



N° 3869

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 20 octobre 2011.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE
PROJET DE LOI *de financement de la sécurité sociale pour 2012* (n° 3790)

TOME VI

**TABLEAU COMPARATIF
ET AMENDEMENTS EXAMINÉS PAR LA COMMISSION**

PAR MM. YVES BUR, JEAN-PIERRE DOOR, MME BÉRENGÈRE POLETTI,
M. DENIS JACQUAT ET MME MARTINE PINVILLE,

Députés.

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **1 à 5, 8, 10 à 32, 62 à 68** figurent dans le rapport de M. Yves Bur, sur les recettes et l'équilibre général (n° 3869, tome I).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **6, 7, 9, 33 à 36, 39 à 48 et 53 à 56** figurent dans le rapport de M. Jean-Pierre Door, sur l'assurance maladie et les accidents du travail (n° 3869, tome II).

Les débats en commission sur les articles **37 et 38** figurent dans le rapport de Mme Bérengère Poletti sur le secteur médico-social (n° 3869, tome III).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **49 à 52, 60 et 61** figurent dans le rapport de M. Denis Jacquat, sur l'assurance vieillesse (n° 3869, tome IV).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **57 à 59** figurent dans le rapport de Mme Martine Pinville, sur la famille (n° 3869, tome V).

Le tableau comparatif et l'annexe consacrée aux amendements examinés en commission figurent dans le fascicule n° 3869, tome VI.

SOMMAIRE

	Pages
TABLEAU COMPARATIF	5
ANNEXE 1 : TABLEAUX FIGURANT DANS LES ARTICLES DU PROJET DE LOI	241
ANNEXE 2 : RAPPORTS ANNEXÉS AU PROJET DE LOI	249
ANNEXE 3 : ARTICLES MENTIONNÉS DANS LE PROJET DE LOI	263
AMENDEMENTS EXAMINÉS PAR LA COMMISSION	381

TABLEAU COMPARATIF¹

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
	<p data-bbox="455 371 744 418">Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012</p> <p data-bbox="503 444 695 465">PREMIÈRE PARTIE</p> <p data-bbox="455 516 744 564">DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2010</p> <p data-bbox="556 615 642 637">Article 1^{er}</p> <p data-bbox="435 666 768 713">Au titre de l'exercice 2010, sont approuvés :</p> <p data-bbox="435 717 768 808">1° Le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : Cf. tableau en annexe 1</p> <p data-bbox="435 837 768 910">2° Le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale : Cf. tableau en annexe 1</p> <p data-bbox="435 939 768 1055">3° Le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : Cf. tableau en annexe 1</p> <p data-bbox="435 1084 768 1175">4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 161,8 milliards d'euros ;</p> <p data-bbox="435 1204 768 1277">5° Les recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, s'élevant à 2,3 milliard d'euros ;</p> <p data-bbox="435 1306 768 1379">6° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 5,1 milliards d'euros.</p> <p data-bbox="561 1423 638 1445">Article 2</p> <p data-bbox="435 1474 768 1563">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 défi-</p>	<p data-bbox="797 371 1093 418">Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012</p> <p data-bbox="845 444 1037 465">PREMIÈRE PARTIE</p> <p data-bbox="797 516 1093 564">DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2010</p> <p data-bbox="898 615 984 637">Article 1^{er}</p> <p data-bbox="869 666 1013 687">Sans modification</p> <p data-bbox="903 1423 980 1445">Article 2</p> <p data-bbox="864 1474 1013 1496">Sans modification</p>

¹ Les dispositions suivies d'un astérisque sont détaillées en Annexe 3

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>Art. L. 134-3. – La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés prend en charge, pour l'ensemble des agents en activité et des retraités relevant du régime spécial de sécurité sociale de la Société nationale des chemins de fer français la partie des risques donnant lieu aux prestations en nature des assurances maladie et maternité prévues au livre III.</p> <p>La caisse de prévoyance de la Société nationale des chemins de fer français, à laquelle les intéressés restent immatriculés, assure, pour le compte du régime général, la gestion des risques mentionnés à l'alinéa ci-dessus, la Société nationale des chemins de fer français continuant à dispenser aux agents en activité les soins médicaux et paramédicaux. La caisse de prévoyance assure à ses ressortissants l'ensemble des prestations qu'elle servait au 31 décembre 1970.</p> <p>Art. L. 134-5. – Le taux des cotisations dues au régime général par les</p>	<p>cits constatés à l'occasion de l'approbation, à l'article 1^{er} de la présente loi, des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2010 ; ainsi que présentant un tableau établi au 31 décembre 2010 retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit.</p> <p>DEUXIÈME PARTIE</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2011</p> <p>Section 1 Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale</p> <p>Article 3</p> <p>Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Au deuxième alinéa de l'article L. 134-3, les mots : « La caisse de prévoyance de la Société nationale des chemins de fer français » sont remplacés par les mots suivants : « La caisse chargée de la gestion du régime spécial d'assurance maladie de la Société nationale des chemins de fer français » ;</p> <p>2° L'article L. 134-5 est ainsi modifié :</p>	<p>DEUXIÈME PARTIE</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2011</p> <p>Section 1 Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale</p> <p>Article 3</p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur

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 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.

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.

Texte du projet de loi

a) Au deuxième alinéa, les mots : « la caisse de prévoyance » sont remplacés par les mots suivants : « la caisse chargée de la gestion du régime spécial d'assurance maladie de la Société nationale des chemins de fer français » ;

b) Le troisième alinéa est complété par la phrase suivante : « Lorsque la branche maladie maternité d'un régime débiteur, considérée hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, est déficitaire, le solde dont elle est redevable est plafonné à hauteur du déficit, considéré hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, de la branche maladie maternité du régime créancier ».

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

La gestion des risques mentionnés au premier alinéa demeure assurée par la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires à laquelle 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.

Texte du projet de loi

3° Le quatrième alinéa de l'article L. 134-5-1 est complété par la phrase suivante : « Lorsque la branche maladie-maternité d'un régime débiteur, considérée hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, est déficitaire, le solde dont elle est redevable est plafonné à hauteur du déficit, considéré hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, de la branche maladie maternité du régime créancier. »

Article 4

Au titre de l'année 2011, sont rectifiées, 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

Propositions de la Commission

Article 4

Sans modification

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011	<p>3° Les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :</p> <p>Cf. tableau en annexe 1</p> <p>Article 5</p> <p>I. – Au titre de l'année 2011, l'objectif d'amortissement rectifié de la dette sociale par la caisse d'amortissement de la dette sociale demeure fixé conformément au I de l'article 37 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011.</p> <p>II. – Au titre de l'année 2011, les prévisions rectifiées des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites demeurent fixées conformément au II du même article 37.</p> <p>III. – Au titre de l'année 2011, les prévisions rectifiées de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à 0,39 milliard d'euros.</p>	<p>Article 5</p> <p>Sans modification</p>
	<p>Section 2</p> <p>Dispositions relatives aux dépenses</p>	<p>Section 2</p> <p>Dispositions relatives aux dépenses</p>
Art. 85. – 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>Article 6</p> <p>Au II de l'article 85 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011, le montant : « 347,71 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 289,72 millions d'euros ».</p>	<p>Article 6</p> <p>Sans modification</p>
III. – Le montant de la dotation globale pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>des infections nosocomiales est fixé à 10 millions d'euros pour l'année 2011.</p> <p>Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011</p> <p>Art. 85. – IV. – 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.</p> <p>.....</p>	<p>Article 7</p> <p>Au IV de l'article 85 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011, le montant : « 151 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 161 millions d'euros ».</p> <p>Article 8</p> <p>I. – Au titre de l'année 2011, 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>Cf. tableau en annexe 1</p> <p>II. – Au titre de l'année 2011, les prévisions rectifiées des objectifs de dépenses, par branche, du régime général de sécurité sociale sont fixées à :</p> <p>Cf. tableau en annexe 1</p> <p>Article 9</p> <p>Au titre de l'année 2011, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs demeurent fixés conformément au tableau de l'article 90 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011.</p>	<p>Article 7</p> <p><i>Le Gouvernement remet au Parlement un rapport visant à expliquer les raisons de l'importance de la dotation de gestion allouée aux agences régionales de santé.</i></p> <p>Amendement 138</p> <p>Article 8</p> <p>Sans modification</p> <p>Article 9</p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
	TROISIÈME PARTIE	TROISIÈME PARTIE
	DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2012	DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2012
	Section 1 Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement	Section 1 Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement
	Article 10	Article 10
Code de la sécurité sociale		<i>I. – L'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</i>
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 :		<i>« 1° Le 2° est supprimé ;</i>
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 ;		<i>« 2° Il est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Par dérogation au premier alinéa, ne sont pas assujettis à cette contribution les employeurs de moins de dix salariés au titre des contributions versées au bénéfice des salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit pour le financement de prestations complémentaires de prévoyance. »</i>
	L'article L. 137-16 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :	Amendement 139
Art. L. 137-16. – Le taux de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 est fixé à 6 %.	1° Au premier alinéa, le taux : « 6 % » est remplacé par le taux : « 8 % » ;	<i>II –</i>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Le produit de cette contribution est versé :</p>		
<p>1° A la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, pour la part correspondant à un taux de 1,65 % ;</p>	<p>2° Au troisième alinéa, le taux : « 1,65 % » est remplacé par le taux : « 3,65 % ».</p>	<p>2° Au taux : « 5 % »</p>
<p>2° Au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour la part correspondant à un taux de 4,35 %, dont une part correspondant à un taux de 0,77 % à la section du fonds de solidarité vieillesse mentionnée à l'article L. 135-3-1.</p>		<p style="text-align: center;">Amendement 140</p> <p>3° Au 2°, les taux : « 4,35 % » et « 0,77 % » sont respectivement remplacés par les taux : « 3 % » et « 0,5 % ».</p>
<p style="text-align: center;">Livre I^{er} Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base Titre III Dispositions communes relatives au financement Chapitre VII Recettes diverses Section 1 Taxe sur les contributions au bénéfice des salariés pour le financement des prestations complémentaires de prévoyance</p>		<p style="text-align: center;"><i>III. – La section 1 du chapitre VII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :</i> 1° Son intitulé est ainsi rédigé : « Dispositions communes » ;</p>
<p>Art. L. 137-1. – Il est institué à la charge des employeurs une taxe sur les contributions des employeurs et des organismes de représentation collective du personnel versées, à compter du 1er janvier 1996, au bénéfice des salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit, pour le financement de prestations complémentaires de prévoyance. Toutefois, ne sont pas assujettis à la taxe les employeurs occupant neuf salariés au plus tels que définis pour les règles de recouvrement des cotisations de sécurité sociale.</p>		<p>2° Les articles L. 137-1 et L. 137-2 sont abrogés ;</p>
<p>Art. L. 137-2. – Le taux de cette taxe est fixé à 8 %.</p>		
<p>Art. L. 137-3. – Cette taxe est recouvrée et contrôlée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale, selon les règles et sous les garanties et</p>		<p>3° L'article L. 137-3 est ainsi modifié :</p> <p>a) Au premier alinéa, les mots : « Cette taxe est recouvrée et contrôlée » sont remplacés par les mots : « Les contributions mentionnées au présent chapitre, sauf dispositions expresses contraires, sont recouvrées et contrôlées » ;</p>

Dispositions en vigueur

sanctions applicables au recouvrement des cotisations à la charge des employeurs assises sur les gains et rémunérations de leurs salariés. Sont applicables les dispositions de l'article L. 133-3 et des chapitres 3 et 4 du titre IV du livre II dans leur rédaction en vigueur à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale.

Les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et les caisses générales de sécurité sociale sont habilitées à effectuer tout contrôle sur le versement de la taxe dans les conditions fixées au chapitre 3 du titre IV du livre II dans sa rédaction en vigueur à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale.

Toutefois, la taxe à la charge des employeurs relevant du régime agricole est directement recouvrée et contrôlée par les caisses de mutualité sociale agricole, dans les conditions prévues par les articles 1032 à 1036, 1143 à 1143-6 et 1246 du livre VII du code rural, ainsi que par les décrets n° 50-1225 du 21 septembre 1950, n° 76-1282 du 29 décembre 1976, n° 79-707 du 8 août 1979 et n° 80-480 du 27 juin 1980, dans leur rédaction en vigueur à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale.

Art. L. 137-4. – Les différends nés de l'assujettissement à la taxe visée à l'article L. 137-1 relèvent du contentieux général de la sécurité sociale et sont réglés selon les dispositions applicables aux cotisations de sécurité sociale, conformément aux dispositions du chapitre 3 du titre III et des chapitres 2 et 4 du titre IV du livre Ier du présent code et, en outre, du chapitre 5 du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime pour le régime agricole, dans leur rédaction en vigueur à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale. Toutefois, les décisions rendues par les tribunaux de sécurité sociale jugeant de ces différends sont susceptibles d'appel quel que soit le montant du litige.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

b) Au deuxième alinéa, les mots « de la taxe » sont remplacés par les mots « de ces contributions » ;

c) Au dernier alinéa, les mots : « la taxe » sont remplacés par les mots : « les contributions » et les mots : « est directement recouvrée et contrôlée » sont remplacés par les mots : « sont directement recouvrées et contrôlées » ;

4° Au premier alinéa de l'article L. 137-4, les mots : « à la taxe visée à l'article L. 137-1 relèvent » sont remplacés par les mots : « aux contributions mentionnées au présent chapitre relèvent, sauf dispositions expresses contraires, ».*

Amendement 141

Dispositions en vigueur

Cf. annexe 3

Code du travail

Art. L. 6331-42. – La caisse BTP Prévoyance met en oeuvre toute action précontentieuse ou contentieuse relative au recouvrement de la cotisation à l'encontre des entreprises redevables défallantes.

À défaut, le recouvrement de cette cotisation est opéré selon les règles ainsi que sous les sûretés, garanties et sanctions applicables aux taxes sur le chiffre d'affaires telles qu'elles sont prévues par l'article L. 137-4 du code de la sécurité sociale pour la taxe mentionnée à l'article L. 137-1 du même code.

Art. L. 241-10. – 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 ti-

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

III. – Le 2° de l'article L. 131-8, le 2. de l'article L. 137-5, le III des articles L. 137-10 et L. 137-11, la dernière phrase de l'article L. 137-12 ainsi que le IV de l'article L. 137-13 du même code sont supprimés et l'article L.137-17 du même code est abrogé.

Amendement 141

IV. – Au second alinéa de l'article L. 6331-42 du code du travail, les mots : « la taxe mentionnée à l'article L. 137-1 » sont remplacés par les mots : « les contributions mentionnées au chapitre VII du titre III du livre I^{er} »*

Amendement 141

Article additionnel après l'article 10

I. – Le premier alinéa du III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La référence : « L. 122-1-1 » est remplacée par la référence : L.1242-2 » ;*

2° Les mots « les centres communaux » sont précédés du mot : « par » ;

Dispositions en vigueur

tre de l'aide sociale ou ayant passé convention avec un organisme de sécurité sociale sont exonérées des cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocation familiales pour la fraction versée en contrepartie de l'exécution des tâches effectuées au domicile à usage privatif des 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.

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

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

3° Les mots « de prestations d'aide ménagère » sont précédés du mot : « soit » ;

4° Il est complété par les mots : « , soit des prestations mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 222-3 du code de l'action sociale et des familles* ou de prestations d'aide et d'accompagnement aux familles dans le cadre d'une convention conclue entre ces associations ou organismes et un organisme de sécurité sociale. ».

II. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Amendement 142

Article additionnel après l'article 10

Dispositions en vigueur

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.

Est exclue de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa, dans la limite d'un montant fixé à trois fois la valeur annuelle du plafond mentionné à l'article L. 241-3, la part des indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail ou de la cessation forcée des fonctions de mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 ter du code général des impôts qui n'est pas imposable 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.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

À la première phrase du douzième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, le chiffre : « trois » est remplacé par le chiffre : « deux ».

Amendement 143

Dispositions en vigueur

Art. L. 242-1-4. – Toute somme ou avantage alloué à un salarié par une personne n'ayant pas la qualité d'employeur en contrepartie d'une activité accomplie dans l'intérêt de ladite personne est une rémunération au sens de l'article L. 242-1.

Dans les cas où le salarié concerné exerce une activité commerciale 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 au titre de cette activité, les cotisations des assurances sociales, 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.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Article additionnel après l'article 10

I. – L'article L. 242-1-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « est une rémunération au sens de l'article L. 242-1* » sont remplacés par les mots : « est assujettie aux cotisations de sécurité sociale et aux contributions mentionnées aux articles L. 136-1 du présent code*, L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles* et 14 de l'ordonnance n°96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale* » ;

2° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

a) Les mots : « les cotisations des assurances sociales, 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 » sont remplacés par les mots : « cette personne tierce verse à l'organisme de recouvrement dont elle dépend une contribution libératoire » ;

b) Les mots : « Les autres cotisations d'origine légale ou conventionnelle rendues obligatoires par la loi » sont remplacés par les mots : « Les cotisations et contributions mentionnées au premier alinéa » ;

c) Les mots : « la part supérieure à ce plafond est assujettie à toutes les cotisations et contributions d'origine légale ou conventionnelle » sont remplacés par les mots : « les dispositions du présent alinéa ne s'appliquent pas » ;

Dispositions en vigueur

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 deuxième alinéa du présent article.

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.

Le deuxième alinéa du présent article n'est ni applicable ni opposable aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du présent code 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 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.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

3° Au dernier alinéa, les mots : « les contributions et les cotisations mentionnées au deuxième alinéa » sont remplacés par les mots : « les branches de la sécurité sociale, les organismes concourant à leur financement et les organismes qui financent et gèrent des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ».

II. – Les pertes de recettes pour les organismes de sécurité sociale sont

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Code de la sécurité sociale

Article 11

Article 11

Sans modification

Art. L. 241-13. – I. – Les cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales qui sont assises sur les gains et rémunérations inférieurs au salaire minimum de croissance majoré de 60 %, font l'objet d'une réduction dégressive.

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. 5422-13 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.

Cette réduction n'est pas applicable aux gains et rémunérations versés par les employeurs relevant des dispositions du titre 1er 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 année civile, pour chaque salarié. Il est égal au produit de la rémunération annuelle, telle que définie à l'article L. 242-1 par un coefficient, selon des modalités fixées par décret. Ce coefficient est déterminé par application d'une formule fixée par décret. Il est fonction du rapport entre la rémunération annuelle 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 cor-

I. – Le premier alinéa du III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les mots : « hors rémunération des heures complémentaires et supplémentaires dans la limite, en ce qui concerne la majoration salariale corres-

compensées à due concurrence par le produit d'une taxe additionnelle au droit de consommation sur les tabacs visé à l'article 575 du code général des impôts.

