d'un congé d'accueil à l'enfant de onze jours consécutifs ou de dix-huit jours consécutifs en cas de naissances multiples entraînant la suspension de leur contrat de travail. »

**Amendement n° AS 406 présenté par Mmes Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la branche famille, Martine Pinville et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Avant l'article 56*

Insérer l'article suivant :

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 30 juin 2011, un rapport d'évaluation du complément optionnel de libre choix d'activité prévu au deuxième alinéa du VI de l'article L. 531-4 du code de la sécurité sociale.

**Amendement n° AS 407 présenté par Mmes Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la branche famille, Martine Pinville et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Avant l'article 56*

Insérer l'article suivant :

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 30 juin 2011, un rapport dressant un premier bilan de la mise en œuvre du plan métiers de la petite enfance.

**Amendement n° AS 408 présenté par Mmes Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la branche famille, Martine Pinville et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Avant l'article 56*

Insérer l'article suivant :

Le III de l'article L. 531-4 du code de la sécurité sociale est complété par l'alinéa suivant :

« Les deux membres d'un couple peuvent opter pour le partage du complément de libre choix d'activité versé à taux plein. Son montant est fonction de la période pendant laquelle le parent cesse toute activité professionnelle pour s'occuper de son enfant. »

**Amendement n° AS 409 présenté par Mmes Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la branche famille, Martine Pinville et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Avant l'article 56*

Insérer l'article suivant :

Avant le 30 septembre 2011, le Gouvernement remet au Parlement un rapport faisant le bilan de l'accès prioritaire aux modes de garde pour les bénéficiaires de minima sociaux, prévu à l'article L. 214-7 du code de l'action sociale et des familles.

**Amendement n° AS 410 présenté par Mmes Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la branche famille, Martine Pinville et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche**

*Avant l'article 56*

Insérer l'article suivant :

I.– Les I, II et III de l'article 27 de la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance deviennent les I, II et III d'un article L. 226-14 inséré dans le code de l'action sociale et des familles.

II.– Le IV de l'article 27 de la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 précitée est abrogé.

III.– À la seconde phrase du I de l'article L. 226-14 du code de l'action sociale et des familles résultant du I, les mots : « de la présente loi », sont remplacés par les mots : « des articles L. 112-3, L. 221-1, L. 221-3, L. 226-3-1 et L. 226-6 ».

IV.– Au deuxième et au troisième alinéa du II du même article, après les mots : « est arrêté », sont insérés les mots : « chaque année ».

**Amendement n° AS 412 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Article 30*

À l'alinéa 2, après les mots : « code du travail », insérer les mots : « des cotisations et contributions recouvrées pour le compte de l'organisme gestionnaire du régime visé à l'article L. 611-1, dans le respect des dispositions prévues à l'article L. 133-6 du présent code »

**Amendement n° AS 413 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Article 32*

À l'alinéa 5, substituer aux mots : « à l'alinéa précédent », les mots : « au premier alinéa du présent II. »

**Amendement n° AS 414 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Article 32*

À l'alinéa 9, substituer aux mots : « des rectifications envisagées », les mots : « de la rectification envisagée ».

**Amendement n° AS 415 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Article 32*

À l'alinéa 16, substituer aux mots : « en cas de », les mots : « en cas d'application des ».

**Amendement n° AS 416 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Article 32*

Supprimer le dernier alinéa de cet article.

**Amendement n° AS 417 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Article 60*

À l'alinéa 3, après le mot : « rémunération », insérer les mots : « , à des revenus professionnels ou à des gains ».

**Amendement n° AS 418 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Après l'article 60*

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 243-7-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 243-7-4 ainsi rédigé :

« Art L. 243-7-4.— Dès lors qu'un procès-verbal de travail illégal a été établi et que la situation et le comportement de l'entreprise ou de ses dirigeants mettent en péril le recouvrement des cotisations dissimulées, l'inspecteur du recouvrement peut dresser un procès verbal de flagrance sociale comportant l'évaluation des cotisations précitées.

« Ce procès-verbal est signé par l'inspecteur et par le responsable de l'entreprise. En cas de refus de signer, mention en est faite au procès-verbal.

« L'original du procès-verbal est conservé par l'organisme chargé du recouvrement, et une copie est notifiée au contrevenant.

« La notification par voie d'huissier de ce procès-verbal permet d'effectuer toute saisie conservatoire, et autorise toute prise de garantie dans la limite des cotisations évaluées par l'inspecteur.

« En cas de contestation, la saisine du juge de l'exécution doit intervenir dans les quinze jours suivant la notification de l'huissier. »

**Amendement n° AS 419 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Après l'article 60*

Insérer l'article suivant :

À la fin de la deuxième phrase du troisième alinéa de l'article 1844-5 du code civil, les mots : « trente jours à compter de la publication de celle-ci », sont remplacés par les mots : « soixante jours à compter de la publication de celle-ci au bulletin officiel des annonces civiles et commerciales ».

**Amendement n° AS 420 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Après l'article 60*

Insérer l'article suivant :

Au 5° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « la cotisation à sa charge dans un délai fixé par décret », sont remplacés par les mots : « l'ensemble des cotisations de sécurité sociale à sa charge, ou bénéficie d'octroi de délais de paiement par les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale, dans un délai et des conditions de vérification du paiement effectif des cotisations fixés par décret ».

**Amendement n° AS 421 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Après l'article 60*

Insérer l'article suivant :

Le septième alinéa de l'article L. 243-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« En cas de procédure de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaires, les pénalités, majorations de retard et frais de poursuites dus par le redevable à la date du jugement d'ouverture sont remis, sauf si le passif déclaré résulte en tout ou partie du constat de l'infraction relative au travail dissimulé mentionnée à l'article L. 324-10 du code du travail. »

**Amendement n° AS 422 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Après l'article 60*

Insérer l'article suivant :

L'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« En l'absence de chiffre d'affaires ou de recettes, le travailleur indépendant est tenu de transmettre le formulaire prévu à l'article R. 133-30-2 à l'organisme chargé du calcul et de l'encaissement des cotisations et contributions sociales, dans des conditions fixées par décret. »

**Amendement n° AS 423 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Après l'article 60*

Insérer l'article suivant :

Après le troisième alinéa de l'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 3° Aux agents de contrôle assermentés des organismes de sécurité sociale pour recouvrer des prestations versées indûment à des tiers. »

**Amendement n° AS 424 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Après l'article 60*

Insérer l'article suivant :

À l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, après les mots : « entrée en vigueur » sont insérés les mots : « sous réserve de l'application des articles L. 815-11, L. 815-12 et R 115-6 du code de la sécurité sociale ».

**Amendement n° AS 425 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Après l'article 60*

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 243-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 243-3-1 ainsi rédigé :

« Art L. 243-3-1.— L'article L. 652-3 est applicable au recouvrement des contributions et cotisations sociales dues au titre de l'emploi de personnel salarié ainsi qu'aux majorations et pénalités y afférentes. »

**Amendement n° AS 426 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

*Après l'article 60*

Insérer l'article suivant :

Les III et IV de l'article L. 243-14 du code de la sécurité sociale sont ainsi rédigés :

« III. – Le non-respect des obligations prévues aux I et II entraîne l'application d'une majoration de 0,2 % du montant des sommes dont le versement ou la déclaration a été effectué selon un autre mode de paiement ou de déclaration.

« Le non-respect de l'obligation prévue au II *bis* entraîne l'application d'une pénalité correspondant à 0,2 % du montant des sommes dont la déclaration a été effectuée par une autre voie que la voie dématérialisée.

« IV. – Les règles et les garanties et sanctions attachées au recouvrement des cotisations de sécurité sociale sont applicables aux majorations et pénalités prévues au III. »

**Amendement n° AS 427 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**

*Article 40*

À l'alinéa 2, après les mots : « le suivi de grossesse », insérer les mots : « et dont la grossesse est sans situation à risque ou à faible niveau de risque ».

**Amendement n° AS 428 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**

*Article 40*

« Les maisons de naissance doivent signer une convention avec un établissement de santé tel que défini à l'article L. 6111-1 attenant, autorisé à l'activité de gynécologie-obstétrique. »

**Amendement n° AS 429 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**

*Article 37*

À l'alinéa 7, substituer aux mots : « les prestations d'hospitalisation », les mots : « des activités ».

**Amendement n° AS 430 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**

*Article 42*

I.- À l'alinéa 3, substituer aux mots : « du montant afférent », le mot : « afférente » ;

II.- À l'alinéa 8, supprimer les mots : « correspondant à celles » ;

III.- À l'alinéa 9, substituer aux mots : « du montant afférent », le mot « afférente ».