Amendement 144

Dispositions en vigueur

respondante, des taux de 25 % ou 50 %, selon le cas, prévus au I de l'article L. 3121-22 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 et le salaire minimum de croissance calculé pour un an sur la base de la durée légale du travail. 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 annuelle 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 toute l'année, 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.

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.

Pour les gains et rémunérations versés par les employeurs de un à dix-neuf salariés au sens des articles L. 620-10 et L. 1251-54 du code du travail, la valeur maximale du coefficient est de 0,281. Cette valeur est atteinte et devient nulle dans les conditions mentionnées à l'alinéa précédent.

Cette valeur maximale de 0,281 est également applicable aux groupements d'employeurs visés à l'article L. 1253-1 et L. 1253-2 du code du travail pour les salariés mis à la disposition, pour plus de la moitié du temps de travail effectué sur l'année, des mem-

Texte du projet de loi

pondante, des taux de 25 % ou 50 %, selon le cas, prévus au I de l'article L. 3121-22 du code du travail* et à l'article L. 713-6 du code rural et de la pêche maritime* et » sont supprimés ;

2° Après les mots : « durée légale du travail », sont insérés les mots : « augmentée, le cas échéant, du nombre d'heures complémentaires ou supplémentaires, sans prise en compte des majorations auxquelles elles donnent lieu ».

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

bres 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.

IV. – 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 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. 3141-30 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. – Les modalités selon lesquelles les cotisations dues au titre des 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.

VI. – Le bénéfice des dispositions du présent article est cumulable 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 du cas prévu à l'alinéa précédent, 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.

VII. – Lorsque l'employeur n'a

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>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.</p>	<p>II. - L'article L. 131-8 du même code est ainsi modifié :</p>	
<p>VIII. – Le montant de la réduction est imputé sur les cotisations de sécurité sociale mentionnées au I dans des conditions définies par arrêté.</p>	<p>1° Au premier alinéa, après les mots « sécurité sociale », sont insérés les mots « et les fonds mentionnés au présent article » ;</p>	
<p>Art. L. 131-8. – Les organismes de sécurité sociale perçoivent le produit d'impôts et taxes dans les conditions fixées ci-dessous :</p>	<p>2° Le 1° est ainsi modifié :</p>	
<p>1° Le 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, est versé :</p>	<p>a) Au deuxième alinéa, le taux : « 59,9 % » est remplacé par le taux : « 59,03 % » ;</p>	
<p>-à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 59,9 % ;</p>	<p>b) Au troisième alinéa, le taux : « 23,4 % » est remplacé par le taux : « 24,27 % ».</p>	
<p>-à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 23,4 % ;</p>		
<p>-au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour une fraction correspondant à 16,7 % ;</p>		
<p>2° Le produit de la taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire, mentionnée à l'article L. 137-1, est versé à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 ;</p>		
<p>3° Le produit de la taxe sur les primes d'assurance automobile, mentionnée à l'article L. 137-6, est versé à la branche mentionnée au 4° du même article L. 200-2 ;</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>4° Le produit de la taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par les commerçants de gros en produits pharmaceutiques est versé à la branche mentionnée au 1° du même article L. 200-2 ;</p>	<p>3° Après le 6°, il est inséré un 7° ainsi rédigé :</p> <p>« 7° Le produit du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts* est versé :</p> <p>« – à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2*, pour une fraction correspondant à 58,10 % ;</p> <p>« – à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2*, pour une fraction correspondant à 7,86 % ;</p> <p>« – à la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime*, pour une fraction correspondant à 15,44 % ;</p> <p>« – au régime d'assurance vieillisse complémentaire obligatoire mentionné à l'article L. 732-56 du code rural et de la pêche maritime*, pour une fraction correspondant à 1,89 % ;</p> <p>« – aux branches mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 722-27 du code rural et de la pêche maritime*, pour une fraction correspondant à 9,18 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget ;</p>	
<p>5° Le produit de la taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par les fournisseurs de tabacs, dans des conditions fixées par décret, est versé à la branche mentionnée au même 1° ;</p>		
<p>6° Le produit du droit de licence sur la rémunération des débitants de tabacs mentionné à l'article 568 du code général des impôts est versé à la branche mentionnée au même 1°.</p>		
<p>L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et répartir le produit des taxes et des impôts mentionnés, dans les conditions prévues au présent article.</p>		

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« – à l'établissement national des invalides de la marine, à la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires, aux régimes de sécurité sociale d'entreprise de la société nationale des chemins de fer français et de la régie autonome des transports parisiens et à la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines, pour une fraction correspondant à 0,60 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ;

« – au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante institué par le III de l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999*, pour une fraction correspondant à 0,31 % ;

« – au fonds mentionné à l'article L. 351-6 du code de la construction et de l'habitation*, pour une fraction correspondant à 1,48 % ;

« – au fonds mentionné à l'article L. 5423-24 du code du travail*, pour une fraction correspondant à 1,25 % ;

« – à la compensation, dans les conditions définies par l'article 53 de la loi n° 2007-1822 du 24 décembre 2007 de finances pour 2008*, des mesures définies aux articles L. 241-17* et L. 241-18*, pour une fraction correspondant à 3,89 % . ».

III. – À titre dérogatoire, l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de la présente loi est applicable, pour l'année 2012, sous réserve des adaptations suivantes de son 7° :

- au deuxième alinéa, le taux :
« 58,10 % » est remplacé par le taux :
« 52,33 % » ;

- au troisième alinéa, le taux :
« 7,86 % » est remplacé par le taux :
« 11,17 % » ;

- au sixième alinéa, le taux :
« 9,18 % » est remplacé par le taux :
« 10 % » ;

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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 L. 381-1 et L. 742-1 du présent code, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires ;

2° Les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2.

Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté ministériel pour certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés.

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.

Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont en outre constituées par :

1° Une fraction égale à 38,81 % du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts ;

- au septième alinéa, le taux : « 0,60 % » est remplacé par le taux : « 0,66 % » ;

- il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« - à la branche mentionnée au 2° de l'article L. 200-2 du présent code*, pour une fraction correspondant à 1,58 % . »

IV. – L'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le septième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« 1°) Le produit des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8*, dans les conditions fixées par cet article ; »

Dispositions en vigueur

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 ;

3° La taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par :

a) Les fabricants de lunettes ;

b) Les fabricants d'équipements d'irradiation médicale, d'équipements électromédicaux et électrothérapeutiques ;

c) Les médecins généralistes ;

d) Les établissements et services hospitaliers ;

e) Les établissements et services d'hébergement médicalisé pour personnes âgées ;

f) Les sociétés d'ambulance ;

4° La part du produit de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 fixée au 1° de l'article L. 137-16 ;

5° Une fraction des prélèvements sur les jeux et paris prévus aux articles L. 137-20, L. 137-21 et L. 137-22 ;

6° La part du produit des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 fixée au dernier alinéa du II de l'article L. 245-16.

Art. L. 241-6. – Les charges de prestations familiales sont couvertes par des cotisations, ressources et contributions centralisées par la caisse nationale des allocations familiales qui suit l'exécution de toutes les dépenses.

Les cotisations et ressources mentionnées à l'alinéa précédent comprennent :

Texte du projet de loi

2° Il est complété par un 8° ainsi rédigé :

« 8°) Une fraction du produit de la taxe mentionnée au 2° bis de l'article 1001 du code général des impôts* ; »

V. – L'article L. 241-6 du code de la sécurité sociale est complété par un 8° ainsi rédigé :

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

1° des cotisations proportionnelles à l'ensemble des rémunérations ou gains perçus par les salariés des professions non agricoles ; des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par un arrêté ministériel pour certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés ; ces cotisations sont intégralement à la charge de l'employeur ;

2° des cotisations calculées en pourcentage des revenus professionnels pour les employeurs et travailleurs indépendants des professions non-agricoles, dans des conditions fixées par décret ;

3° des cotisations et ressources affectées aux prestations familiales des personnes salariées et non-salariées des régimes agricoles ;

4° 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 d'une taxe de 1,1 % à l'assiette des contributions ;

5° Le produit de la taxe mentionnée au 2° bis de l'article 1001 du code général des impôts ;

6° La taxe exceptionnelle sur les sommes placées sur la réserve de capitalisation des entreprises d'assurance ;

7° Le prélèvement résultant de l'aménagement des règles d'imposition aux prélèvements sociaux de la part en euros des contrats d'assurance vie multisupports.

Code rural et de la pêche maritime

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

Texte du projet de loi

« 8° Le produit des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8*, dans les conditions fixées par cet article. »

VI. – Le 8° 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

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° 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 ;

Texte du projet de loi

« 8° Une fraction, fixée à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale*, du produit du droit de consommation mentionné à l'article 575 du code général des impôts* ; ».

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

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.

Art. L. 741-9. – Les ressources des assurances sociales des salariés agricoles sont constituées :

I. – Pour l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès :

1° Par une cotisation assise :

a) Sur les rémunérations ou gains perçus par les assurés, à la charge des employeurs et des assurés ;

b) Sur 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, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires, à la charge des titulaires ;

c) Sur les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2 du code de la sécurité sociale, à la charge des titulaires ;

2° Par une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7, L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale

Texte du projet de loi

VII. – Le I et le II de l'article L. 741-9 du code rural et de la pêche maritime sont complétés par un alinéa ainsi rédigé :

« 3° Par une fraction, fixée à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale*, du produit du droit de consommation mentionné à l'article 575 du code général des impôts* ».

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>II. – Pour l'assurance vieillesse et veuvage :</p>		
<p>1° Par une cotisation assise :</p>		
<p>a) Sur les rémunérations ou gains perçus par les assurés dans la limite du plafond défini à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, à la charge des employeurs et des assurés ;</p>		
<p>b) Sur la totalité des rémunérations ou gains perçus par les assurés, à la charge des employeurs et des salariés ;</p>		
<p>2° Par une contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge prévu à l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale.</p>		
<p>Loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005</p>	<p>3° Par une fraction, fixée à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale*, du produit du droit de consommation mentionné à l'article 575 du code général des impôts*.</p>	
<p>Art. 61. – Les sommes à percevoir à compter du 1er janvier 2011, 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 :</p>	<p>VIII. – L'article 61 de la loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005 est abrogé.</p>	
<p>a) Une fraction égale à 15,44 % 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 ;</p>		
<p>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 complémentaire obligatoire mentionné à l'article L. 732-56 du même code ;</p>		
<p>c) Une fraction égale à 45,50 % est affectée à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;</p>		
<p>d) Une fraction égale à 1,48 % est</p>		

Dispositions en vigueur

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) Le produit d'une fraction égale à 32,83 % est versé :

1° À la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale, pour une part correspondant à un taux égal à 13,79 % ;

2° À la branche mentionnée au 4° du même article L. 200-2, pour une part correspondant à un taux égal à 9,26 % ;

3° Au régime des salariés agricoles, pour une part correspondant à un taux égal à 9,18 % ;

4° À l'Établissement national des invalides de la marine, à la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires, aux régimes de sécurité sociale d'entreprise de la Société nationale des chemins de fer français et de la Régie autonome des transports parisiens et à la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines, pour une part correspondant à un taux égal à 0,60 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ;

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'État.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Loi n° 2007-1822 du 24 décembre 2007 de finances pour 2008</p>	<p>IX. – Le 4° du II de l'article 53 de la loi n° 2007-1822 du 24 décembre 2007 de finances pour 2008 est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	
<p>Art. 53. – I. – En application des articles L. 131-7 et L. 139-2 du code de la sécurité sociale, la compensation intégrale par l'État des mesures définies aux articles L. 241-17 et L. 241-18 du même code ainsi qu'au III de l'article 1^{er} de la loi n° 2008-111 du 8 février 2008 pour le pouvoir d'achat est effectuée, dans des conditions qui en assurent la neutralité financière et comptable pour les caisses et les régimes mentionnés au III du présent article, par une affectation d'impôts et de taxes.</p>		
<p>II. – Les impôts et taxes mentionnés au I sont :</p>		
<p>1° (Abrogé) ;</p>		
<p>2° La contribution mentionnée à l'article 235 ter ZC du même code ;</p>		
<p>2° bis (Abrogé)</p>		
<p>3° La taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par les producteurs de boissons alcoolisées.</p>		
<p>4° Une fraction du droit de consommation sur les tabacs 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.</p>	<p>« 4° Une fraction du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts*, déterminée par l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale*. »</p>	
<p>Toutefois, en 2010, cette fraction est celle fixée au h de l'article 82 de la loi n° 2010-1658 du 29 décembre 2010 de finances rectificative pour 2010.</p>		
<p>III. – Les impôts et taxes mentionnés au II sont affectés aux caisses et régimes de sécurité sociale énumérés au 1 du III de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, ainsi qu'à la Caisse nationale des industries électriques et gazières, au port autonome de Strasbourg et à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales.</p>		
<p>Ces caisses et régimes bénéficient chacun d'une quote-part des recettes mentionnées au II du présent article fixée par arrêté des ministres chargés du</p>		

Dispositions en vigueur

budget et de la sécurité sociale au prorata de leur part relative dans la perte de recettes résultant des mesures d'allègement de cotisations sociales mentionnées au I. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser le produit des taxes et impôts mentionnés au II et d'effectuer sa répartition entre les caisses et régimes de sécurité sociale conformément à cet arrêté.

Un arrêté des ministres chargés du budget, de la sécurité sociale et de l'agriculture adapte les règles comptables prises en application de l'article L. 114-5 du code de la sécurité sociale pour le rattachement des impôts et des taxes mentionnés au II.

IV. – En cas d'écart constaté entre le produit des impôts et taxes affectés en application du II et le montant définitif de la perte de recettes résultant des allègements de cotisations sociales mentionnés au I, cet écart fait l'objet d'une régularisation par la plus prochaine loi de finances suivant la connaissance du montant définitif de la perte.

Pour l'application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, la différence entre le montant définitif en droits constatés des pertes de recettes résultant des allègements de cotisations sociales mentionnés au I et le produit comptabilisé, au titre du même exercice, des impôts et taxes affectés en application du II constitue, si elle est positive, un produit à recevoir des organismes de sécurité sociale concernés sur le produit de la contribution mentionnée à l'article 235 ter ZC du code général des impôts perçu par ces organismes au cours de l'exercice ou de l'exercice suivant.

Si cette différence est négative, elle constitue une charge à payer des organismes de sécurité sociale concernés à l'égard de l'État.

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 majo-

Texte du projet de loi

Article 12

Propositions de la Commission

Article 12

Sans modification

Dispositions en vigueur

rations 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 inférieur à quatre fois la valeur du plafond mentionné à l'article L. 241-3 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.

(cf supra)

II. –

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

Texte du projet de loi

I – Le deuxième alinéa du I de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les mots : « autres que celles visées au 7° du II ci-dessous » sont supprimés ;

2° Le taux : « 3 % » est remplacé par le taux : « 2 % » ;

3° L'alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Cette réduction ne s'applique ni aux éléments mentionnés au II du présent article, ni à ceux mentionnés aux 1° et 4° de l'article L. 137-15* ».

II. – La réduction prévue au deuxième alinéa du I de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable au bonus exceptionnel prévu par l'article 3 de la loi n° 2009 594 du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer*.

III. – Au II du même article, le 6° est supprimé.

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Article 13

Article 13

I. – Le III de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Supprimé

Amendement 145

Art. L. 136-2. – 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°, a à d et f du 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 ;

1° Au 3°, les références « 2°, 2° bis, », « 9° quinquies, » et « 13°, » sont supprimées ;

4° Les pensions alimentaires rattachées aux conditions fixées par les articles 205 à 211 du code civil, les rentes prévues à l'article 276 du code civil et

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>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 ;</p>		
<p>5° Les salaires versés au titre des contrats conclus en application de l'article L. 117-1 du code du travail ;</p>		
<p>6° L'allocation de veuvage visée à l'article L. 356-1 du présent code et à l'article L. 722-16 du code rural et de la pêche maritime ;</p>		
<p>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) ;</p>	<p>2° Le 8° est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :</p>	
<p>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.</p>	<p>« 8° Les prestations familiales énumérées à l'article L. 511-1* à l'exception du complément de libre choix d'activité prévu à l'article L. 531-4*, l'allocation aux adultes handicapés prévue par le titre II du livre VIII et l'allocation personnalisée d'autonomie prévue par le chapitre II du titre III du livre II du code de l'action sociale et des familles ;</p>	
<p>Art. L. 136-5. – III. – La contribution due sur les pensions d'invalidité et sur les indemnités journalières ou allocations visées au 7° du II de l'article L. 136-2 est précomptée par l'organisme débiteur de ces prestations et versée à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans les conditions prévues aux articles L. 243-2 et L. 612-9 du présent code et à l'article 1031 du code rural. La contribution due sur les allocations ou pensions de retraite mentionnées à l'article L. 612-4 et servies par les régimes de base et les régimes complémentaires est précomptée lors de leur versement par l'organisme débiteur de ces prestations ; elle est versée à</p>	<p>« 9° L'aide personnalisée au logement prévue par les articles L. 351-1 à L. 351-14 du code de la construction et de l'habitation ainsi que l'allocation de logement social prévue par l'article L. 831-1 du code de la sécurité sociale* ». ».</p>	
	<p>II. – À la première phrase du III de l'article L. 136-5 du même code, après les mots « pensions d'invalidité », sont insérés les mots : « , le complément de libre choix d'activité prévu à l'article L. 531-4* » ;</p>	

Dispositions en vigueur

l'agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 612-9. La contribution due sur les allocations ou pensions de retraite mentionnées au II de l'article 1106-6-1 du code rural est précomptée lors de leur versement par l'organisme débiteur de ces prestations. La contribution sociale généralisée due sur les indemnités de congés payés et sur les avantages conventionnels y afférents, servis par les caisses de congés payés en application des dispositions de l'article L. 223-16 du code du travail, est précomptée par les caisses de congés payés, responsables du versement de l'ensemble des charges assises sur ces indemnités et avantages sous réserve d'exceptions prévues par arrêté.

.....