**Amendement n° AS 431 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**

*Article 49*

I.- À l'alinéa 11, substituer aux mots : « à l'alinéa précédent », les mots : « au deuxième alinéa du présent II » ;

II.- À l'alinéa 11, substituer aux mots : « la présente loi », les mots : « ce même II ».

**Amendement n° AS 432 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et pour l'équilibre général**

*Article 13*

À l'alinéa 3, substituer à la référence : « à l'article L. 7121-8 », les références : « aux articles L. 7121-8 et L. 7123-6 ».

**Amendement n° AS 433 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et pour l'équilibre général**

*Après l'article 13*

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 137-26 du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 12 ainsi rédigée :

« Section 12

« Contribution sur les entreprises de commercialisation en gros de tabacs

« Art. L. 137-27.— I.— Les personnes mentionnées au 2° de l'article 302 G ainsi qu'aux articles 302 H *ter* et 565 du code général des impôts et les personnes qui leur fournissent des produits visés à l'article 564 *decies* du même code sont assujetties à une contribution sur leur chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre de l'activité liée à ces produits.

« L'assiette de la contribution est composée de deux parts. La première part est constituée par le chiffre d'affaires hors taxes réalisé par l'entreprise au cours de l'année civile ; la seconde part est constituée par la différence entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année civile et celui réalisé l'année civile précédente.

« Le montant de la contribution est calculé en appliquant un taux de 5 % à la première part et un taux de 25 % à la seconde part.

« Lorsqu'une entreprise est soumise pour la première fois à la contribution, elle n'est redevable la première année que de la première part. En ce qui concerne le calcul de la seconde part pour la deuxième année d'acquittement de la contribution, et dans le cas où l'entreprise n'a pas eu d'activité commerciale tout au long de la première année civile, le chiffre d'affaires pris en compte au titre de la première année est calculé au prorata de la durée écoulée afin de couvrir une année civile dans son intégralité.

« II.— La contribution est versée de manière provisionnelle le 1<sup>er</sup> septembre de chaque année, pour un montant correspondant à 80 % de la contribution due au titre de l'année civile précédente. Une régularisation annuelle intervient au 31 mars de l'année suivante, sur la base du chiffre d'affaires réalisé pendant l'année civile et déclaré le 15 février de l'année suivante.

« III.— La contribution est recouvrée et contrôlée en application des dispositions prévues aux articles L. 138-20 à L. 138-23. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires, sont précisées par décret en Conseil d'État.

« IV.— Le produit de la contribution est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. »

**Amendement n° AS 434 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et pour l'équilibre général**

*Après l'article 13*

Insérer l'article suivant :

L'alinéa 12 de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans la deuxième phrase, le mot : « trente » est remplacé par le mot : « trois » ;

2° Avant la dernière phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

Il en va de même pour les indemnités et tous avantages octroyés directement, ainsi que les contributions de l'employeur destinées à leur financement, au bénéfice des présidents, directeurs généraux ou directeurs généraux délégués à raison de la cessation ou du changement de leurs fonctions ou postérieurement à celles-ci.

**Amendement n° AS 435 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et pour l'équilibre général**

*Après l'article 32*

Insérer l'article suivant :

Avant le dernier alinéa de l'article L. 213-3 du code monétaire et financier, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 13° Les établissements publics de santé visés à l'article L. 6141-1 du code de la santé publique. »

**Amendement n° AS 437 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et pour l'équilibre général**

*Après l'article 43*

Insérer l'article suivant :

I.— Le 1° du L. 174-3 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « et au titre de l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles ».

II.— L'article L. 254-2 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Quand ces établissements facturent les soins dispensés au titre de l'article L. 254-1, ils facturent ces soins en utilisant les règles définies aux articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale. »

III.— Les pertes de recettes éventuelles pour les établissements hospitaliers sont compensées à due concurrence par une taxe additionnelle aux droits sur les tabacs.

**Amendement n° AS 438 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et pour l'équilibre général**

*Article 47*

Modifier ainsi le tableau de cet article :

I.— À la troisième ligne, substituer au chiffre : « 53,9 », le chiffre : « 45,9 » ;

II.— Après la troisième ligne, insérer la ligne suivante :

« Dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation visée à l'article L. 162-13 du code de la sécurité sociale : 8,0 ».

**Amendement n° AS 439 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et pour l'équilibre général**

*Article 12*

Insérer les deux alinéas suivants :

« 5°bis Le VI est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le bénéfice des dispositions du présent article est réservé aux employeurs à jour de leurs cotisations et contributions sociales. »

**Amendement n° AS 440 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et pour l'équilibre général**

*Article 12*

Après l'alinéa 26, insérer l'alinéa suivant :

« 1<sup>ter</sup>.— Le deuxième alinéa du IV de l'article L. 241-18 du même code est complété par les mots : « et à la condition que l'employeur soit à jour de ses cotisations et contributions sociales ».

**Amendement n° AS 441 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et pour l'équilibre général**

*Article 12*

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« IV.— En 2011 et 2012, en cas d'erreur non intentionnelle des cotisants consécutive à l'application des dispositions du présent article, les organismes chargés du recouvrement ne leur notifient pas de redressements à ce titre. »

**Amendement n° AS 442 présenté par Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour la branche médico-sociale**

*Après l'article 43*

Insérer l'article suivant :

Les quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :

« L'évaluation de la perte d'autonomie des résidents de chaque établissement [réalisée à l'aide de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2] est transmise, pour contrôle et validation, à un médecin appartenant à une équipe médico-sociale du département et à un médecin de l'agence régionale de santé territorialement compétente désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé.

« L'évaluation des besoins en soins requis des résidents de chaque établissement, réalisée à l'aide du référentiel mentionné au III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, est transmise, pour contrôle et validation, à un médecin de l'agence régionale de santé territorialement compétente désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé.

« Une commission régionale de coordination médicale dont la composition, les missions et les modalités d'organisation et de fonctionnement sont définies par un décret en Conseil d'État, détermine le classement définitif, en cas de désaccord entre les deux médecins mentionnés au quatrième alinéa du présent article et en cas de désaccord entre le médecin coordonnateur de l'établissement et le ou les médecins chargés du contrôle et de la validation du niveau de perte d'autonomie des résidents ou de leurs besoins en soins requis.

« Lorsqu'un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes conteste la répartition des résidents qu'il accueille selon les niveaux de perte d'autonomie ou des besoins en soins requis arrêtés dans les conditions mentionnées ci-dessus, il peut introduire un recours devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 351-1. »

**Amendement n° AS 443 présenté par Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour la branche médico-sociale**

*Après l'article 43*

Insérer l'article suivant :

L'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° À la première phrase du huitième alinéa, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « quatre ».

2° À la première phrase du neuvième alinéa, l'année : « 2010 » est remplacée par l'année : « 2012 » ;

3° À la première phrase du dixième alinéa, l'année : « 2011 » est remplacée par l'année date : « 2013 ».

**Amendement n° AS 444 présenté par Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour la branche médico-sociale**

*Après l'article 43*

Insérer l'article suivant :

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

1° Au premier alinéa du I, après les mots : « mentionnés à l'article L.314-3-1 » sont insérés les mots « ainsi qu'au financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3 et des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 qui respectent un cahier des charges fixé par arrêté du ministre chargé des personnes handicapées » ;

2° La première phrase du 1° du I est complétée par les mots : « , ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 » ;

3° Au *b*) du 1° du I, les mots : « et une contribution, par voie de fonds de concours créé par l'État en 2006, au financement des groupes d'entraide mutuelle mentionnés à l'article L. 114-1-1. » sont remplacés par les mots : « et les contributions aux budgets des agences régionales de santé pour le financement des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3. » ;

4° Le *b*) du 1. du I est complété par l'alinéa suivant :

« Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant inscrit au budget de la section. »

5° La première phrase du 2. du I est complétée par les mots : « , ainsi qu'aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3 » ;

6° Le *b*) du 2 du I est complété par les mots suivants : « et les contributions aux budgets des agences régionales de santé pour le financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des personnes malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3. » ;

7° Le *b*) du 2 du I est complété par l'alinéa suivant :

« Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant inscrit au budget de la section. »

II.– Au chapitre III du titre I du livre premier du code de l'action sociale et des familles, après l'article L.113-2, il est inséré un article L. 113-2 bis ainsi rédigé :

« Art. L.113-2 bis . – Les institutions et les professionnels de santé intervenant dans le secteur social, médico-social et sanitaire, sur un même territoire, auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d’alzheimer ou d’une maladie apparentée ou en perte d’autonomie, coordonnent leurs activités au sein de « maisons pour l’autonomie et l’intégration des malades d’Alzheimer ».