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

Texte du projet de loi

III. – L'article L. 136-8 du même code est ainsi modifié :

1° Le 1° du II est complété par les mots : « et le complément de libre choix d'activité mentionné au 8° du III du même article ; »

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>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.</p>	<p>2° Le 1° du IV est complété par les dispositions suivantes :</p>	
<p>IV. – Le produit des contributions mentionnées au I est versé :</p>	<p>« ainsi que, par dérogation, pour la totalité de la contribution assise sur le complément de libre choix d'activité mentionné au 1° du II ».</p>	
<p>1° À la Caisse nationale des allocations familiales pour la part correspondant à un taux de 0,82 % et, par dérogation, de 0,8 % pour les revenus visés à l'article L. 136-2 soumis à la contribution au taux de 7,5 % ;</p>		
<p>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 % ;</p>		
<p>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 % ;</p>		
<p>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 :</p>		
<p>a) Sous réserve des dispositions du g, de 5,25 % pour les contributions mentionnées au 1° du I ;</p>		
<p>b) De 4,85 % pour la contribution mentionnée au 3° du I ;</p>		
<p>c) De 5,95 % pour les contributions mentionnées au 2° du I ;</p>		
<p>d) De 3,95 % pour les revenus mentionnés au 1° du II ;</p>		
<p>e) De 4,35 % pour les revenus mentionnés au 2° du II ;</p>		
<p>f) De 3,8 % pour les revenus mentionnés au III ;</p>		

Dispositions en vigueur

g) De 5,29 % pour les revenus mentionnés à l'article L. 136-2 soumis à la contribution au taux de 7,5 %.

5° A 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 0,48 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I pour laquelle le taux est fixé à 0,28 %.

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. 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 recouvrement 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

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Article additionnel après l'article 13

I. – Après le II de l'article L. 136-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un II bis ainsi rédigé :

Dispositions en vigueur

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. 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.

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 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.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« II bis. – La contribution due sur les revenus de source étrangère, sous réserve, s'agissant des revenus d'activité, qu'elle n'ait pas fait l'objet d'un précompte par l'employeur, est établie, recouvrée et contrôlée dans les conditions et selon les modalités prévues au III de l'article L. 136- 6. »*

Dispositions en vigueur

Art. L. 131-9. – Les cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès à la charge des assurés qui ne sont pas dues par les personnes visées à l'alinéa suivant sont supprimées lorsque le taux de ces cotisations, en vigueur au 31 décembre 1997, est inférieur ou égal à 2, 8 % pour les revenus de remplacement, à 4, 75 % pour les revenus d'activité.

Des taux particuliers de cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès à la charge des assurés sont applicables aux revenus d'activité et de remplacement perçus par les personnes qui ne remplissent pas les conditions de résidence définies à l'article L. 136-1 et qui relèvent à titre obligatoire d'un régime français d'assurance maladie ou qui sont soumises au second alinéa de l'article L. 161-25-3. Ces taux particuliers sont également applicables aux assurés d'un régime français d'assurance maladie exonérés en tout ou partie d'impôts directs en application d'une convention ou d'un accord international, au titre de leurs revenus d'activité définis aux articles L. 131-6 et L. 242-1 qui ne sont pas assujettis à l'impôt sur le revenu.

Ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale

Art. 14. – I. – Il est institué une contribution sur les revenus d'activité et de remplacement mentionnés aux articles L. 136-2 à L. 136-4 du code de la sécurité sociale, à l'exception des revenus de source étrangère visés au 1° du III de l'article 15 ci-après, perçus du 1^{er} février 1996 jusqu'à l'extinction des missions prévues à l'article 2 par les personnes physiques désignées à l'article L. 136-1 du même code.

Cette contribution est assise sur les revenus visés et dans les conditions prévues aux articles L. 136-2 à L. 136-4 et au III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale.

.....

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

II. – Au deuxième alinéa de l'article L. 131-9 du même code, après la référence : « L. 242-1 » sont insérés les mots : « et de leurs revenus de remplacement ».

III. – L'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifiée :

1° Au premier alinéa de l'article 14, les mots : « , à l'exception des revenus de source étrangère visés au 1° du III de l'article 15 ci-après, » sont supprimés ;

Dispositions en vigueur

Art. 15. – I. – II est institué une contribution perçue à compter de 1996 et assise sur les revenus du patrimoine définis au I de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale perçus par les personnes physiques désignées au I de l'article 14 de la présente ordonnance.

Cette contribution est établie chaque année sur les revenus de l'année précédente, à l'exception de ceux ayant supporté la contribution prévue à l'article 16.

Toutefois, la contribution due sur les revenus de la première année d'imposition est assise sur les onze douzièmes des revenus de l'année 1995.

Elle est établie, recouvrée et contrôlée dans les conditions et selon les modalités prévues au III de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale, à l'exception du troisième alinéa.

II. – La contribution est mise en recouvrement et exigible en même temps, le cas échéant, que la contribution sociale instituée par l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale. Il n'est pas procédé au recouvrement lorsque le montant total par article de rôle est inférieur à 61 euros.

III. – Sont également assujettis à la contribution dans les conditions et selon les modalités prévues aux I et II ci-dessus :

1° Les revenus d'activité et de remplacement de source étrangère perçus à compter du 1^{er} février 1996 et soumis en France à l'impôt sur le revenu ou au prélèvement libératoire prévu au II de l'article 163 bis du code général des impôts. Pour l'application de ces dispositions, le 3° de l'article 83, le a du 5 de l'article 158 et la dernière phrase du premier alinéa du II de l'article 163 bis du code général des impôts ne sont pas applicables. La déclaration prévue à l'article 170 du code général des impôts mentionne distinctement les revenus concernés ;

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

2° Au premier alinéa du I de l'article 15, les mots « désignées au I de l'article 14 de la présente ordonnance » sont remplacés par les mots « fiscalement domiciliés en France au sens de l'article 4B du code général des impôts » ;

3° Le 1° du III de l'article 15 est supprimé.

Dispositions en vigueur

2° Les sommes soumises à l'impôt sur le revenu en application des articles 168, 1649 A, 1649 quater A, 1649 quater-0 B bis et 1649 quater-0 B ter du code général des impôts et L. 69 du livre des procédures fiscales ;

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

3° Tous autres revenus perçus au titre des années définies au I, 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 14.

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 bois-

Texte du projet de loi

Article 14

I. – L'article L. 651-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, les mots : « pour les sociétés et entreprises se livrant au commerce des valeurs et de l'argent, ainsi que » sont supprimés.

Propositions de la Commission

IV. – Les I et III s'appliquent aux revenus perçus à compter du 1^{er} janvier 2011.

V. – Le II s'applique à compter du 1^{er} janvier 2012.

Amendement 415

Article 14

Sans modification

Dispositions en vigueur

sons, ainsi que les produits pétroliers.

Texte du projet de loi

2° Après le premier alinéa, il est inséré les dispositions suivantes :

« Pour les établissements de crédit et, lorsqu'elles sont agréées par l'Autorité de contrôle prudentiel, les entreprises mentionnées à l'article L. 531-4 du code monétaire et financier*, le chiffre d'affaires est celui défini au 1 du III de l'article 1586 sexies* du code général des impôts. Toutefois, le chiffre d'affaires annuel afférent aux contrats d'échanges de taux d'intérêt, aux opérations sur devises et aux autres instruments financiers à terme est constitué par le résultat net positif de chacune de ces catégories.

« Pour les établissements et entreprises mentionnés à l'alinéa précédent dont le produit net bancaire est au plus égal à 10 % du chiffre d'affaires ainsi déterminé, le montant cumulé de la contribution sociale de solidarité et de la contribution additionnelle instituée à l'article L. 245-13* ne peut excéder 1,6 % du produit net bancaire.»

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 asséoir 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.

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

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 d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative à la condition que l'organisme ne recueille pas d'informations médicales auprès de l'assuré au titre de ce contrat ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1, ou de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire à la condition que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées au même article L. 871-1, 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'ar-

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

ticle 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. À 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.

Code général des impôts

Texte du projet de loi

II. – Les dispositions du présent article sont applicables à la contribution due à compter du 1^{er} janvier 2012.

Article 15

I. – L'article 1010 du code général des impôts est ainsi modifié :

1° Les taux d'émissions de dioxyde de carbone et les tarifs mentionnés au a sont remplacés par les taux et tarifs suivants :

Cf. tableau en annexe 1

Propositions de la Commission

Article 15

« Les véhicules spécialement équipés pour fonctionner au moyen du superéthanol E85 mentionné au tableau B du 1 de l'article 265 du code des douanes bénéficient d'un abattement de 40 % sur les taux d'émissions de dioxyde de carbone, au sens de la directive 2007/46/CE précitée, figurant dans le tableau du a. Cet abattement ne s'applique pas aux véhicules dont les émissions de dioxyde de carbone sont supérieures à 250 grammes par kilomètre. »

Amendement 146

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 1010 A. – Les véhicules fonctionnant exclusivement ou non au moyen de l'énergie électrique, du gaz naturel véhicules, du gaz de pétrole liquéfié ou du superéthanol E85 mentionné au 1 du tableau B du 1 de l'article 265 du code des douanes sont exonérés de la taxe prévue à l'article 1010.</p>	<p>2° Les unités de puissance administrative, exprimés en chevaux-vapeur, mentionnées au b sont remplacées par les unités suivantes :</p> <p>Cf. tableau en annexe 1</p>	
<p>Par dérogation aux dispositions du premier alinéa, les véhicules qui fonctionnent alternativement au moyen de supercarburants et de gaz de pétrole liquéfié sont exonérés de la moitié du montant de la taxe prévue à l'article 1010.</p>	<p>II. – L'article 1010 A du même code est abrogé.</p>	
<p>Les exonérations prévues aux premier et deuxième alinéas s'appliquent pendant une période de huit trimestres décomptée à partir du premier jour du trimestre en cours à la date de première mise en circulation du véhicule.</p>	<p>III. – Les dispositions du présent article s'appliquent à compter de la période d'imposition s'ouvrant le 1^{er} octobre 2011.</p>	
<p>Art. 317. – L'allocation en franchise de 10 litres d'alcool pur, prévue en faveur des bouilleurs de cru par l'article 3 de la loi du 28 février 1923, est supprimée.</p>	<p>Article 16</p> <p>I. – Le code général des impôts est ainsi modifié :</p>	<p>Article 16</p> <p>Sans modification</p>
<p>Toutefois, les personnes physiques qui pouvaient prétendre à cette allocation pendant la campagne 1959-1960, sous réserve qu'elles continuent à remplir les conditions prévues au premier et deuxième alinéas de l'article 315, sont maintenues dans ce droit, à titre personnel, sans pouvoir le transmettre à d'autres personnes que leur conjoint survivant, pour une durée de dix années à compter du 1^{er} janvier 2003. Ce droit est également maintenu, pour une durée de dix années à</p>		

Dispositions en vigueur

compter du 1^{er} janvier 2003, aux militaires remplissant ces conditions qui n'ont pu bénéficier de l'allocation en franchise du fait de leur présence sous les drapeaux pendant la même campagne.

Les personnes visées au deuxième alinéa bénéficient de l'allocation en franchise pour la campagne pendant laquelle les alcools sont fabriqués, l'alcool correspondant devant résulter d'une distillation en atelier public soumis au contrôle effectif de l'administration.

Les bouilleurs de cru, non titulaires de l'allocation en franchise, bénéficient d'un droit réduit de 50 % du droit de consommation mentionné au 2^o du I de l'article 403 dans la limite d'une production de 10 litres d'alcool pur par campagne, non commercialisables.

En cas de métayage, l'allocation ou la réduction d'impôt appartient au métayer qui a la faculté de rétrocéder une partie des alcools concernés à son propriétaire, conformément aux usages ruraux en vigueur dans la région, sous réserve que la totalité des quantités dont celui-ci bénéficie en franchise, ou au titre de la réduction d'impôt le cas échéant, ne dépasse jamais 10 litres d'alcool pur.

Art. 402 bis. – Les produits intermédiaires supportent un droit de consommation dont le tarif par hectolitre est fixé à :

56,40 € pour les vins doux naturels et les vins de liqueur mentionnés aux articles 417 et 417 bis ;

223,51 € pour les autres produits.

Texte du projet de loi

1^o Le quatrième alinéa de l'article 317 est complété par la phrase suivante :

« Ce droit réduit est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le second chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. » ;

2^o L'article 402 bis est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, le chiffre : « 56,40 » est remplacé par le chiffre : « 45 » ;

b) Au troisième alinéa, le chiffre : « 223,51 » est remplacé par le chiffre : « 180 » ;

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

Le tarif du droit de consommation est relevé au 1^{er} janvier de chaque année dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le second chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Il est publié au Journal officiel par arrêté du ministre chargé du budget.

Art. 403. – En dehors de l'allocation en franchise ou de la réduction d'impôt mentionnées à l'article 317 de 10 litres d'alcool pur accordée aux bouilleurs de cru, les alcools supportent un droit de consommation dont le tarif par hectolitre d'alcool pur est fixé à :

I. – 1° 859,24 € dans la limite de 108 000 hectolitres d'alcool pur par an pour le rhum tel qu'il est défini aux a et f du point 1 de l'annexe II au règlement (CE) n° 110 / 2008 du Parlement européen et du Conseil du 15 janvier 2008 concernant la définition, la désignation, la présentation, l'étiquetage et la protection des indications géographiques des boissons spiritueuses et abrogeant le règlement (CEE) n° 1576 / 89 du Conseil et produit dans les départements d'outre-mer à partir de canne à sucre récoltée sur le lieu de production, ayant une teneur en substances volatiles égale ou supérieure à 225 grammes par hectolitre d'alcool pur et un titre alcoométrique acquis égal ou supérieur à 40 % vol.

Un décret détermine les modalités d'application du premier alinéa (2).

2° 1 514, 47 € pour les autres produits.

II. – Le tarif du droit de consommation est relevé au 1^{er} janvier de chaque année dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à

Texte du projet de loi

c) Après la deuxième phrase du dernier alinéa, est insérée la phrase suivante :

« Ce relèvement ne peut excéder 1,75 % . » ;

3° L'article 403 est ainsi modifié :

a) Au 2° du I, le montant : « 1514,47 € » est remplacé par le montant « 1660 € » ;

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le second chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq . Il est publié au Journal officiel par arrêté du ministre chargé du budget.</p>	<p>b) Après la deuxième phrase du II, est insérée la phrase suivante : « Ce relèvement ne peut excéder 1,75 % . » ;</p>	
<p>III. – (Abrogé).</p>		
<p>IV. – À l'égard des alcools bénéficiant d'un tarif réduit, l'administration peut prescrire toutes mesures de contrôle, d'identification ou autres, afin d'assurer l'utilisation de ces alcools aux usages comportant l'application dudit tarif.</p>		
<p>Art. 438. – Il est perçu un droit de circulation dont le tarif est fixé, par hectolitre, à :</p>		
<p>1° 8, 78 € pour les vins mousseux ;</p>		
<p>2° 3, 55 €:</p>		
<p>a) Pour tous les autres vins dont le titre alcoométrique acquis n'excède pas 15 p. 100 vol. pour autant que l'alcool contenu dans le produit fini résulte entièrement d'une fermentation ;</p>		
<p>a bis) pour les vins qui ont un titre alcoométrique acquis excédant 15 p. 100 vol., mais n'excédant pas 18 p. 100 vol. pour autant qu'ils aient été obtenus sans aucun enrichissement et que l'alcool contenu dans le produit fini résulte entièrement d'une fermentation. Un décret définit les conditions d'application du présent a bis ;</p>		
<p>b) Pour les autres produits fermentés, autres que le vin et la bière, et les produits visés au 3°, dont l'alcool contenu dans le produit résulte entièrement d'une fermentation et dont le titre alcoométrique acquis n'excède pas 15 p. 100 vol. ;</p>		
<p>c) Pour les autres produits fermentés autres que le vin et la bière et les produits visés au 3°, dont le titre alcoométrique acquis n'excède pas 5,5 p. 100 vol. pour les boissons non mousseuses et 8,5 p. 100 vol. pour les boissons mousseuses.</p>		

Dispositions en vigueur

3° 1, 25 € pour les cidres, les poirés, les hydromels et les jus de raisin légèrement fermentés dénommés "pétillants de raisin".

Le tarif du droit de circulation est relevé au 1^{er} janvier de chaque année dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le second chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Il est publié au Journal officiel par arrêté du ministre chargé du budget.

Art. L. 520 A. – I. – Il est perçu un droit spécifique :

a) Sur les bières, dont le taux, par hectolitre, est fixé à :

1,36 € par degré alcoométrique pour les bières dont le titre alcoométrique n'excède pas 2,8 % vol. ;

2,71 € par degré alcoométrique pour les autres bières ;

Dans les dispositions du présent code relatives aux contributions indirectes, sont compris sous la dénomination de bière, tout produit relevant du code NC 2203 du tarif des douanes ainsi que tout produit contenant un mélange de bière et de boissons non alcooliques relevant du code NC 2206 du tarif des douanes et ayant dans l'un ou l'autre cas un titre alcoométrique acquis supérieur à 0,5 % vol. ;

Par dérogation aux dispositions précédentes, le taux par hectolitre applicable aux bières produites par les petites brasseries indépendantes, dont le titre alcoométrique excède 2,8 % vol., est fixé à :

1,36 € par degré alcoométrique pour les bières brassées par les entreprises dont la production annuelle est inférieure ou égale à 10 000 hectolitres ;

1,62 € par degré alcoométrique pour les bières brassées par les entreprises dont la production annuelle est supé-

Texte du projet de loi

4° Après la deuxième phrase du dernier alinéa de l'article 438, est insérée la phrase suivante :

« Ce relèvement ne peut excéder 1,75 % . » ;

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

rieure à 10 000 hectolitres et inférieure ou égale à 50 000 hectolitres ;

2,04 € par degré alcoométrique pour les bières brassées par les entreprises dont la production annuelle est supérieure à 50 000 hectolitres et inférieure ou égale à 200 000 hectolitres.

Le tarif du droit spécifique est relevé au 1^{er} janvier de chaque année dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le second chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Il est publié au Journal officiel par arrêté du ministre chargé du budget.

b) Sur les boissons non alcoolisées énumérées ci-après dont le tarif, par hectolitre, est fixé à :

0,54 € pour les eaux minérales naturelles ou artificielles, eaux de source et autres eaux potables, eaux de laboratoire filtrées, stérilisées ou pasteurisées, ainsi que pour les boissons gazeifiées ou non, ne renfermant pas plus de 1,2 % vol. d'alcool, livrées à titre onéreux ou gratuit en fûts, bouteilles ou boîtes, à l'exception des sirops et des jus de fruits et de légumes et des nectars de fruits.

II. – Pour les eaux et boissons mentionnées au b du I, le droit est dû par les fabricants, les exploitants de sources, les importateurs et les personnes qui réalisent des acquisitions intra-communautaires sur toutes les quantités livrées à titre onéreux ou gratuit sur le marché intérieur, y compris la Corse et les départements d'outre-mer.

Le droit est liquidé lors du dépôt, au service de l'administration dont dépend le redevable, du relevé des quantités livrées au cours du mois précédent. Ce relevé doit être déposé et l'impôt acquitté avant le 25 de chaque mois.