« Les conditions de leur fonctionnement répondent à un cahier des charges approuvé par décret, qui fixe notamment les modalités selon lesquelles sont évalués les besoins ainsi que les méthodes mises en œuvre pour assurer le suivi des personnes concernées. »

**Amendement n° AS 445 présenté par Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour la branche médico-sociale**

*Après l'article 43*

Insérer l'article suivant :

L'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les interventions de ces professionnels de santé ne peuvent être qualifiées comme étant une activité salariée conformément à l'article L. 8221-6 du code du travail et à l'article L. 311-11 du code de la sécurité sociale. »

**Amendement n° AS 446 présenté par Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour la branche médico-sociale**

*Article 8*

À la quatrième ligne de la deuxième colonne du tableau de l'alinéa 2, substituer au nombre : « 7,2 », le nombre « 7,3 ».

**Amendement n° AS 447 présenté par Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour la branche médico-sociale et M. Yves Bur**

*Après l'article 43*

Insérer l'article suivant :

L'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

I.– Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Ces conditions peuvent porter sur les modalités selon lesquelles les personnes accueillies ou accompagnées peuvent exercer leur libre choix, notamment avant leur admission au sein de l'établissement d'hébergement en connaissance de cause quant à l'organisation mise en place avec des professionnels salariés. Ces conditions peuvent porter sur des modes de rémunération particuliers autres que le paiement à l'acte et sur le paiement direct des honoraires des professionnels libéraux par l'établissement. »

II.– Le dernier alinéa est complété par les mots et les phrases suivantes :

« sur la base d'un contrat-type établi par un arrêté du ministre chargé des affaires sociales et des personnes âgées. Ce contrat est conclu à la demande de la personne accueillie ou accompagnée, ou de son représentant légal, lorsque les honoraires du professionnel de santé libéral sont remboursés par la caisse primaire d'assurance-maladie à l'assuré social. Ce contrat est conclu à la demande du représentant légal de l'établissement lorsque les honoraires du professionnel de santé libéral sont mis à la charge de l'établissement, selon les règles budgétaires et tarifaires en vigueur, et les options éventuelles exercées par l'établissement. Les contrats conclus

avant la publication de l'arrêté relatif aux contrats-types font l'objet de dispositions transitoires, permettant leur poursuite dans les termes antérieurs, sauf dénonciation de l'une ou l'autre partie. »

**Amendement n° AS 448 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et pour l'équilibre général**

*Après l'article 16*

Insérer l'article suivant :

I.- L'article L. 613-1 du code de la sécurité sociale est complété par un 7° ainsi rédigé :

« 7° Sous réserve des dispositions du 1° de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime, les loueurs de chambres d'hôtes mentionnées à l'article L. 324-3 du code du tourisme. »

II.- L'article L. 622-4 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Sous réserve des dispositions du 1° de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime, sont également affiliés au groupe des professions industrielles et commerciales les loueurs de chambres d'hôtes mentionnées à l'article L. 324-3 du code du tourisme. »

**Amendement n° AS 450 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et pour l'équilibre général**

*Article 36*

Insérer l'article suivant :

Dans les conditions prévues à l'article L. 162-38 du code de la sécurité sociale, les ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale fixent par décision les prix et les marges des traitements de substitution nicotinique.

**Amendement n° AS 451 présenté par MM. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et pour l'équilibre général, Pierre Méhaignerie, Denis Jacquat et Mme Anne Grommerch**

*Article 10*

Compléter la première phrase de l'alinéa 9 par les mots : « , pour leur partie excédant un dixième du plafond mentionné à l'article L. 241-3 ».

**Amendement n° AS 453 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et pour l'équilibre général**

*Article 15*

Compléter l'alinéa 2 par les mots: « et le mot : « au » est remplacé par les mots : « aux 1°, 2° et » ».

**Amendement n° AS 454 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et pour l'équilibre général**

*Article 15*

À l'alinéa 2, substituer au chiffre : « quatre », le chiffre « trois ».

**Amendement n° AS 455 présenté par M. Yves Bur**

*Avant l'article 56*

Insérer l'article suivant :

Le quatrième alinéa de l'article L. 521-2 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le montant de ce versement ne peut excéder 20 % du montant total des allocations familiales. »

**Amendement n° AS 456 présenté par M. Yves Bur**

*Avant l'article 56*

Insérer l'article suivant :

L'article L. 543-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

Lorsqu'un mineur est confié au service de l'aide sociale à l'enfance, la part de l'allocation de rentrée scolaire due à la famille pour cet enfant est versée à ce service, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État.

**Amendement n° AS 457 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et pour l'équilibre général**

*Article 12*

Après l'alinéa 26, insérer l'alinéa suivant :

« *I°bis* Dans la première phrase du I de l'article L. 241-18 du même code, les mots : « cotisations patronales », sont remplacés par les mots : « cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales . »

**Amendement n° AS 458 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et pour l'équilibre général**

*Article 17*

Avant l'alinéa 7, insérer l'alinéa suivant :

« 1A Après la première occurrence du mot : code, la fin du 4° du II de l'article L.163-2 est ainsi rédigée : « et de celles destinées au financement des régimes de retraite visés au I de l'article L. 137-11. »

**Amendement n° AS 459 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

I.– Après l'article L. 6145-16 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6145-16-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 6145-16-1. – Lorsque l'établissement financé à l'activité dégage un excédent au compte de résultat de l'activité principale, le directeur peut décider, après concertation avec le directoire, de répartir tout ou partie de cet excédent aux personnels de l'établissement.

« Cette répartition est opérée sous la forme d'une réduction des cotisations sociales à la charge des personnels bénéficiaires.

« Le montant global des réductions de cotisations consenties à ce titre ne peut dépasser 10 % du montant total des rémunérations brutes. »

II.– Les pertes de recettes pour les organismes de sécurité sociale sont compensées par l'affectation du produit d'une taxe additionnelle aux droits sur les tabacs.

#### **Amendement n° AS 460 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

L'article 47 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 est ainsi modifié :

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

« Après l'article L. 162-30-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-30-2 ainsi rédigé : ».

2° Le début du premier alinéa est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-30-2. – Sur la base ... (*le reste sans changement*) ».

3° Aux premier, deuxième et quatrième à septième alinéas, après chaque occurrence du mot : « médicaments », sont insérés les mots : « mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste » ;

4° Le premier alinéa est complété par les mots : « et des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 » ;

5° Au deuxième alinéa, après le mot : « taux », sont insérés les mots : « et non justifiée au regard de son activité et de sa patientèle, et que ce dépassement résulte notamment du non-respect des obligations prévues aux articles L. 162-2-1 du présent code et L. 5125-23 du code de la santé publique » ;

6° Au quatrième alinéa, après le mot : « établissement », sont insérés les mots : « , corrélée à son activité et à sa patientèle, ».

#### **Amendement n° AS 461 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**

*Après l'article 42*

Insérer l'article suivant :

Avant le dernier alinéa de l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 9° de publier annuellement un bilan national et comparatif par région, quantitatif et qualitatif, de la prévalence des actes et interventions chirurgicales réalisés par les établissements de santé. »

#### **Amendement n° AS 462 présenté par M. Jean-Pierre Door**

##### *Article 20*

Aux alinéas 2, 4, 5 et 6, substituer au montant « 20 millions d'euros », le montant : « 30 millions d'euros ».

#### **Amendement n° AS 463 présenté par MM. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et pour l'équilibre général et Jean-Pierre Door**

##### *Article 3*

Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

« II. –Le même article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Si la somme des versements effectués à la date d'entrée en vigueur de la loi n° ... du ... de financement de la sécurité sociale pour 2011 par un organisme assujéti excède le montant dont il est redevable, le solde lui est reversé avant le 1<sup>er</sup> avril 2011. »

#### **Amendement n° AS 464 présenté par MM. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et pour l'équilibre général et Jean-Pierre Door**

##### *Après l'article 3*

Insérer l'article suivant :

I.– Les articles L. 862-2 à L. 862-8 du code de la sécurité sociale sont ainsi modifiés :

1° Au b) de l'article L. 862-2, le mot « déductions » est remplacé par le mot « imputations ».

2° Au a) de l'article L. 862-3, le mot « contribution » est remplacé par le mot « taxe ».

3° L'article L. 862-4 est remplacé par les dispositions suivantes :

« I. – Il est perçu, au profit du fonds visé à l'article L. 862-1, une taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance afférentes aux garanties de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé souscrites au bénéfice de personnes physiques résidentes en France, à l'exclusion des réassurances .