Les expéditions vers un autre État membre de la Communauté européenne et les exportations vers un pays tiers sont exonérées du paiement du droit spécifique lorsqu'elles sont réalisées directement et

Texte du projet de loi

5° Après la deuxième phrase du dernier alinéa du a du I de l'article 520 A, est insérée la phrase suivante :

« Ce relèvement ne peut excéder 1,75 % . » ;

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>sans intermédiaire par les personnes mentionnées au premier alinéa ou par une société de distribution.</p>		
<p>III. – Les modalités d'application des dispositions qui précèdent seront, en tant que de besoin, fixées par décret.</p>		
<p>Code de la sécurité sociale</p>	<p>II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	
<p>Art. L. 245-8. – La cotisation est due à raison de l'importation ou la livraison aux consommateurs de boissons d'une teneur en alcool supérieure à 25 % vol.</p>	<p>1° Au premier alinéa de l'article L. 245-8, les mots : « supérieure à 25 % » sont remplacés par les mots : « supérieure à 18 % » ;</p>	
<p>La cotisation est acquittée par l'importateur ou pour le compte des consommateurs par les entrepositaires agréés, les destinataires enregistrés, les représentants fiscaux des opérateurs établis dans un autre État membre de la Communauté européenne, respectivement mentionnés aux articles 302 G, 302 H ter et 302 V bis du code général des impôts et les personnes qui font la déclaration mentionnée au I de l'article 302 U bis du même code et qui livrent directement ces boissons aux détaillants ou aux consommateurs. Sont également redevables de la cotisation les personnes mentionnées aux 2° et 4° du 2 du I de l'article 302 D du code général des impôts.</p>	<p>2° L'article L. 245-9 est ainsi modifié :</p>	
<p>Art. L. 245-9. – Le montant de la cotisation est fixé à 0,16 euro par décilitre ou fraction de décilitre.</p>	<p>a) Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes : « Le montant de la cotisation est fixé à : « - 533 euros par hectolitre d'alcool pur pour les boissons définies au b du I de l'article 401 du code général des impôts* ; « - 45 € par hectolitre pour les autres boissons. « Ce montant ne peut excéder 40 % du droit d'accise applicable à la boisson concernée » ;</p>	
<p>Le tarif de la cotisation est relevé au 1^{er} janvier de chaque année dans une proportion égale au taux de croissance</p>		

Dispositions en vigueur

de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le second chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq . Il est publié au Journal officiel par arrêté du ministre chargé du budget.

Code général des impôts

Texte du projet de loi

b) Après la deuxième phrase du dernier alinéa, est insérée la phrase suivante :

« Ce relèvement ne peut excéder 1,75 % . »

Propositions de la Commission

Article additionnel après l'article 16

I. – Après l'article 1609 quatertricies du code général des impôts, il est inséré un article 1609 quinquiestricies ainsi rédigé :

« Art. 1609 quinquiestricies. – Il est créé une taxe exceptionnelle assise sur le produit brut des jeux, due par les exploitants des jeux de casinos et des cercles de jeux, ainsi que des exploitants de jeux en ligne, appelée Taxe de solidarité pour l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées . »

« Le taux de cette taxe est fixé à 1 %, à compter du 1^{er} janvier 2012.

« Les abattements prévus par le code général des impôts pour tenir compte des charges d'exploitation des casinos, des manifestations artistiques et des frais d'entretien des hôtels et établissements thermaux appartenant aux casinos sont applicables à la présente taxe.

« Cette taxe est établie sur une déclaration mensuelle, dont le modèle est fixé par l'administration et qui est déposée accompagnée du paiement dans les délais fixés en matière de taxes sur le chiffre d'affaires.

« La taxe mentionnée au premier alinéa est constatée, recouvrée et contrôlée selon les mêmes procédures et sous les mêmes sanctions, garanties, sûretés et privilèges que la taxe sur la valeur ajoutée. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées selon les règles applicables à cette même taxe. » .

Amendement 147

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Code de l'action sociale et des familles

Art. L. 14-10-4. – Les produits affectés à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie sont constitués par :

1° Une contribution au taux de 0,3 % due par les employeurs privés et publics. Cette contribution a la même assiette que les cotisations patronales d'assurance maladie affectées au financement des régimes de base de l'assurance maladie. Elle est recouvrée dans les mêmes conditions et sous les mêmes garanties que lesdites cotisations ;

2° Une contribution additionnelle au prélèvement social mentionné à l'article L. 245-14 du code de la sécurité sociale et une contribution additionnelle au prélèvement social mentionné à l'article L. 245-15 du même code. Ces contributions additionnelles sont assises, contrôlées, recouvrées et exigibles dans les mêmes conditions et sous les mêmes sanctions que celles applicables à ces prélèvements sociaux. Leur taux est fixé à 0,3 % ;

3° Une fraction de 0,1 point du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du même code ;

4° Une participation des régimes obligatoires de base de l'assurance vieillesse, représentative d'une fraction identique pour tous les régimes, déterminée par voie réglementaire, des sommes consacrées par chacun de ceux-ci en 2000 aux dépenses d'aide ménagère à domicile au bénéfice des personnes âgées dépendantes remplissant la condition de perte d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles ; cette fraction ne peut être inférieure à la moitié ni supérieure aux trois quarts des sommes en cause. Le montant de cette participation est revalorisé chaque année, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, conformément à l'évolution prévisionnelle des prix à la consommation hors tabac prévue dans le rapport économique et financier annexé à la loi de finances pour l'année considérée ;

II. – L'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles est complété par un 6° ainsi rédigé :

Dispositions en vigueur

5° La contribution des régimes d'assurance maladie mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 314-3. Cette contribution est répartie entre les régimes au prorata des charges qui leur sont imputables au titre du I de l'article L. 14-10-5.

Art. L. 14-10-5. – La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie retrace ses ressources et ses charges en 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 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, 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, ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3. 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

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« 6° Le produit de la taxe de solidarité pour l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées, qui est affecté à la section consacrée au financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux, telle que définie au I de l'article L. 14-10-5. » ;

Amendement 147

III. – L'article L. 14-10-5 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

Dispositions en vigueur

au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, qui est destinée au financement de ces établissements ou services ;

a bis). Pour l'année 2011, le pourcentage défini au a est fixé à 12 % ;

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 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.

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.

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, ainsi qu'aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3. 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 ;

a bis). Pour l'année 2011, le pourcentage défini au a est fixé à 38 % ;

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 les contributions au budget 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.

Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

dans la limite du montant inscrit au budget de la section.

Les opérations comptables relatives aux produits et aux charges de la présente section sont effectuées simultanément à la clôture des comptes de l'exercice.

La dotation globale versée à l'agence mentionnée à l'article L. 312-8 du présent code et la dotation versée à l'agence mentionnée à l'article L. 6113-10 du code de la santé publique sont imputées sur le financement à la charge des organismes de sécurité sociale soumis à l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 314-3 du présent code.

.....

Code de la sécurité sociale

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« En complément des dispositions prévues au I du présent article, le conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie répartit le produit de la taxe de solidarité pour l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées entre les deux sous-sections, sur proposition du directeur. »

Amendement 147

Article additionnel après l'article 16

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

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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 1,5 % 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 1er 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 148

Article 17

Pour le calcul des contributions dues au titre de l'année 2012 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

Article 17

Sans modification

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

tableaux figurant au même 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 publique y est mentionnée.

Article additionnel après l'article 17

Au 3° du I de l'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « sauf dans la presse médicale bénéficiant d'un numéro de commission paritaire ou d'un agrément défini dans les conditions fixées par décret » sont supprimés.

Amendement 149

Dispositions en vigueur

Art. L. 245-6. – Il est institué au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés une contribution des entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou des spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités.

La contribution est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur les listes mentionnées au premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, à l'exception des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du même code, hormis celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code et 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, dans la limite de l'indication ou des indications au titre de laquelle ou desquelles la désignation comme médicament orphelin a été accordée par la Commission européenne et sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros. Le chiffre d'affaires concerné s'entend déduction faite des remises accordées par les entreprises.

Le taux de la contribution due au titre du chiffre d'affaires réalisé au cours des années 2009, 2010 et 2011 est fixé à 1 %. La contribution est exclue des charges

Texte du projet de loi

Article 18

La première phrase du troisième alinéa de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale est remplacée par la phrase suivante :

« Le taux de la contribution due au titre du chiffre d'affaires réalisé au cours des années 2012, 2013 et 2014 est fixé à 1,6 %. »

Propositions de la Commission

Article 18

Sans modification

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.</p>		
<p>La contribution est versée de manière provisionnelle le 15 avril de l'année au titre de laquelle elle est due, pour un montant correspondant à 95 % du produit du chiffre d'affaires défini au deuxième alinéa et réalisé au cours de l'année civile précédente par le taux défini au troisième alinéa. Une régularisation intervient au 15 avril de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due.</p>		
<p>Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État.</p>		
Code de la santé publique	Article 19	Article 19
<p>Art. L. 5121-18. – Les redevables de la taxe sont tenus d'adresser à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, au plus tard le 31 mars de chaque année, une déclaration indiquant les médicaments et produits donnant lieu au paiement de la taxe. Cette déclaration est établie conformément au modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la santé. Un État non membre de l'Union européenne ou non partie à l'accord sur l'Espace économique européen peut effectuer les mêmes démarches.</p>	<p>I. - Le code de la santé publique est ainsi modifié :</p>	
<p>En l'absence de déclaration dans le délai fixé ou en cas de déclaration inexacte, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé peut procéder à une taxation d'office qui entraîne l'application d'une pénalité de 10 % pour retard de déclaration et de 50 % pour défaut ou insuffisance de déclaration.</p>	<p>1° L'article L. 5121-18 est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	
<p>À défaut de versement dans les deux mois à compter de la date de la notification du montant à payer, la fraction non acquittée de la taxe, éventuellement assortie des pénalités applicables, est majorée de 10 %.</p>	<p>« Art. L. 5121-18 – Les redevables des taxes prévues aux articles 1600-0 N* et 1600-0 O du code général des impôts* adressent à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et au Comité économique des produits de santé, au plus tard le 31 mars de chaque année, une déclaration fournissant des informations relatives aux ventes réalisées au cours de l'année civile précédente pour les médicaments et produits, dispositifs médicaux et dispositifs médicaux de diagnostic in vitro donnant lieu au paiement de chacune de ces taxes, ainsi qu'à leur régime de prise en charge ou de remboursement. Les déclarations sont établies conformément aux modèles fixés par décision du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.</p>	
	<p>« Toute personne qui effectue la première vente en France d'un médicament désigné comme orphelin en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins ou d'un médicament faisant l'objet ou ayant fait l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation mentionnée au a de l'article L. 5121-12*</p>	

Dispositions en vigueur

La taxe et les pénalités sont recouvrées selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'État.

Art. L. 5122-3. – Seuls peuvent faire l'objet d'une publicité les médicaments pour lesquels ont été obtenus l'autorisation de mise sur le marché mentionnée à l'article L. 5121-8 ou l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 ou un des enregistrements mentionnés aux articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1 ou qui sont importés selon la procédure mentionnée à l'article L. 5121-17.

Art. L. 5123-2. – L'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation par les collectivités publiques des médicaments définis aux articles L. 5121-8, L. 5121-9-1, L. 5121-12, L. 5121-13 et L. 5121-14-1 ou importés selon la procédure prévue à l'article L. 5121-17 sont limités, dans les conditions propres à ces médicaments fixées par le décret mentionné à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, aux produits agréés dont la liste est établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

L'inscription d'un médicament sur la liste mentionnée au premier alinéa peut, au vu des exigences de qualité et de sécurité des soins mettant en oeuvre ce médicament, énoncées le cas échéant par la commission prévue à l'article L. 5123-3, être assortie de conditions concernant la qualification ou la compétence des prescripteurs, l'environnement technique ou l'organisation de ces soins et d'un dispositif de suivi des patients traités.

Art. L. 5321-2. – Les ressources de l'agence sont constituées notamment :

1° Par des subventions des collectivités publiques, de leurs établissements publics, des organismes de sécurité sociale, de l'Union européenne ou

Texte du projet de loi

est également tenue d'adresser à l'agence et au comité la déclaration des ventes réalisées pour ce médicament prévue au premier alinéa. » ;

2° À l'article L. 5122-3, les mots : « qui sont importés selon la procédure prévue à l'article L. 5121-17* » sont remplacés par les mots : « bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle conformément aux dispositions de l'article L. 5124-13* » ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 5123-2, les mots : « importés selon la procédure prévue à l'article L. 5121-17* » sont remplacés par les mots : « bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle conformément aux dispositions de l'article L. 5124-13* » ;

4° L'article L. 5321-2 est ainsi modifié :

a) Les 1° et 2° sont remplacés par les dispositions suivantes :

« 1° Par une subvention de l'État ;

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
des organisations internationales ;		
2° Par des taxes prévues à son bénéfice ;	« 2° Par des subventions d'autres collectivités publiques, de leurs établissements publics, des organismes de sécurité sociale, de l'Union européenne ou des organisations internationales ;	
3° Par des redevances pour services rendus ;	b) Le 3° est supprimé ;	
4° Par des produits divers, dons et legs ;	c) Les 4° et 5° deviennent respectivement les 3° et 4° ;	
5° Par des emprunts.		
L'agence ne peut recevoir des dons des personnes dont elle contrôle l'activité.		
L'agence peut attribuer des subventions dans des conditions prévues par le conseil d'administration.		
Cinquième partie		
Produits de santé		
Livre III		
Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé		
Titre II		
Organisation		
Chapitre I ^{er}		
Dispositions générales et financières	5° Le chapitre I ^{er} du titre II du livre III de la cinquième partie est complété par un article L. 5321-3 ainsi rédigé : « Art. L. 5321-3. – I. – Donne lieu au versement d'un droit par le demandeur l'accomplissement par l'agence des opérations suivantes : « 1° L'analyse d'échantillons, ainsi que l'évaluation de la documentation relative au protocole de contrôle	

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

transmise par le fabricant, en vue de la mise en circulation des lots de médicaments immunologiques mentionnés au 6° de l'article L. 5121-1*, de médicaments dérivés du sang mentionnés à l'article L. 5121-3* et de substances qui, si elles sont utilisées séparément d'un dispositif médical dans lequel elles sont incorporées comme parties intégrantes, sont susceptibles d'être considérées comme des médicaments dérivés du sang ;

« 2° Les inspections expressément demandées par un établissement réalisant les activités mentionnées à l'article L. 5138-4* afin de vérifier le respect des bonnes pratiques mentionnées à l'article L. 5138-3* et de délivrer, le cas échéant, le certificat attestant ce respect ;

« 3° La fourniture de substances de référence de la pharmacopée française ;

« 4° La délivrance d'attestations de qualité destinées aux exportateurs de médicaments.

« Le montant du droit est fixé par décret dans la limite de :

« – 4 000 € pour les opérations mentionnées au 1° ;

« – 15 000 € pour les opérations mentionnées au 2° ;

« – 120 € pour les opérations mentionnées au 3° ;

« – 3 500 € pour les opérations mentionnées au 4°.

« II. – L'agence liquide le montant du droit dû pour chaque opération, qui donne lieu à l'émission d'un titre de perception ordonnancé par le ministère chargé de la santé. Le droit est recouvré au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés selon les modalités en vigueur en matière de créances étrangères à l'impôt et au domaine. » ;

6° Après l'article L. 5421-6-2, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. L. 5421-6-3. – Le fait de ne pas adresser à l'Agence française de

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 5422-2. – Toute publicité portant sur un médicament qui n'a pas obtenu l'autorisation mentionnée aux articles L. 5121-8 et L. 5121-9-1 ou l'autorisation d'importation parallèle mentionnée à l'article L. 5121-17 ou l'un des enregistrements mentionnés aux articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1, est punie de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.

Cf. Annexe 3

Code de la sécurité sociale

Art. L. 162-16-5. – Le prix de cession au public des spécialités disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'autorisation d'importation parallèle mentionnée à l'article L. 5121-17 du code de la santé publique ou de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 du même code et inscrites sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, majoré le cas échéant du montant de la taxe sur la valeur ajoutée, est égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au Comité économique des produits de santé et publié par ce dernier, auquel s'ajoute une marge dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités.

À défaut de déclaration ou en cas d'opposition définitive du comité, le prix de cession au public est fixé par décision du Comité économique des produits de santé et au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours après l'inscription de la spécialité sur la liste

sécurité sanitaire des produits de santé, au plus tard le 31 mars de l'année en cours, la déclaration mentionnée à l'article L. 5121-18*, est punie de 45 000 € d'amende.

« La déclaration incomplète ou inexacte est punie de 25 000 € » ;

7° À l'article L. 5422-2, les mots « mentionnée à l'article L. 5121-17* » sont remplacés par les mots : « conformément aux dispositions de l'article L. 5124-13* » ;

8° Les articles L. 5121-15, L. 5121-16, L. 5121-17, L. 5121-19, L. 5122-5, L. 5138-5, L. 5211-5-2, L. 5221-7 et L. 6221-11 sont abrogés.

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

1° Au premier alinéa de l'article L. 162-16-5 et à la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17, les mots : « mentionnée à l'article L. 5121-17* » sont remplacés par les mots : « conformément aux dispositions de l'article L. 5124-13* » ;

Dispositions en vigueur

prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ou lorsque la spécialité figurait sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché, dans un délai de soixante-quinze jours après l'obtention de cette autorisation. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe à la décision du comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours après cette décision. La fixation du prix de cession tient compte principalement des prix de vente pratiqués pour cette spécialité, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation du médicament et de l'amélioration du service médical apportée par le médicament appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du même code, ainsi que des frais inhérents à la gestion et à la délivrance de la spécialité pharmaceutique.

Tant que le prix de vente déclaré ou le prix de cession au public n'est pas publié, les spécialités pharmaceutiques qui figuraient sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché sont prises en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'elles sont délivrées par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisé sur la base de leur prix d'achat majoré de la marge mentionnée au premier alinéa et, le cas échéant, du montant de la taxe sur la valeur ajoutée.

Un accord conclu à cet effet entre le comité et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des entreprises concernées ou, à défaut, un décret en Conseil d'État précise la procédure, les conditions dans lesquelles sont effectuées les déclarations des laboratoires exploitants, les critères de l'opposition du comité, les conditions dans lesquelles les prix de vente déclarés peuvent être révisés et les engagements que doit prendre l'entreprise.

Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées par le titre V du livre IV du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

mentionnés ci-dessus.

Art. L. 162-17. – Les médicaments spécialisés, mentionnés à l'article L. 601 du code de la santé publique et les médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle mentionnée à l'article L. 5121-17 du même code, ne peuvent être pris en charge ou donner lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie, lorsqu'ils sont dispensés en officine, que s'ils figurent sur une liste établie dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État. La liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments.