« La taxe est assise sur la cotisation correspondant à ces garanties et stipulée au profit d'une mutuelle régie par le code la mutualité, d'une institution de prévoyance régie par le livre IX du présent code ou par le livre VII du code rural, d'une entreprise régie par le code des assurances ou un organisme d'assurance maladie complémentaire étranger non établi en France mais admis à y opérer en libre prestation de service.

« Son fait générateur est l'échéance principale du contrat. Elle est perçue par l'organisme mentionné au deuxième alinéa ou son représentant fiscal pour le compte des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale territorialement compétents. Elle est liquidée sur le montant des cotisations

émises, ou à défaut d'émission, recouvrées, au cours de chaque trimestre, nettes d'annulations ou de remboursements. Elle est versée au plus tard le dernier jour du premier mois qui suit le trimestre considéré.

« Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget précise les documents à fournir par les organismes mentionnés au second alinéa à l'appui de leurs versements.

« II – Le taux de la taxe est fixé à 6,27 %.

« III – Les organismes visés au deuxième alinéa du I perçoivent, par imputation sur le montant de la taxe collectée selon les dispositions du I et du II ci-dessus, un montant égal, pour chaque organisme, au produit de la somme de 92,50 euros par le nombre de personnes bénéficiant, le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil considéré, de la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 au titre des dispositions du b de l'article L. 861-4. Ils perçoivent également, selon la même procédure, un montant correspondant, pour chaque organisme, au quart du crédit d'impôt afférent aux contrats en vigueur le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil. »

4° L'article L. 862-5 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est supprimé ;

b) Dans la première phrase du deuxième alinéa, les mots « Ces sommes sont recouvrées et contrôlées » sont remplacés par les mots « La taxe visée aux I et II de l'article L. 862-4 est recouvrée et contrôlée ».

5° La première phrase de l'article L. 862-6 est remplacée par la phrase suivante : « Lorsque le montant de la taxe collectée en application des I et II de l'article L. 862-4 est inférieur au montant des imputations découlant de l'application du III du même article, les organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4 demandent au fonds le versement de cette différence au plus tard le dernier jour du premier mois du trimestre considéré. »

6° L'article L. 862-7 est ainsi modifié :

a) Dans le a) le mot « déduction » est remplacé par le mot « imputation »

b) Le c) est ainsi rédigé :

« c) Les organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4 communiquent aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général les informations relatives aux cotisations émises ainsi que les éléments nécessaires à la détermination des imputations mentionnées au III du même article ; ils communiquent au fonds les éléments nécessaires à l'application de l'article L. 862-6 et l'état des dépenses et recettes relatives à la protection complémentaire mises en œuvre au titre du b de l'article L. 861-4 ; »

7° Le dernier alinéa de l'article L. 862-8 est rédigé comme suit : « Le fonds et les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale territorialement compétents disposent, à l'égard des associations constituées en application du présent article, des mêmes pouvoirs de contrôle qu'à l'égard des organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4. »

II.– Au premier alinéa de l'article L. 863-1 du même code, les mots « contribution due » sont remplacés par les mots « taxe collectée ».

III.– Les dispositions du présent article s'appliquent à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011.

#### **Amendement n° AS 465 présenté par MM. Yves Bur, Pierre Morange, Jean Mallot et Dominique Tian**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

I.– La deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° Après le mot : « logiciels », sont insérés les mots suivants : « intègrent les recommandations et avis mentionnés au onzième alinéa de l'article L. 161-37, » ;

2° Après les mots : « montant total de la prescription », sont insérés les mots suivants : «, d'indiquer l'appartenance d'un produit au répertoire des génériques ».

II.– L'article L. 162-5 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 21° Le cas échéant, le montant et les conditions d'attribution d'une aide à l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié suivant la procédure prévue à l'article L. 161-38. »

#### **Amendement n° AS 466 présenté par M. Yves Bur**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

I.– L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un 21° ainsi rédigé :

« 21° Le cas échéant, la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, la participation à la permanence de soins, le contrôle médical, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. La contrepartie financière est liée à l'atteinte des objectifs par le professionnel de santé. »

II.– L'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale est complété par un 9° ainsi rédigé :

« 9° Le cas échéant, la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, la participation à la permanence de soins, le contrôle médical, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. La contrepartie financière versée est liée à l'atteinte des objectifs par le centre de santé. »