Les médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique sont pris en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'ils sont délivrés par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisée. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments.

L'inscription d'un médicament sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas peut, au vu des exigences de qualité et de sécurité des soins mettant en oeuvre ce médicament, énoncées le cas échéant par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, être assortie de conditions concernant la qualification ou la compétence des prescripteurs, l'environnement technique ou l'organisation de ces soins et d'un dispositif de suivi des patients traités.

En ce qui concerne les médicaments officinaux et les préparations magistrales, un décret en Conseil d'État détermine les règles selon lesquelles certaines catégories de ces médicaments peuvent être exclues du remboursement par arrêté interministériel.

Art. L. 162-17-5. – Les redevables de la taxe prévue à l'article L. 5121-17 du code de la santé publique adressent une copie de la déclaration prévue à l'article

Texte du projet de loi

1° Au premier alinéa de l'article L. 162-16-5 et à la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17, les mots : « mentionnée à l'article L. 5121-17* » sont remplacés par les mots : « conformément aux dispositions de l'article L. 5124-13* » ;

2° L'article L. 162-17-5 est abrogé ;

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

L. 5121-18 du même code au comité économique des produits de santé au plus tard le 31 mars de chaque année.

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 L. 381-1 et L. 742-1 du présent code, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires ;

2° Les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2.

Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté ministériel pour certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés.

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.

Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont en outre constituées par :

1° Une fraction égale à 38,81 % du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts ;

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 ;

3° La taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par :

- a) Les fabricants de lunettes ;
- b) Les fabricants d'équipements

Texte du projet de loi

3° L'article L. 241-2 est complété par un 7° ainsi rédigé :

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
d'irradiation médicale, d'équipements électromédicaux et électrothérapeutiques ;		
c) Les médecins généralistes ;		
d) Les établissements et services hospitaliers ;		
e) Les établissements et services d'hébergement médicalisé pour personnes âgées ;		
f) Les sociétés d'ambulance ;		
4° La part du produit de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 fixée au 1° de l'article L. 137-16 ;		
5° Une fraction des prélèvements sur les jeux et paris prévus aux articles L. 137-20, L. 137-21 et L. 137-22 ;		
6° La part du produit des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 fixée au dernier alinéa du II de l'article L. 245-16.		
Code général des impôts	« 7° Les taxes perçues au titre des articles 1600-0 N*, 1600-0 O*, 1600-0 Q* et 1635 bis AE du code général des impôts* et les droits perçus au titre de l'article L. 5321-3 du code de la santé publique*. »	
Livres premier Assiette et liquidation de l'impôt Deuxième partie Impositions perçues au profit des collectivités locales et de divers organismes Titre III Impositions perçues au profit de certains établissements publics et d'organismes divers Chapitre I ^{er} Impôts directs et taxes assimilées Section 01	III. – Le code général des impôts est ainsi modifié :	
Contributions et prélèvements perçus au profit d'organismes divers concourant au financement de la protection sociale et au remboursement de la dette sociale	1° La section 01 du chapitre I ^{er} du titre III de la deuxième partie du livre premier est complétée par un V ainsi rédigé : « V. – Prélèvements sociaux perçus au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés	

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« Art. 1600-0 N. – I. – Les personnes assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application des dispositions de l'article 256 A* qui effectuent la première vente en France de médicaments et de produits définis au II sont soumises à une taxe annuelle perçue au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

« II. – Les médicaments et produits mentionnés au I sont les médicaments et produits ayant fait l'objet d'un enregistrement au sens des dispositions des articles L. 5121-13* et L. 5121-14-1* du code de la santé publique, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé au sens des dispositions de l'article L. 5121-8 du même code*, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne au sens des dispositions du titre II du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments, ou d'une autorisation d'importation parallèle conformément aux dispositions de l'article L. 5124-13 du même code*.

« III. – L'assiette de la taxe est constituée, pour chaque médicament ou produit mentionné au II, par le montant total hors taxe sur la valeur ajoutée des ventes, quelle que soit la contenance des conditionnements dans lesquels ces médicaments ou produits sont vendus, réalisées au cours de l'année civile précédente, à l'exclusion des ventes des médicaments et produits qui sont exportés hors de l'Union européenne, ainsi que des ventes de médicaments et produits expédiés vers un autre État membre de l'Union européenne et des ventes de médicaments orphelins au sens des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins.

« IV. – Le montant de la taxe est fixé forfaitairement pour chaque médi-

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

cament ou produit mentionné au II à :

« - 499 € pour les médicaments ou produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 1 000 € et 76 000 €;

« - 1 636 € pour les médicaments ou produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 76 001 € et 380 000 €;

« - 2 634 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 380 001 € et 760 000 €;

« - 3 890 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 760 001 € et 1 500 000 €;

« - 6 583 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 1 500 001 € et 5 000 000 €;

« - 13 166 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 5 000 001 € et 10 000 000 €;

« - 19 749 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 10 000 001 € et 15 000 000 €;

« - 26 332 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 15 000 001 € et 30 000 000 €;

« - 33 913 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est supérieur à 30 000 000 €

« V. - La première vente en France au sens du I s'entend de la première vente intervenant après fabrication en France, ou après introduction en France en provenance de l'étranger de médicaments et produits mentionnés au II.

« Le fait générateur de la taxe intervient lors de la première vente de chaque médicament ou produit mentionné au II. La taxe est exigible lors de la réalisation de ce fait générateur.

« Art. 1600-0 O. - I. - Les personnes assujetties à la taxe sur la valeur

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

ajoutée en application des dispositions de l'article 256 A* qui effectuent la première vente en France des dispositifs définis au II sont soumis à une taxe annuelle perçue au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

« II. – Les dispositifs mentionnés au I sont les dispositifs médicaux définis à l'article L. 5211-1 du code de la santé publique* et les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro définis à l'article L. 5221-1 du même code*.

« III. – L'assiette de la taxe est constituée du montant total des ventes de dispositifs mentionnés au II hors taxe sur la valeur ajoutée, réalisées au cours de l'année civile précédente, à l'exclusion des ventes portant sur les dispositifs mentionnés au II lorsqu'ils sont exportés hors de l'Union européenne ou lorsqu'ils sont expédiés vers un autre État membre de l'Union européenne.

« IV. – Le taux de cette taxe est fixé à 0,29 %.

« V. – La première vente en France au sens du I s'entend de la première vente intervenant après fabrication en France, ou après introduction en France en provenance de l'étranger de dispositifs mentionnés au II.

« Le fait générateur de la taxe intervient lors de la première vente des dispositifs mentionnés au II. La taxe est exigible lors de la réalisation de ce fait générateur.

« Art. 1600-0 P. – I. – Les redevables de la taxe mentionnée au I de l'article 1600-0 N* et de la taxe mentionnée au I de l'article 1600-0 O* déclarent ces taxes sur l'annexe à la déclaration mentionnée à l'article 287* et déposée au titre des opérations du mois de mars ou du premier trimestre de l'année civile. Le montant de chacune des taxes concernées est acquitté lors du dépôt de la déclaration.

« Les redevables placés sous le régime simplifié d'imposition prévu à l'article 302 septies A* déclarent et acquittent les taxes mentionnées au I de

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

l'article 1600-0 N* et au I de l'article 1600-0 O* lors du dépôt de la déclaration mentionnée au 3 de l'article 287*.

« II. – Les taxes mentionnées au I de l'article 1600-0 N* et au I de l'article 1600-0 O* sont constatées, recouvrées et contrôlées selon les mêmes procédures et sous les mêmes sanctions, garanties et privilèges que la taxe sur la valeur ajoutée. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées et le droit de reprise de l'administration s'exerce selon les règles applicables à cette même taxe.

« III. – Lorsque les redevables des taxes mentionnées au I de l'article 1600-0 N* et au I de l'article 1600-0 O* ne sont pas établis dans un État membre de l'Union européenne ou dans tout autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen et ayant conclu une convention fiscale qui contient une clause d'assistance administrative en vue de lutter contre la fraude et l'évasion fiscale, ils sont tenus de faire accréditer auprès du service des impôts compétent un représentant assujéti à la taxe sur la valeur ajoutée établi en France qui s'engage à remplir les formalités incombant à cette personne et, en cas d'opération imposable, à acquitter les taxes à sa place.

« Ce représentant tient à la disposition de l'administration fiscale de manière séparée la comptabilité afférente aux ventes de médicaments et produits mentionnés au II de l'article 1600-0-N* et celle afférente aux ventes des dispositifs mentionnés au II de l'article 1600 0 O*.

« Art. 1600-0 Q. – I. – Il est institué une taxe annuelle perçue au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés due par les laboratoires de biologie médicale définis à l'article L. 6212-1 du code de la santé publique* dont tout ou partie des examens sont soumis, pour l'année en cause, au contrôle national de qualité mentionné à l'article L. 6221-10 du même code*.

« II. – Le montant de la taxe mentionnée au I est fixé forfaitairement

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Livre premier
Assiette et liquidation de l'impôt
Deuxième partie
Impositions perçues au profit des collectivités locales et de divers organismes
Titre III
Impositions perçues au profit de certains établissements publics et d'organismes divers
Chapitre III
Enregistrement, publicité foncière et timbre
Section V quater
Fonds de prévention des risques naturels majeurs

par décret dans la limite de 600 €

« III. – Les redevables déclarent la taxe sur l'annexe à la déclaration mentionnée à l'article 287* et déposée au titre des opérations du mois de mars ou du premier trimestre de l'année civile. La taxe est acquittée lors du dépôt de la déclaration.

« Pour les redevables placés sous le régime simplifié d'imposition prévu à l'article 302 septies A*, la taxe est déclarée et acquittée lors du dépôt de la déclaration mentionnée au 3 de l'article 287*.

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

2° Après la section V quater du chapitre III du titre III de la deuxième partie du livre premier, il est inséré une section ainsi rédigée :

« Section V quinquies
« Droits perçus au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

« Art. 1635 bis AE. – I. – Est subordonné au paiement d'un droit perçu au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés le dépôt, auprès de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé :

« 1° De chaque demande d'enregistrement mentionnée aux articles L. 5121-13* et L. 5121 14 du code de la

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

santé publique*, de chaque demande de renouvellement ou de modification de cet enregistrement ;

« 2° De chaque demande d'enregistrement mentionnée à l'article L. 5121-14-1 du même code*, de chaque demande de renouvellement ou de modification de cet enregistrement ;

« 3° De chaque demande d'autorisation de mise sur le marché mentionnée à l'article L. 5121-8 du même code* et de chaque demande de renouvellement ou de modification de cette autorisation ;

« 4° De chaque demande de reconnaissance par au moins un autre État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé mentionnée à l'article L. 5121-8 du même code* ou de chaque demande de modification de ces autorisations ;

« 5° De chaque demande d'autorisation d'importation parallèle conformément aux dispositions de l'article L. 5124-13 du même code* et de chaque demande de modification ou de renouvellement de cette autorisation ;

« 6° De chaque demande de visa ou de renouvellement de visa de publicité mentionné aux articles L. 5122-8* et L. 5122-14 du même code* ;

« 7° De chaque dépôt de publicité mentionné aux articles L. 5122-9* et L. 5122-14 du même code*.

« II. – Le montant du droit dû à raison des dépôts mentionnés au I est fixé par décret dans la limite de :

« - 7 600 € pour les demandes mentionnées au 1° du I ;

« - 21 000 € pour les demandes mentionnées au 2° du I ;

« - 50 000 € pour les demandes mentionnées au 3°, au 4° et au 5° du I ;

« - 510 € pour les demandes

« - 1200 € pour les demandes

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

mentionnées au 6° et au 7° du I.

mentionnées au 6° et au 7° du I.

Amendement 150

« III. – Le versement du droit est accompagné d'une déclaration dont le modèle est fixé par l'administration. Le droit est recouvré et contrôlé selon les mêmes garanties et sanctions qu'en matière de droits d'enregistrement. Il est donné quittance de son versement. À défaut de production de la quittance à l'appui de son dépôt à l'agence, ou en cas de versement d'un montant insuffisant, le dossier de la demande est réputé incomplet et la publicité mentionnée au 7° du I est réputée non déposée. » ;

« Une fois le dossier d'une demande mentionnée au I complet ou la publicité mentionnée au 7° du I déposée, le droit versé n'est restituable qu'à concurrence de la fraction de son montant dont l'agence a antérieurement constaté l'insuffisance de versement. » ;

3° Après le III de l'article 1647, il est inséré un III bis ainsi rédigé :

« Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'État effectue un prélèvement de 0,5 % sur le montant des taxes mentionnées aux articles 1600-0 N*, 1600-0 O* et 1600-0 Q* et sur celui des droits mentionnés à l'article 1635 bis AE*. »

IV. – Le VII de la section II du chapitre III du titre II de la première partie du livre des procédures fiscales est complété par un 8° ainsi rédigé :

« 8° Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

« Art. L. 166 D. – L'administration chargée du recouvrement des taxes prévues aux articles 1600-0 N* et 1600-0 O* du code général des impôts transmet à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé les données collectées à partir des déclarations des redevables de ces taxes, dans les conditions et suivant les modalités déterminées par décret : le nom de l'établissement, l'identifiant SIRET, l'adresse de l'établissement principal ou du siège du redevable et le montant acquitté

Livre des procédures fiscales

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

pour chacune des taxes précitées. Les destinataires des informations transmises sont astreints, pour les données dont ils ont à connaître en application du présent article, au secret professionnel sous les sanctions prévues à l'article 226-13 du code pénal*.

V. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2012.

VI. – Par dérogation aux dispositions du présent article, quand elle constate, après le 1^{er} janvier 2012, un versement erroné ou l'absence de versement de la part du redevable d'une des taxes ou redevances à acquitter en 2011 ou au cours des exercices antérieurs et prévues à l'article 23 de la loi n° 2005-1720 du 30 décembre 2005 de finances rectificative pour 2005*, aux articles L. 5121-15*, L. 5121-16*, L. 5121-17*, L. 5122-5*, L. 5138-5*, L. 5211-5-2*, L. 5221-7*, L. 6221-11* et au 3° de l'article L. 5321-2 du code de la santé publique* dans leur version en vigueur au 1^{er} janvier 2011, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé procède à la liquidation et au recouvrement des sommes restant à percevoir ou au remboursement des sommes perçues à tort conformément aux dispositions en vigueur l'année où la taxe ou la redevance était due.

Ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale

Article 20

Article 20

I. – Après le II quinquies de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, il est inséré un II sexies ainsi rédigé :

« II sexies. – La couverture des déficits des exercices 2009 et 2010 de la branche mentionnée au 3° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime* est assurée, au plus tard le 31 décembre 2011, par un transfert de 2 466 641 896,19 € de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole. »

Sans modification

Dispositions en vigueur

Code rural et de la pêche maritime

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 code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° Le 6° de l'article L. 731-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« 6° Une fraction égale à 39,6 % du produit du droit sur les bières et les boissons non alcoolisées mentionné à l'article 520 A du même code* ; »

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

9° Le produit des taxes mentionnées aux articles 1010,1609 viciés et 1618 septies du code général des impôts ;

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.

Art. L. 731-3. – Le financement des prestations d'assurance vieillesse et veuvage 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 vieillesse et veuvage des non-salariés agricoles ;

2° Le produit des cotisations de solidarité mentionnées à l'article L. 731-23 ;

3° Le produit des droits de consommation sur les alcools mentionnés au I de l'article 403 du code général des impôts ;

4° Une fraction égale à 34,4 % du produit du droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels mentionné à l'article 438 du même code ;

Texte du projet de loi

2° Après le 7° bis de l'article L. 731-3, il est inséré un 7° ter ainsi rédigé :

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>5° Le versement du solde de compensation résultant, pour l'assurance vieillesse, de l'application de l'article L. 134-1 du code de la sécurité sociale ;</p>	<p>« 7° ter Une fraction égale à 60,4 % du produit du droit sur les bières et les boissons non alcoolisées mentionné à l'article 520 A du code général des impôts* ; »</p>	<p>... maladie, maternité <i>et</i> décès dans ...</p>
<p>6° La contribution du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code, dans les conditions prévues par l'article L. 135-2 de ce code ;</p>	<p>Article 21</p>	<p>Article 21</p>
<p>7° Les impôts, taxes et amendes qui sont affectés à la branche ;</p>	<p>I. – À compter du 1^{er} janvier 2013, les salariés et anciens salariés de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris et leurs ayants droit qui relevaient antérieurement du régime spécial d'assurance maladie du personnel de cet établissement sont affiliés ou pris en charge par le régime général de sécurité sociale pour les risques maladie et maternité dans le respect des règles de ce dernier. Il est mis fin à ce régime spécial à compter de la même date.</p>	<p>I. – ...</p>
<p>7° bis Une contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge prévu à l'article L. 732-18-3 ;</p>	<p>Un décret en Conseil d'État détermine, en tant que de besoin, les modalités de mise en œuvre du transfert prévu au précédent alinéa, notamment les adaptations rendues nécessaires par ce transfert aux règles relatives aux droits à prestations des assurances sociales fixées aux titres 1 à 3 et 6 du livre 3 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>... date.</p>
<p>8° Toute autre ressource prévue par la loi.</p>		<p>Amendement 151</p>

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Code de la sécurité sociale

Art. L. 642-4. – L'inscription au tableau de l'ordre en qualité d'expert-comptable ou de comptable agréé comporte l'obligation de cotiser à la Caisse d'allocation vieillesse des experts-comptables et des comptables agréés, même en cas d'affiliation au régime général de sécurité sociale.

Un décret fixe la répartition des cotisations entre la personne physique ou morale employeur et le professionnel lorsque celui-ci est affilié au régime général de sécurité sociale.

Un décret fixe, pour une période transitoire commençant le 1^{er} janvier 2013 et prenant fin au plus tard le 31 décembre 2018, les taux des cotisations dues chaque année par la Chambre de commerce et d'industrie de Paris au régime général au titre de ces assurances sociales permettant d'atteindre de manière progressive le taux de cotisation des assurances maladie, maternité, invalidité et décès du régime général de sécurité sociale à la charge des employeurs en application des articles L. 241-1* et L. 241-2 du code de la sécurité sociale*.

II. – L'affiliation et la prise en charge par le régime général de sécurité sociale des salariés et anciens salariés de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris et de leurs ayants droit qui relevaient du régime spécial d'assurance invalidité du personnel de cet établissement prévues par l'article 70 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises* prennent effet au 1^{er} janvier 2013. Il est mis fin à ce régime spécial à la même date.

Un décret ...

... industrie de région Paris-Île-de-France, à raison de l'affiliation au régime général de sécurité sociale des assurés qui relevaient antérieurement du régime spécial d'assurance maladie de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris, au régime ...

... sociale.

Amendement 152

Article additionnel après l'article 21

I. – Au premier alinéa de l'article L. 642-4 du code de la sécurité sociale, les mots : « à la Caisse d'allocation vieillesse » sont remplacés par les mots : « au régime complémentaire institué, en application de l'article L.644-1*, au profit ».

II. – Les pertes de recettes pour les organismes de sécurité sociale sont compensées à due concurrence par le produit d'une taxe additionnelle au droit de consommation sur les tabacs visé à l'article 575 du code général des impôts.

Amendement 153

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Article 22

Est approuvé le montant de 3,2 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 2012.

Article 22

Sans modification

Section 2

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Section 2

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 23

Pour l'année 2012, les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, sont fixées :

Article 23

Sans modification

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

Cf. tableau en annexe 1

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

Cf. tableau en annexe 1

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

Cf. tableau en annexe 1

Article 24

Pour l'année 2012, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

Cf. tableau en annexe 1

Article 24

Sans modification

Article 25

Pour l'année 2012, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale :

Cf. tableau en annexe 1

Article 25

Sans modification

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Article 26

Pour l'année 2012, 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 26
Sans modification

Article 27

I. – Pour l'année 2012, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 11,1 milliards d'euros.

II. – Pour l'année 2012, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

Cf. tableau en annexe 1

III. – Pour l'année 2012, les prévisions de recettes par catégorie mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à :

Cf. tableau en annexe 1

Article 27
Sans modification

Article 28

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2012-2015), 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 28
Sans modification

Section 3

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

Section 3
**Dispositions relatives
au recouvrement, à la trésorerie
et à la comptabilité**

Code de la sécurité sociale

Article 29

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

1° Les premier et deuxième alinéas sont remplacés par les dispositions suivantes :

Article 29

Dispositions en vigueur

Art. L. 131-6. – Les cotisations d'assurance maladie et maternité et d'allocations familiales des travailleurs non salariés non agricoles et les cotisations d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles ou commerciales sont assises sur le revenu professionnel non salarié ou, le cas échéant, sur des revenus forfaitaires.

Le revenu d'activité pris en compte est déterminé par référence à celui retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu. Ce revenu est majoré des déductions et exonérations mentionnées aux articles 44 sexies, 44 sexies A, 44 octies, 44 octies A, 44 undecies, 44 terdecies, 44 quaterdecies et 151 septies A et au deuxième alinéa du I de l'article 154 bis du code général des impôts, à l'exception des cotisations versées aux régimes facultatifs par les assurés ayant adhéré à ces régimes avant la date d'effet de l'article 24 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle. Il n'est pas tenu compte des reports déficitaires, des amortissements réputés différés au sens du 2° du 1 de l'article 39 du code général des impôts, des plus-values et moins-values professionnelles à long terme, des provisions mentionnées aux articles 39 octies E et 39 octies F du même code et du coefficient multiplicateur mentionné au 7 de l'article 158 du même code.

Pour les sociétés d'exercice libéral visées à l'article 1^{er} de la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé et aux sociétés de participations financières de professions libérales, est également prise en compte, dans les conditions prévues au deuxième alinéa, la part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts perçus par le travailleur non salarié non agricole, son conjoint ou le partenaire auquel il est lié par un pacte civil de solidarité ou leurs enfants mineurs non émancipés et des revenus visés au 4° de l'article 124 du même code qui est supérieure à 10 % du capital social et des primes d'émission et des sommes

Texte du projet de loi

« Les cotisations d'assurance maladie et maternité, d'allocations familiales et d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants non agricoles sont assises sur le revenu d'activité non salarié.

« Ce revenu est celui retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu, sans qu'il soit tenu compte des plus-values et moins-values professionnelles à long terme, des reports déficitaires, des exonérations et du coefficient multiplicateur mentionné au 7 de l'article 158 du code général des impôts*. En outre, les primes et cotisations mentionnées au deuxième alinéa du I de l'article 154 bis du code* ne sont admises en déduction que pour les assurés ayant adhéré aux régimes en cause avant la date d'effet de l'article 24 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle*.»

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

versées en compte courant détenus en toute propriété ou en usufruit par ces mêmes personnes. Un décret en Conseil d'État précise la nature des apports retenus pour la détermination du capital social au sens du présent alinéa ainsi que les modalités de prise en compte des sommes versées en compte courant.

Sont également pris en compte, dans les conditions prévues au deuxième alinéa, 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.

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

Le montant des acomptes provisionnels de cotisations sociales dus au titre d'une année civile peut être calculé

Texte du projet de loi

2° Après le troisième alinéa il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les travailleurs indépendants non agricoles qui font application des articles L. 526 6 à L. 526-21 du code de commerce* et sont assujettis à ce titre à l'impôt sur les sociétés, le revenu d'activité pris en compte intègre également la part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts* qui excède 10 % du montant de la valeur des biens du patrimoine affecté constaté en fin d'exercice ou la part de ces revenus qui excède 10 % du montant du bénéfice net au sens de l'article 38 du même code* si ce dernier montant est supérieur. Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article.

3° Le cinquième, le sixième et le septième alinéas sont supprimés. »

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

sur la base des revenus de cette année estimés par l'assuré sur demande de celui-ci à l'organisme de recouvrement. Une majoration de retard de 10 % est appliquée sur l'insuffisance de versement des acomptes provisionnels lorsque le revenu définitif au titre de la même période est supérieur de plus d'un tiers au revenu estimé par l'assuré. Cette majoration est recouvrée et contrôlée dans les conditions fixées aux articles L. 244-3 et L. 244-9.

Sans préjudice du précédent alinéa, les cotisations mentionnées au premier alinéa dues au titre de la première année civile d'activité sont calculées à titre provisionnel sur une base forfaitaire qui ne peut excéder dix-huit fois la valeur de la base mensuelle de calcul des prestations familiales en vigueur au 1er octobre de l'année précédente ; celles dues au titre de la deuxième année civile d'activité sont calculées à titre provisionnel sur une base forfaitaire qui ne peut excéder vingt-sept fois cette valeur.

Art. L. 131-6-1. – Par dérogation aux cinquième et dernier alinéas de l'article L. 131-6, aux troisième et quatrième alinéas de l'article L. 136-3 et au premier alinéa de l'article L. 6331-51 du code du travail et lorsqu'il n'est pas fait application de l'article L. 133-6-8 du présent code, sur demande du travailleur non salarié, il n'est exigé aucune cotisation ou contribution, provisionnelle ou définitive, pendant les douze premiers mois suivant le début de l'activité non salariée.

Les cotisations définitives dues au titre de cette période peuvent faire l'objet, à la demande du travailleur non salarié, d'un paiement par fractions annuelles sur une période qui ne peut excéder cinq ans. Chaque fraction annuelle ne peut être inférieure à 20 % du montant total des cotisations dues. Le bénéfice de cet étalement n'empporte aucune majoration de retard.

Le bénéfice de ces dispositions ne peut être obtenu plus d'une fois par période de cinq ans, au titre d'une créa-

Texte du projet de loi

II. – Au premier alinéa de l'article L.131-6-1 du même code, les mots : « aux cinquième et dernier alinéas de l'article L. 131-6, aux troisième et quatrième alinéas de l'article L. 136-3 » sont remplacés par les mots : « aux dispositions de l'article L. 131-6-2 ».

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
tion ou reprise d'entreprise.	<p>III. – Après cet article L. 131-6-1 du même code, il est inséré un article L. 131-6-2 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 131-6-2. – Les cotisations sont dues annuellement.</p> <p>« Elles sont calculées, à titre provisionnel, en pourcentage du revenu d'activité de l'avant dernière année. Pour les deux premières années d'activité, les cotisations provisionnelles sont calculées sur un revenu forfaitaire fixé par décret.</p> <p>« Lorsque le revenu d'activité est définitivement connu, les cotisations font l'objet d'une régularisation.</p> <p>« Par dérogation au deuxième alinéa, sur demande du cotisant, les cotisations provisionnelles peuvent être calculées sur la base du dernier revenu d'activité connu ou sur la base du revenu estimé de l'année en cours. Lorsque le revenu définitif est supérieur de plus d'un tiers au revenu estimé par l'assuré, une majoration de retard est appliquée sur la différence entre les cotisations provisionnelles calculées dans les conditions de droit commun et les cotisations provisionnelles calculées sur la base des revenus estimés, sauf si les éléments en la possession de l'assuré au moment de sa demande justifiaient son estimation. Le montant et les conditions d'application de cette majoration sont fixés par décret.</p> <p>« Lorsque les données nécessaires au calcul des cotisations n'ont pas été transmises, celles-ci sont calculées à titre provisoire sur une base majorée déterminée par référence aux dernières données connues ou sur une base forfaitaire. Le cotisant est redevable d'une pénalité calculée en fonction des cotisations finalement dues. Un décret détermine la base majorée ainsi que la base forfaitaire et précise les modalités de</p>	« Elles ...
		... par décret <i>après consultation des organisations professionnelles concernées.</i>
		Amendement 154
		« Lorsque ...

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 sont 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>calcul et d'application de la pénalité mentionnées ci-dessus. »</p>	<p>... ci-dessus. Ce décret est pris après consultation des organisations syndicales concernées.</p>
<p>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 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. Cette procédure s'applique également en cas de cessation d'activité.</p>	<p>IV. – Le I de l'article L. 133-6-2 du même code, est ainsi modifié :</p>	<p>Amendement 155</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>1° Au premier alinéa, le mot : « préalable » est remplacé par les mots : « par anticipation ».</p>	
	<p>2° Il est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Lorsque le travailleur indépendant effectue une déclaration par anticipation, la régularisation mentionnée à l'article L. 131-6-2* est également effectuée par anticipation. Un décret fixe les conditions dans lesquelles cette régularisation peut être effectuée ainsi que le montant forfaitaire servi à titre d'intérêt au travailleur indépendant qui verse par anticipation le montant des sommes dues. »</p>	

Dispositions en vigueur

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. 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

Texte du projet de loi

V. – Au premier alinéa de l'article L. 133-6-8 du même code*, les mots : « cinquième et dernier alinéas de l'article L. 131-6* » sont remplacés par les mots : « dispositions de l'article L. 131-6-2* ».

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

tes 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 l'article 293 B du même code sont dépassés.

Art. L. 136-3. – Sont soumis à la contribution les revenus professionnels des employeurs et travailleurs indépendants au sens de l'article L. 242-11.

La contribution est assise sur les revenus déterminés par application des dispositions de l'article L. 131-6. Les cotisations personnelles de sécurité sociale mentionnées à l'article 154 bis du code général des impôts ainsi que les sommes mentionnées aux articles L. 441-4 et L. 443-8 du code du travail et versées au bénéfice de l'employeur et du travailleur indépendant sont ajoutées au bénéfice pour le calcul de la contribution, à l'exception de celles prises en compte dans le revenu professionnel défini à l'article L. 131-6.

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

Pour les employeurs et travailleurs indépendants ainsi que pour les titulaires de bénéfices non commerciaux et de bénéfices industriels et commerciaux visés au troisième alinéa du présent article débutant leur activité professionnelle, la contribution est, à titre provisionnel, calculée sur la base d'un revenu égal à dix-huit fois la base mensuelle de calcul des allocations familiales en vigueur au 1er octobre de l'année précédente. Ne sont assimilées à un dé-

Texte du projet de loi

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

1° Au premier alinéa, les mots : « employeurs et les » sont supprimés.

2° Au deuxième alinéa, les mots : « de l'employeur et » sont supprimés.

3° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« La contribution est due annuellement dans les conditions définies aux articles L. 131-6-1*, L. 131-6-2* et L. 133-6-8*, ainsi que leurs dispositions réglementaires d'application dans leur rédaction publiée à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale. »

4° Les quatre derniers alinéas sont supprimés.

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

but d'activité ni la modification des conditions d'exercice de l'activité professionnelle, ni la reprise d'activité intervenue soit dans l'année au cours de laquelle est survenue la cessation d'activité, soit dans l'année suivante.

Le montant des acomptes provisionnels de contributions sociales dus au titre d'une année civile peut être calculé sur la base des revenus de cette année estimés par l'assuré sur demande de celui-ci à l'organisme de recouvrement. Une majoration de retard de 10 % est appliquée sur l'insuffisance de versement des acomptes provisionnels lorsque le revenu définitif au titre de la même période est supérieur de plus d'un tiers au revenu estimé par l'assuré. Cette majoration est recouvrée et contrôlée dans les conditions fixées aux articles L. 244-3 et L. 244-9.

La contribution sociale due au titre de l'année 1991 par les employeurs et travailleurs indépendants ainsi que par les titulaires de bénéfices non commerciaux et de bénéfices industriels et commerciaux visés à l'alinéa précédent est calculée à titre provisionnel sur les revenus professionnels, tels que définis et déterminés au présent article, majorés de 25 %.

Par dérogation aux troisième et quatrième alinéas, l'article L. 133-6-8 est applicable lorsque les employeurs ou les travailleurs indépendants ont exercé l'option prévue par cet article.

Art. L. 242-11. – Les cotisations d'allocations familiales des employeurs et travailleurs indépendants sont calculées conformément aux dispositions de l'article L. 131-6. Les dispositions de l'article L. 652-3 sont applicables au recouvrement de ces cotisations par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 et à l'article L. 611-3.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, sont dispensés du versement de la cotisation les personnes justifiant d'un revenu professionnel inférieur à un montant

Texte du projet de loi

VII. – L'article L. 242-11 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « employeurs et » sont supprimés et les mots : « de l'article L. 131-6* » sont remplacés par les mots : « des articles L. 131-6*, L. 131-6-1* et L. 131-6-2* »

2° Au deuxième alinéa, le mot : « personnes » est remplacé par les mots : « travailleurs indépendants », le

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

déterminé ainsi que les travailleurs indépendants ayant atteint un âge déterminé et ayant assumé la charge d'un certain nombre d'enfants jusqu'à un âge déterminé. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent alinéa.

Art. L. 612-4. – Les cotisations sont définies conformément aux dispositions de l'article L. 131-6 et calculées dans la limite d'un plafond, dans des conditions déterminées par décret.

Les cotisations des retraités sont calculées en pourcentage des allocations ou pensions de retraite servies pendant l'année en cours par les régimes de base et les régimes complémentaires, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires. Elles sont précomptées sur ces allocations ou pensions ou, à défaut, évaluées à titre provisionnel et régularisées a posteriori.

Les conditions d'application du présent article, et notamment le taux et les modalités de calcul des cotisations, ainsi que les seuils d'exonération totale ou partielle sont fixées par décret.

Par dérogation aux dispositions du premier alinéa du présent article, lorsqu'un assuré exerçant successivement au cours d'une année civile plusieurs activités est affilié à des régimes obligatoires d'assurance maladie différents et que l'activité non salariée non agricole est exercée à titre principal et donne lieu au paiement d'une cotisation annuelle, assise sur le revenu forfaitaire visé à l'article L. 131-6, cette cotisation est calculée au prorata de la durée d'exercice de ladite activité dans des conditions fixées par décret.

Le bénéfice de la proratisation mentionnée à l'alinéa précédent est réservé aux personnes qui sont redevables

Texte du projet de loi

mot : « professionnel » est remplacé par le mot : « d'activité » et les mots : « les travailleurs indépendants » sont remplacés par le mot : « ceux ».

VIII. – L'article L. 612-4 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) Le mot : « définies » est remplacé par le mot : « calculées » et les mots : « de l'article L. 131-6* » sont remplacés par les mots : « des articles L. 131-6*, L. 131-6-1* et L. 131-6-2* » ;

b) Il est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elles ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret.

2° Les quatre derniers alinéas sont supprimés.

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

d'un montant minimum de cotisations fixé par décret aux autres régimes obligatoires dont relèvent leurs activités accessoires.

Cette proratisation est également applicable aux personnes exerçant une activité non salariée non agricole durant un nombre de jours par année civile n'excédant pas un seuil fixé par décret. La cotisation annuelle ainsi déterminée ne peut pas être inférieure à un montant fixé par décret.

Par dérogation aux dispositions du premier alinéa, le montant de la cotisation annuelle assise sur le revenu forfaitaire visé à l'article L. 131-6 ne peut excéder, au titre de la première année civile d'activité, celui qui serait dû sur dix-huit fois la valeur de la base mensuelle de calcul des prestations familiales en vigueur au 1er octobre de l'année précédente et, au titre de la deuxième année civile d'activité, celui qui serait dû sur vingt-sept fois cette valeur.

Art. L. 613-1. – Sont obligatoirement affiliés au régime d'assurance maladie et d'assurance maternité des travailleurs non-salariés des professions non agricoles :

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 :

a. le groupe des professions artisanales ;

b. le groupe des professions industrielles et commerciales, y compris les débitants de tabacs ;

c. le groupe des professions libérales, y compris les avocats ;

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

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

IX. – L'article L. 613-1 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier et deuxième alinéa, les mots : « non salariés » sont remplacés par le mot : « indépendants ».

Dispositions en vigueur

chapitre 3 du titre II du livre VII ;

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 débiteurs de tabacs bénéficiaires de 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 L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime ;

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

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 dont le revenu imposable de l'activité est supérieur au seuil d'exonération de faibles revenus professionnels non salariés non agricoles applicable en matière de cotisations d'allocations familiales.

Texte du projet de loi

2°Après le 7°, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« 8° Les personnes exerçant une activité de location directe ou indirecte de locaux d'habitation meublés ou destinés à être loués meublés à titre professionnel au sens du VII de l'article 151 septies du code général des impôts*, à l'exclusion de celles relevant de l'article L. 722-1 du code rural*. »

Propositions de la Commission

X. – L'article L. 633-10 du

Dispositions en vigueur

Art. L. L 633-10. – Les cotisations sont définies conformément aux dispositions de l'article L. 131-6 et calculées dans la limite d'un plafond, dans des conditions déterminées par décret.

Le montant du plafond est celui fixé en matière d'assurance vieillesse du régime général en application du premier alinéa de l'article L. 241-3. Le taux de cotisation est égal au total de ceux fixés en application des deuxième et quatrième alinéas dudit article.

Un décret fixe les conditions d'application des alinéas précédents.

À titre transitoire, pour le calcul de la cotisation due par les personnes titulaires d'une pension, rente ou allocation mentionnées aux articles L. 634-2 à L. 634-5, L. 636-1, L. 812-1 et L. 813-5 et qui exercent une activité professionnelle non salariée artisanale, industrielle ou commerciale, un abattement dont le montant est fixé par décret peut être appliqué à l'assiette des cotisations.

Ces dispositions cessent d'être applicables aux personnes titulaires d'une pension, rente ou allocation prenant effet postérieurement au 30 juin 1984.