III.– L'article L. 111-11 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ces propositions sont accompagnées également d'un bilan détaillé de la mise en œuvre du 21° de l'article L. 162-5 et du 9° de l'article L. 162-32-1. Ce bilan présente les engagements souscrits par les professionnels, analyse l'exigence des objectifs retenus et présente le taux d'atteinte de ces objectifs. Il indique les critères retenus pour l'attribution de la rémunération versée et le montant moyen de cette rémunération. Il évalue les économies résultant pour l'assurance maladie de l'atteinte des objectifs susmentionnés. »

#### **Amendement n° AS 467 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**

*Article 34*

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« II.– Au premier aliéna de l'article L. 162-14-1-1, le chiffre : « six », est remplacé par le chiffre : « six ». »

**Amendement n° AS 468 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

L'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale est complété par un 9° ainsi rédigé :

« 9° Le cas échéant, la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, la participation à la permanence de soins, le contrôle médical, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. La contrepartie financière versée est liée à l'atteinte des objectifs par le centre de santé. »

**Amendement n° AS 469 présenté par MM. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail et Jean-Luc Prél**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un 21° ainsi rédigé :

« 21° Le cas échéant, la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, la participation à la permanence de soins, le contrôle médical, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. La contrepartie financière est liée à l'atteinte des objectifs par le professionnel de santé. »

**Amendement n° AS 470 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

Le deuxième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Il organise le développement des activités de dialyse à domicile. »

**Amendement n° AS 471 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

La première phrase de l'article L. 5125-15 du code de la santé publique est ainsi rédigée :

« Le nombre de licences prises en compte pour l'application des conditions prévues aux deux premiers alinéas de l'article L. 5125-11 à l'issue d'un regroupement d'officines dans la même commune ou dans des communes limitrophes est le nombre de d'officines regroupées. »

**Amendement n° AS 472 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**

*Après l'article 43*

Insérer l'article suivant :

I.— L'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° au huitième alinéa, le chiffre « deux » est remplacé par le chiffre « quatre » ;

2° au neuvième alinéa, l'année « 2010 » est remplacée par l'année « 2012 » ;

3° au dixième alinéa, l'année « 2011 » est remplacée par l'année « 2013 ».

II.— En conséquence, au IV de l'article 64 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009, ainsi qu'au III de l'article 54 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010, l'année « 2011 » est remplacée par l'année « 2013 ».

**Amendement n° AS 473 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**

*Après l'article 39*

Insérer l'article suivant :

L'article L. 1142-21-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Les mots : « à l'occasion d'un acte lié à la naissance » sont supprimés ;

2° Après la référence: « L. 1142-2 », la fin de l'article est ainsi rédigée : « , sans que l'office puisse se retourner contre le professionnel. ».

**Amendement n° AS 474 présenté par MM. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, Jean-Luc Prél et Claude Leteurtré**

*Avant l'article 48*

Insérer l'article suivant :

Il est institué un comité national de pilotage de l'assurance vieillesse des médecins exerçant à titre libéral. Ce comité comprend des représentants de l'État, de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, de la section professionnelle mentionnée à l'article L. 641-5 compétente pour les médecins et des organisations syndicales représentatives des médecins généralistes et des médecins spécialistes pour tout le territoire. Chaque année, au plus tard le 15 septembre, il remet au Parlement et au Gouvernement un rapport sur l'équilibre financier des régimes d'assurance vieillesse des médecins exerçant à titre libéral.

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

**Amendement n° AS 475 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**

*Après l'article 60*

Insérer l'article suivant :

Après le premier alinéa du V de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La personne physique et morale en cause peut être entendue par la commission mentionnée au premier alinéa du présent V et se faire assister ou représenter devant elle par la personne de son choix. »

**Amendement n° AS 476 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

À l'article L. 1142-21-1 du code de la santé publique, après les mots : « anesthésie-réanimation, », sont insérés les mots suivants :

« ou lorsque qu'une sage-femme régie au moment des faits par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale et exerçant dans un établissement de santé, ».

**Amendement n° AS 477 présenté par M. Yves Bur**

*Après l'article 36*

Insérer l'article suivant :

L'avant-dernier alinéa de l'article L. 862-7 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ce rapport présente une prévision des recettes et des dépenses du fonds pour les trois exercices à venir, assortie d'une explication des hypothèses sous-jacentes. »