Les cotisations du conjoint collaborateur mentionné à l'article L. 121-4 du code de commerce sont calculées, à sa demande :

1° Soit sur un revenu forfaitaire ou sur un pourcentage du revenu professionnel du chef d'entreprise ;

2° Soit, avec l'accord du chef d'entreprise, sur une fraction du revenu professionnel de ce dernier qui est déduite, par dérogation aux dispositions de l'article L. 131-6, du revenu professionnel du chef d'entreprise pris en compte pour déterminer l'assiette de sa cotisation d'assurance vieillesse.

Texte du projet de loi

même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) Le mot : « définies » est remplacé par le mot : « calculées » et les mots : « de l'article L. 131-6* » sont remplacés par les mots : « des articles L. 131-6*, L. 131-6-1* et L. 131-6-2* » ;

b) Il est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elles ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret. »

2° Les quatrième et cinquième alinéas sont supprimés.

3° Aux septième et huitième alinéas, le mot : « professionnel » est remplacé par le mot : « d'activité ».

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

Les dispositions de l'article L. 131-6-1 sont applicables aux cotisations dues par le conjoint collaborateur, sur sa demande ou sur celle du chef d'entreprise. Elles ne sont pas applicables au conjoint adhérent, à la date d'entrée en vigueur de l'article 15 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises, à l'assurance volontaire vieillesse des travailleurs non salariés non agricoles, en application des dispositions de l'article L. 742-6.

Les modalités d'application des 1° et 2° sont fixées par décret.

Art. L. 635-1. – Les régimes complémentaires obligatoires d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales assurent au bénéfice des personnes affiliées l'acquisition et le versement d'une pension exprimée en points. Le montant annuel de la pension individuelle de droit direct servie par ces régimes est obtenu par le produit du nombre total de points porté au compte de l'intéressé par la valeur de service du point.

Toute personne relevant de l'un des groupes professionnels mentionnés au 1° ou au 2° de l'article L. 621-3, y compris lorsque l'adhésion s'effectue à titre volontaire ou en vertu du bénéfice d'une pension d'invalidité, est affiliée d'office au régime complémentaire obligatoire de l'organisation dont elle relève.

Les cotisations aux régimes complémentaires obligatoires d'assurance vieillesse mentionnés au présent article sont assises sur le revenu professionnel défini à l'article L. 131-6, et recouvrées dans les mêmes formes et conditions que les cotisations du régime de base.

Ces régimes sont régis par des décrets qui fixent notamment les taux des cotisations et les tranches de revenu sur lesquelles ceux-ci s'appliquent.

Art. L. 635-5. – Les régimes obligatoires d'assurance invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales attribuent aux personnes affiliées une pension d'invalidité en cas d'invalidité totale ou partielle, mé-

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

XI. – Au troisième alinéa de l'article L. 635-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 635-5 du même code, le mot : « professionnel » est remplacé par le mot : « d'activité ».

Dispositions en vigueur

dicalement constatée par le service du contrôle médical des caisses. La pension d'invalidité prend fin à l'âge minimum auquel s'ouvre le droit à la pension de vieillesse allouée en cas d'incapacité au travail par le régime concerné.

Les cotisations aux régimes obligatoires d'assurance invalidité-décès mentionnés au présent article sont assises sur le revenu professionnel défini à l'article L. 131-6, et recouvrées dans les mêmes formes et conditions que les cotisations du régime de base d'assurance vieillesse.

Art. L. 642-1. – Toute personne exerçant une activité professionnelle relevant de l'Organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales est tenue de verser des cotisations destinées à financer notamment :

1° Les prestations définies au chapitre III du présent titre ;

2° Les charges de compensation incombant à cette organisation en application des articles L. 134-1 et L. 134-2.

Le régime de la pension de retraite reçoit une contribution du fonds institué par l'article L. 135-1 dans les conditions fixées par l'article L. 135-2.

Les charges mentionnées aux 1° et 2° sont couvertes par une cotisation proportionnelle déterminée en pourcentage des revenus professionnels non salariés tels que définis à l'article L. 642-2. Les revenus professionnels soumis à cotisations sont divisés en deux tranches déterminées par référence au plafond prévu à l'article L. 241-3 et dont les limites sont fixées par décret. Chaque tranche est affectée d'un taux de cotisation. La cotisation afférente à chaque tranche ouvre droit à l'acquisition d'un nombre de points déterminé par décret.

Le taux de cotisation appliqué à chaque tranche de revenus est fixé par décret, après avis de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales.

Un décret fixe le nombre de points attribué aux personnes exonérées

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

XII. – Au cinquième alinéa de l'article L. 642-1 du même code, les mots : « professionnels non salariés » sont supprimés et la deuxième citation du mot : « revenus professionnels » sont remplacés par les mots : « revenus d'activité ».

Dispositions en vigueur

de tout ou partie des cotisations en application de l'article L. 642-3.

Art. L. 642-2. – Les cotisations prévues à l'article L. 642-1 sont assises sur le revenu professionnel non salarié ou, le cas échéant, sur des revenus forfaitaires. Elles ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret.

Le revenu professionnel pris en compte est celui défini aux deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article L. 131-6.

Les cotisations sont calculées, chaque année, à titre provisionnel, en pourcentage du revenu professionnel de l'avant-dernière année ou des revenus forfaitaires. Lorsque le revenu professionnel est définitivement connu, les cotisations font l'objet d'une régularisation.

Les cotisations mentionnées au premier alinéa dues au titre de la première année civile d'activité sont calculées à titre provisionnel sur une base forfaitaire qui ne peut excéder dix-huit fois la valeur de la base mensuelle de calcul des prestations familiales en vigueur au 1^{er} octobre de l'année précédente ; celles dues au titre de la deuxième année d'activité sont calculées à titre provisionnel sur une base forfaitaire qui ne peut excéder vingt-sept fois cette valeur.

Par dérogation aux dispositions des troisième et quatrième alinéas, sur demande du professionnel libéral, il n'est demandé aucune cotisation provisionnelle ou définitive pendant les douze premiers mois suivant la date d'effet de son affiliation.

Les dispositions des deuxième et troisième alinéas de l'article L. 131-6-1 sont applicables aux cotisations prévues par l'article L. 642-1.

Les dispositions des deux alinéas précédents ne sont pas applicables à raison d'une modification des conditions dans lesquelles le professionnel libéral exerce son activité.

Texte du projet de loi

XIII. – L'article L. 642-2 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « revenu professionnel non salarié ou, le cas échéant, sur des revenus forfaitaires » sont remplacé par les mots : « d'activité et calculées dans les conditions définies aux articles L. 131-6*, L. 131-6-1* et L. 131-6-2* » ;

2° Les sept derniers alinéas sont supprimés.

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

À la demande de l'assuré, l'assiette des cotisations peut être fixée selon les modalités prévues au sixième alinéa de l'article L. 131-6.

Art. L. 652-6. – Le contrôle de l'application par les travailleurs non salariés des professions non agricoles des dispositions du présent livre est confié aux caisses et sections professionnelles relevant des organisations autonomes d'assurance vieillesse mentionnées au 3° de l'article L. 621-3.

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 caisses les transmettent, aux fins de poursuites, au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.

Art. L. 722-4. – Le financement des prestations prévues au présent chapitre est assuré par une cotisation des bénéficiaires assise sur les revenus qu'ils tirent de leurs activités professionnelles, appréciés conformément aux deuxième à quatrième alinéas de l'article L. 131-6. Les revenus tirés des activités professionnelles qui ne sont pas réalisées dans le cadre des conventions, du règlement ou du régime d'adhésion personnelle mentionnés à l'article L. 722-1 sont pris en compte dans la limite du plafond fixé pour l'application de l'article L. 612-4.

Art. L. 723-5. – La caisse instituée par l'article L. 723-1 perçoit, outre le montant des droits de plaidoirie mentionnés à l'article L. 723-3, une cotisation annuelle obligatoire pour tous les avocats, à l'exception de ceux qui en sont exonérés. Elle peut être graduée suivant l'âge lors de la prestation de serment et l'ancienneté d'exercice depuis la prestation de serment.

Texte du projet de loi

XIV. – Au premier alinéa de l'article L. 652-6 du même code, les mots : « non salariés des professions » sont remplacés par les mots : « indépendants ».

XV. – À l'article L. 722-4 du même code, les mots : « aux deuxième à quatrième alinéas » sont remplacés par les mots : « aux dispositions ».

XVI. – Au deuxième alinéa de

Propositions de la Commission

XVI. – ...

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>La caisse perçoit également une cotisation assise sur les revenus professionnels de l'avant-dernière année tels qu'ils sont définis aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 131-6 dans la limite d'un plafond fixé par décret ; le taux de cette cotisation est également fixé par décret.</p>	<p>l'article L. 723-5 du même code, les mots : « professionnels de l'avant-dernière année tels qu'ils sont définis aux deuxième et troisième alinéas » sont remplacés par les mots : « définis conformément aux dispositions ».</p>	<p>... alinéas de l'article L. 131-6 » sont remplacés par les mots : « définis conformément aux articles L. 131-6*, L. 131-6-1* et L. 131-6-2* ».</p>
<p>La caisse reçoit une contribution du fonds institué par l'article L. 135-1 dans les conditions fixées par l'article L. 135-2.</p>		Amendement 156
<p>Les cotisations d'assurance vieillesse de base du conjoint collaborateur de l'avocat non salarié comportent une part fixée à une fraction de la cotisation visée au premier alinéa et une part calculée sur une fraction équivalente à la précédente du revenu visé au deuxième alinéa.</p>		
<p>Le conjoint collaborateur mentionné à l'article L. 121-4 du code de commerce peut demander la prise en compte, par l'organisation autonome d'assurance vieillesse mentionnée à l'article L. 723-1 du présent code, de périodes d'activité sous réserve de justifier par tous moyens avoir participé directement et effectivement à l'activité de l'entreprise et d'acquitter des cotisations dans des conditions garantissant la neutralité actuarielle. Les périodes susceptibles d'être rachetées sont limitées à six années. Le rachat est autorisé jusqu'au 31 décembre 2020.</p>		
<p>Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article, notamment :</p>		
<ul style="list-style-type: none">- les conditions dans lesquelles les demandes doivent être présentées ;- le mode de calcul des cotisations et les coefficients de revalorisation qui leur sont applicables ;- les modalités de liquidation des droits à l'assurance vieillesse des demandeurs.		
	<p>XVII. – L'article L. 723-15 du même code est ainsi modifié :</p>	

Dispositions en vigueur

Art. L. 723-15. – Le régime complémentaire obligatoire est financé par les cotisations des assurés assises sur le revenu professionnel tel que défini aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 131-6 ou sur les rémunérations brutes pour celles acquittées pour le compte des avocats visés au 19° de l'article L. 311-3, dans la limite d'un plafond.

L'alinéa précédent ne fait pas obstacle à l'application d'une convention entre la Caisse nationale des barreaux français et l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage mentionné à l'article L. 5427-1 du code du travail, en vue du financement de droits à retraite complémentaire pour les avocats mentionnés au 19° de l'article L. 311-3 du présent code, au titre des périodes pendant lesquelles les assurés concernés ont bénéficié d'une allocation versée par cet organisme.

Les cotisations d'assurance vieillesse complémentaire du conjoint collaborateur de l'avocat non salarié ont pour assiette, sur demande, un pourcentage du revenu professionnel défini au premier alinéa. Avec l'accord de l'avocat, cette assiette peut être déduite du revenu défini au premier alinéa avant calcul de la cotisation de l'avocat au régime complémentaire.

Ces cotisations obligatoires sont versées et recouvrées dans les mêmes conditions que les cotisations du régime de base instituées par les articles L. 723-5 et L. 723-6-1.

Elles sont déductibles du revenu professionnel imposable.

Art. L. 756-5. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 242-11, du premier alinéa de l'article L. 612-4, du premier alinéa de l'article L. 633-10 et des premier et cinquième alinéas de l'article L. 131-6, les cotisations d'allocations familiales, d'assurance maladie et d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés non agricoles exerçant leur activité dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 sont calculées, à titre dé-

Texte du projet de loi

1° Au premier alinéa, les mots : « professionnel tel que défini aux deuxième et troisième alinéas » sont remplacés par les mots : « défini conformément aux dispositions » ;

2° Au dernier alinéa, le mot « professionnel » est remplacé par le mot « d'activité ».

XVIII. – L'article L. 756-5 du même code est modifié comme suit :

1° Au premier alinéa, les mots : « de l'article L. 242-11*, du premier alinéa de l'article L. 612-4,* du premier alinéa de l'article L. 633-10* et des premier et cinquième alinéas de l'article L. 131-6* » sont remplacés par les mots : « des trois premiers alinéas de l'article L. 131-6-2* », les mots : « non salariés » sont remplacés par le mot : « indépendants » et le mot : « professionnel » est remplacé par le mot : « d'activité » ;

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

finitif, sur la base du dernier revenu professionnel de l'avant-dernière année ou, le cas échéant, de revenus forfaitaires.

Par dérogation aux dispositions du dernier alinéa de l'article L. 131-6, la personne débutant l'exercice d'une activité non salariée non agricole est exonérée des cotisations et contributions pour une période de vingt-quatre mois à compter de la date de la création de l'activité.

Art. L. 131-6-3. – Pour les travailleurs non salariés non agricoles qui font application des articles L. 526-6 à L. 526-21 du code de commerce et sont assujettis à ce titre à l'impôt sur les sociétés, le revenu professionnel mentionné à l'article L. 131-6 du présent code intègre également la part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts qui excède 10 % du montant de la valeur des biens du patrimoine affecté constaté en fin d'exercice ou la part de ces revenus qui excède 10 % du montant du bénéfice net au sens de l'article 38 du même code si ce dernier montant est supérieur. Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article.

Art. L. 612-5. – Les personnes qui commencent ou reprennent, avant le 1^{er} janvier 1998, l'exercice d'une activité non salariée non agricole mentionnée à l'article L. 613-1, les assujettissant au régime institué par le présent titre, sont exonérées, dans la limite d'un taux fixé par décret, du versement des cotisations dues au titre des vingt-quatre premiers mois d'activité.

L'État prend en charge la fraction des cotisations dont ces personnes sont exonérées.

Une même personne ne peut bénéficier de cette prise en charge plus d'une fois au cours d'une période fixée par décret.

Texte du projet de loi

2° Au deuxième alinéa, les mots : « non salariée » sont remplacés par le mot : « indépendante ».

XIX. – Les articles L. 131-6-3 et L. 612-5 du même code sont abrogés.

Article 30

I. - Après l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 133 5-4 ainsi rédigé :

Propositions de la Commission

Article 30

Sans modification

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« Art. L. 133-5-4. – I. – Tout employeur de personnels salariés ou assimilés autres que les salariés agricoles et les salariés mentionnés à l'article L. 1271-1 du code du travail* est tenu d'adresser, au plus tard le 31 janvier de chaque année, à un organisme désigné par décret, une déclaration annuelle des données sociales faisant ressortir le montant des rémunérations versées à chacun de ses salariés ou assimilés au cours de l'année précédente.

« Cette déclaration unique se substitue aux déclarations annuelles destinées aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1* et L. 752-4*, aux déclarations prévues aux articles L. 1441-8* et L. 5212-5 du code du travail* ainsi qu'aux déclarations instituées par voie réglementaire dont la liste est fixée par décret. Ce décret fixe la liste des données autres que les rémunérations devant figurer dans la déclaration.

« II. – La déclaration annuelle des données sociales est effectuée par voie électronique selon une norme d'échanges, approuvée par arrêté conjoint du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale. Toutefois, elle peut être réalisée au moyen d'un formulaire dont le modèle est approuvé par arrêté conjoint des ministres ci-dessus mentionnés.

« III. – Lorsque les éléments déjà déclarés au titre d'une année civile à un des organismes mentionnés aux articles L. 213-1* et L. 752-1* diffèrent de ceux devant figurer sur la déclaration annuelle des données sociales, l'employeur lui adresse une déclaration de régularisation ainsi que, le cas échéant, le versement complémentaire de cotisations et contributions correspondant, au plus tard à la date mentionnée au I.

« IV. – Le défaut de production de l'une des déclarations mentionnées aux I et III dans les délais prescrits, l'omission de données devant y figurer ou l'inexactitude des données déclarées entraînent l'application d'une pénalité.

« Cette pénalité est fixée à 1,5 % du plafond mensuel de sécurité sociale

Dispositions en vigueur

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.

Texte du projet de loi

en vigueur, arrondi à l'euro supérieur, au titre de chaque salarié ou assimilé pour lequel est constaté le défaut de déclaration, l'omission ou l'inexactitude.

« Elle est recouvrée et contrôlée par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1* et L. 752-1*, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations assises sur les rémunérations. »

II. – À l'article L. 244-3 du code de la sécurité sociale, les mots : « bordereaux récapitulatifs des cotisations » sont remplacés par les mots : « déclarations obligatoires relatives aux cotisations et contributions sociales ».

III. – Les dispositions du I sont applicables pour la première fois au titre des rémunérations versées au cours de l'année 2012. Toutefois, un décret peut en reporter la première application au

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

plus tard au titre des rémunérations versées au cours de l'année 2015, pour tout ou partie des employeurs de personnels relevant des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale*.

Article additionnel après l'article 30

I. – L'article L. 133-8-3 du code de la sécurité sociale devient l'article L. 133-8-4.

II. – Avant l'article L. 133-8-4 du même code, il est rétabli un article L. 133-8-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 133-8-3. – Lorsque l'employeur bénéficie de l'allocation prévue à l'article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles ou de celle prévue à l'article L. 245-1 du même code, et que cette allocation est versée sous forme de chèque emploi-service universel préfinancé, la part de l'allocation relative aux cotisations et contributions sociales prises en charge par le département qui sert l'allocation au titre de l'emploi correspondant est versée par le département, pour le compte de l'employeur, directement auprès de l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-8 du présent code, selon des modalités fixées par décret.

« Le département verse à l'organisme de recouvrement, dans les conditions prévues par le décret mentionné à l'alinéa précédent, une somme destinée à assurer le recouvrement de l'ensemble des cotisations et contributions sociales dues lorsque le salarié n'a pas obtenu le remboursement de la totalité des chèques emploi-service universels préfinancés au moment de l'exigibilité. Ce versement fait l'objet, le cas échéant, d'une régularisation. »

Art. L. 241-17. – I. – Toute heure supplémentaire ou complémentaire ou toute autre durée de travail effectuée, lorsque sa rémunération entre dans le champ d'application du I de l'article 81 quater du code général des impôts, ouvre droit, dans les conditions et limites fixées par cet article, à une réduction de cotisations salariales de sécurité sociale

Dispositions en vigueur

proportionnelle à sa rémunération, dans la limite des cotisations et contributions d'origine légale ou conventionnelle rendues obligatoires par la loi dont le salarié est redevable au titre de cette heure. Un décret détermine le taux de cette réduction.

Le premier alinéa est applicable aux heures supplémentaires ou complémentaires effectuées par les salariés relevant des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1 du présent code dans des conditions fixées par décret, compte tenu du niveau des cotisations dont sont redevables les personnes relevant de ces régimes et dans la limite mentionnée au premier alinéa.

II. – La réduction de cotisations salariales de sécurité sociale prévue au I est imputée sur le montant des cotisations salariales de sécurité sociale dues 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 peut dépasser ce montant.

III. – Le cumul de la réduction prévue au I avec l'application d'une exonération totale ou partielle de cotisations salariales de sécurité sociale ou avec l'application de taux réduits, d'assiettes forfaitaires ou de montants forfaitaires de cotisations ne peut être autorisé, dans la limite mentionnée au premier alinéa du I, que dans des conditions fixées par décret, compte tenu du niveau des cotisations dont sont redevables les salariés concernés.

IV. – Le bénéfice de la réduction prévue au I est subordonné à la mise à la disposition des agents du service des impôts compétent ou des agents chargés du contrôle mentionnés à l'article L. 243-7 du présent code et à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime, par l'employeur, d'un document en vue du contrôle de l'application du présent article dans des conditions fixées par décret. Pour les salaires pour lesquels il est fait usage des dispositifs mentionnés aux articles L. 133-5-2, L. 133-8, L. 133-8-3 et L. 531-8 du présent code et à l'article L. 812-1 du code du

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

III. – À la seconde phrase du IV de l'article L. 241-17 du code de la sécurité sociale et dans la seconde phrase de l'article L. 1272-5 du code du travail, la référence : « L. 133-8-3 » est remplacée par la référence : « L. 133-8-4 ».

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>travail, les obligations déclaratives complémentaires sont prévues par décret.</p>		
<p>Code du travail</p>		
<p>Art. 1272-5. – Le chèque-emploi associatif peut être émis et délivré par les établissements de crédit ou par les institutions ou services énumérés à l'article L. 518-1 du code monétaire et financier qui ont passé une convention avec l'État. Lorsque ce titre-emploi ne comprend pas de formule de chèque, il est délivré par les organismes de recouvrement du régime général de sécurité sociale mentionnés à l'article L. 133-8-3 du code de la sécurité sociale.</p>		
<p>Livre I^{er} Dispositions générales Titre III</p>	<p>Article 31</p>	<p>Article 31</p>
<p>Dispositions communes relatives au financement Chapitre IX Répartition de ressources entre les régimes obligatoires d'assurance maladie</p>	<p>Après le chapitre IX du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, il est inséré un chapitre IX ter ainsi rédigé :</p>	
	<p>« CHAPITRE IX ter « GESTION DES RISQUES FINANCIERS</p>	
	<p>« Art. L. 139-3. – Les ressources non permanentes auxquelles peuvent recourir les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les organismes concourant à leur financement ne peuvent consister qu'en des emprunts contractés pour une durée inférieure ou égale à douze mois auprès d'un ou plusieurs établissements de crédit agréés dans un État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, dans le cadre d'une convention soumise à l'approbation des ministres chargés de la tutelle du régime ou de l'organisme concerné.</p>	<p>« Art. L. 139-3. – ...</p>
		<p>... consister qu'en <i>des avances de trésorerie</i> ou des emprunts mois auprès de <i>la Caisse des dépôts et consignations</i> ou d'un ou plusieurs ...</p>
		<p>... concerné.</p>
	<p>Toutefois, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est également autorisée à émettre des titres de créance négociables, dans les mêmes conditions de durée. Son programme d'émission fait l'objet chaque année d'une approbation par les ministres</p>	<p>Amendements 158 et 159</p>

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

chargés de sa tutelle.

« Art. L. 139-4. – Les régimes obligatoires de base de sécurité sociale, les organismes concourant à leur financement et les organismes qui financent et gèrent des dépenses relevant de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie ne peuvent placer leurs disponibilités excédant leurs besoins de trésorerie que dans des actifs réalisables à des échéances compatibles avec la durée prévisible de ces disponibilités.

« Art. L. 139-5. – Il est conduit chaque année un audit contractuel sur la politique de gestion du risque de liquidité mise en œuvre par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, notamment dans le cadre de ses opérations d'émission de titres de créance négociables et de placement de ses excédents. »

Code des juridictions financières

Article additionnel après l'article 31

Après l'article L.O. 132-2-1 du code des juridictions financières, il est inséré un article L. 132-2-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 132-2-2. – Pour l'exécution de la mission visée à l'article L.O. 132-2-1, les membres et personnels de la Cour des comptes peuvent examiner les opérations qu'effectuent les organismes et régimes visés à l'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale* et l'organisme visé à l'article L. 135-6 du même code* pour le compte des branches et de l'activité de recouvrement du régime général de sécurité sociale. Les dispositions des articles R. 137-1 à R. 137-4 du présent code* s'appliquent à ces travaux. »*

Amendement 160

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>Art. L. 161-37. – La Haute Autorité de santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale, est chargée de :</p> <p>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. À cet effet, elle émet également un avis sur les conditions de prescription, de réalisation ou</p>	<p>Article 32</p> <p>Sont habilités à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement mentionnés dans le tableau ci-dessous, dans les limites indiquées :</p> <p>Cf. tableau en annexe 1</p> <p>À titre dérogatoire, la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer est autorisée à recourir à des ressources non permanentes dans la limite de 1 600 millions d'euros du 1^{er} au 15 janvier et du 15 au 31 décembre 2012.</p> <p>QUATRIÈME PARTIE</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2012</p> <p>Section 1</p> <p>Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie</p> <p>Article 33</p> <p>I. – L'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° La deuxième phrase du 1° est remplacée par les dispositions suivantes :</p> <p>« À cet effet, elle émet également un avis sur les conditions de prescription, de réalisation ou d'emploi des actes, produits ou</p>	<p>Article 32</p> <p>Sans modification</p> <p>QUATRIÈME PARTIE</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2012</p> <p>Section 1</p> <p>Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie</p> <p>Article 33</p>

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

d'emploi des actes, produits ou prestations de santé et réalise ou valide des études d'évaluation des technologies de santé ;

prestations de santé ainsi que sur leur efficacité. Elle réalise ou valide notamment les études médico-économiques nécessaires à l'évaluation des produits et technologies de santé. Un décret en Conseil d'État précise les cas dans lesquels cette évaluation médico-économique est requise, en raison notamment de l'amélioration du service médical rendu par le produit ou la technologie et des coûts prévisibles de son utilisation ou prescription, et les conditions dans lesquelles elle est réalisée, notamment les critères d'appréciation et les délais applicables ; ».

2° Élaborer 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° Établir et mettre en oeuvre des procédures d'accréditation des professionnels et des équipes médicales mentionnées à l'article L. 1414-3-3 du code de la santé publique ;

4° Établir 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 ;

7° Rendre l'avis mentionné à l'article L. 1414-5 du code de la santé publique sur les références aux normes harmonisées prévues pour l'accréditation des laboratoires de biologie médicale.

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

Dispositions en vigueur

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 commission 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 1^{er} 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^o du présent article.

Les décisions et communications prises en vertu des 1^o et 2^o 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

Texte du projet de loi

2^o Le douzième alinéa de l'article L. 161-37 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Dans le cadre des missions confiées à la Haute Autorité de santé, une commission spécialisée de la Haute Autorité, distincte des commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique* et L. 165-1 du présent code*, est chargée d'établir et de diffuser des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces. »

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 161-41. – La Haute Autorité de santé comprend un collège et des commissions spécialisées présidées par un membre du collège et auxquelles elle peut déléguer certaines de ses attributions.

Les commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique et L. 165-1 du présent code constituent des commissions spécialisées de la Haute Autorité. Leurs attributions peuvent être exercées par le collège. Les autres commissions spécialisées sont créées par la haute autorité, qui en fixe la composition et les règles de fonctionnement.

Art. L. 161-45 – La Haute Autorité de santé dispose de l'autonomie financière. Son budget est arrêté par le

même code, il est inséré un article L. 161-37-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 161-37-1. – Toute demande d'inscription et de renouvellement d'inscription d'un produit de santé sur les listes prévues aux articles L. 162-17* et L.165-1 du présent code* et L. 5123-2 du code de la santé publique* pour laquelle est requise une évaluation médico-économique en application du 1° de l'article L. 161-37* est accompagnée du versement par le demandeur d'une taxe additionnelle dont le barème est fixé par décret dans la limite de 4 580 €

« Son montant est versé à la Haute Autorité de santé. Cette taxe est recouvrée selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'État. »

III. – L'article L. 161-41 du même code est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa, les références : « L. 5123-3 du code de la santé publique* et L. 165-1 du présent code* » sont remplacées par les références : « L. 5123-3 du code de la santé publique*, L. 165-1* et L. 161-37 du présent code* ».

2° L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La dénomination, la composition et les règles de fonctionnement de la commission spécialisée mentionnée au douzième alinéa de l'article L. 161-37* sont définies par la Haute Autorité de santé. »

« Art. L. 161-37-1. – ...

... li-
mite de 5 580 €

Amendement 161

Dispositions en vigueur

collège sur proposition du directeur.

Les ressources de la Haute Autorité sont constituées notamment par :

1° Des subventions de l'État ;

2° Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, versée et répartie dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2. Cette dotation est composée de deux parts, l'une au titre de la procédure prévue par les articles L. 6113-3, L. 6113-4 et L. 6322-1 du code de la santé publique, l'autre au titre de la contribution de l'assurance maladie au fonctionnement de la Haute Autorité de santé ;

3° Le produit des redevances pour services rendus, dont les montants sont déterminés sur proposition du directeur par le collège ;

4° Une fraction de 10 % du produit de la contribution prévue aux articles L. 245-1 à L. 245-5-1 A ;

4° bis Une fraction égale à 44 % du produit de la contribution mentionnée à l'article L. 245-5-1 ;

5° Le montant des taxes mentionnées aux articles L. 5123-5 et L. 5211-5-1 du code de la santé publique ;

6° Des produits divers, des dons et legs.

Art. L. 162-16-4. – Le prix de vente au public de chacun des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du comité, sauf opposition conjointe des ministres concernés qui arrêtent dans ce cas le prix dans un délai de quinze jours après la décision du comité. La fixation de ce prix tient compte

Texte du projet de loi

IV. – Le 5° de l'article L. 161-45 du même code est ainsi rédigé :

« Le montant des taxes mentionnées à l'article L. 161-37-1* ainsi qu'aux articles L. 5123-5* et L. 5211-5-1* du code de la santé publique ».

V. – Au premier alinéa de l'article L. 162-16-4 du même code, après les mots :

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

principalement de l'amélioration du service médical rendu apportée par le médicament, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés ainsi que des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament.

Ce prix comprend les marges prévues par la décision mentionnée à l'article L. 162-38 ainsi que les taxes en vigueur.

Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article, et notamment les procédures et délais de fixation des prix.

Sont constatées et poursuivies, dans les conditions fixées par le titre VI de l'ordonnance n° 86-1243 du 1^{er} décembre 1986 relative à la liberté des prix et de la concurrence, les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.

Le prix de cession au public des spécialités disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'autorisation d'importation parallèle mentionnée à l'article L. 5121-17 du code de la santé publique ou de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 du même code et inscrites sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, majoré le cas échéant du montant de la taxe sur la valeur ajoutée, est égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au Comité économique des produits de santé et publié par ce dernier, auquel s'ajoute une marge dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités.

Art. L. 162-16-5. – À défaut de déclaration ou en cas d'opposition définitive du comité, le prix de cession au public est fixé par décision du Comité économique des produits de santé et au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours après l'inscription de la spécialité sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique,

Texte du projet de loi

« amélioration du service médical rendu apportée par le médicament, », sont insérés les mots : « le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique, ».

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

ou lorsque la spécialité figurait sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché, dans un délai de soixante-quinze jours après l'obtention de cette autorisation. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe à la décision du comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours après cette décision. La fixation du prix de cession tient compte principalement des prix de vente pratiqués pour cette spécialité, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation du médicament et de l'amélioration du service médical apportée par le médicament appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du même code, ainsi que des frais inhérents à la gestion et à la délivrance de la spécialité pharmaceutique.

Tant que le prix de vente déclaré ou le prix de cession au public n'est pas publié, les spécialités pharmaceutiques qui figuraient sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché sont prises en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'elles sont délivrées par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisé sur la base de leur prix d'achat majoré de la marge mentionnée au premier alinéa et, le cas échéant, du montant de la taxe sur la valeur ajoutée.

Un accord conclu à cet effet entre le comité et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des entreprises concernées ou, à défaut, un décret en Conseil d'État précise la procédure, les conditions dans lesquelles sont effectuées les déclarations des laboratoires exploitants, les critères de l'opposition du comité, les conditions dans lesquelles les prix de vente déclarés peuvent être révisés et les engagements que doit prendre l'entreprise.

Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées par le titre V

Texte du projet de loi

VI. – Au deuxième alinéa de l'article L. 162-16-5 du même code, les mots : « et de l'amélioration du service médical apportée par le médicament appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du même code* » sont remplacés par les mots : «, de l'amélioration du service médical apportée par le médicament appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du même code* et, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique ».

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

du livre IV du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.

Art. L. 162-16-6. – I. – Le tarif de responsabilité des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7 est égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au Comité économique des produits de santé et publié par ce dernier. À défaut de déclaration ou en cas d'opposition définitive du comité, le tarif de responsabilité est fixé par décision du comité et au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours après l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe à la décision du comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours après cette décision. La fixation du tarif de responsabilité tient compte principalement des prix de vente pratiqués pour cette spécialité, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation de la spécialité pharmaceutique et de l'amélioration du service médical apportée par la spécialité appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique.

En aucun cas la différence entre le tarif de responsabilité et le prix de vente aux établissements ne peut être facturée aux patients.

Un accord conclu à cet effet entre le Comité économique des produits de santé et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des entreprises concernées ou, à défaut, un décret en Conseil d'État précise la procédure, les conditions dans lesquelles sont effectuées les déclarations des laboratoires exploitants, les critères de l'opposition du comité, les conditions dans lesquelles les prix de vente décla-

Texte du projet de loi

VII. – Au premier alinéa de l'article L. 162-16-6 du même code, les mots : « et de l'amélioration du service médical apportée par la spécialité appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique* » sont remplacés par les mots : « , de l'amélioration du service médical apportée par la spécialité appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique* et, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique ».

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

rés peuvent être révisés et les engagements que doit prendre l'entreprise. Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées aux articles L. 450-1 à L. 450-8 du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.

II. – Les spécialités pharmaceutiques mentionnées au I sont remboursées en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 dans les conditions fixées à l'article L. 162-22-7, sur la base du tarif de responsabilité mentionné au I. Lorsque le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base du montant de la facture majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

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

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

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

Texte du projet de loi

VIII. — Au 4° bis de l'article L. 162-17-4 du même code, après les mots : « des études pharmaco-épidémiologiques », sont insérés les mots : « et des études médico-économiques, ».

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

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 man-

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

quement 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. 165-2. – Les tarifs de responsabilité de chacun des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits sous forme de nom de marque ou de nom commercial sont établis par convention 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.

Les tarifs de responsabilité des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits par description générique sont établis par convention 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.

La fixation de ce tarif tient compte principalement du service rendu, de l'amélioration éventuelle de celui-ci, des tarifs et des prix des produits ou prestations comparables, des volumes de vente

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

IX. – Au dernier alinéa de l'article L. 165-2 du même code, après les mots : « de l'amélioration éventuelle de celui-ci », sont insérés les mots : « le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique, ».

Dispositions en vigueur

prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation.

Art. L. 165-3. – I. – 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'article 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.

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

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

X. – Au 2° du II de l'article

Dispositions en vigueur

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.

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 de ce 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 la santé publique

Art. L. 5211-5-1. – Toute demande d'inscription d'un dispositif médical à usage individuel sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale est accompagnée du versement d'une taxe dont le barème est fixé par décret dans la limite de 4 580 euros.

Son montant est versé à la Haute

Texte du projet de loi

L. 165-3 du même code, les mots : « d'études de suivi » sont remplacés par les mots : « d'études, y compris d'études médico-économiques, ».

Propositions de la Commission

XI. – Au premier alinéa de l'article L. 5211-5-1 du code de la santé publique, le nombre : « 4 580 », est remplacé par le nombre : « 5 580 » ;

Amendement 162

Dispositions en vigueur

Autorité de santé.

Cette taxe est recouvrée selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'État.

Art. L. 5123-5. – Toute demande d'inscription, de renouvellement d'inscription ou de modification d'inscription d'un médicament mentionné à l'article L. 5121-8 sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables, mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ou sur la liste des médicaments pris en charge et utilisés par les collectivités publiques, dans les conditions mentionnées aux articles L. 5123-2 et suivants, donne lieu, au profit de la Haute Autorité de santé, à la perception d'une taxe à la charge du demandeur.

Le montant de cette taxe est fixé, dans la limite de 4 600 euros, par arrêté des ministres chargés du budget, de l'économie et des finances, de la santé et de la sécurité sociale. Le montant de la taxe perçue à l'occasion d'une demande de renouvellement d'inscription ou de modification d'inscription est fixé dans les mêmes conditions, dans les limites respectives de 60 % et 20 % de la taxe perçue pour une demande d'inscription.

Cette taxe est recouvrée selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'État.

Code de la sécurité sociale

Art. L. 161-41. – La Haute Autorité de santé comprend un collègue et des commissions spécialisées présidées par un membre du collège et auxquelles elle peut déléguer certaines de ses attributions.

Les commissions mentionnées

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

XII. – Au deuxième alinéa de l'article L. 5123-5 du même code, le nombre : « 4 600 », est remplacé par le nombre : « 5 600 ».

Amendement 162

Article additionnel après l'article 33

I. – Le deuxième alinéa de l'article L. 161-41 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Dispositions en vigueur

aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique et L. 165-1 du présent code constituent des commissions spécialisées de la Haute Autorité. Leurs attributions peuvent être exercées par le collège. Les autres commissions spécialisées sont créées par la haute autorité, qui en fixe la composition et les règles de fonctionnement.

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.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

1° Les mots : « qui en fixe la composition et les règles de fonctionnement » sont supprimés ;

2° Il est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le mode de nomination des membres, la composition ainsi que les règles de fonctionnement des commissions spécialisées sont fixés par le collège. ».

II. – Au deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du même code, les mots « ainsi que la composition et le fonctionnement de la commission » sont supprimés.

Dispositions en vigueur

Code de la santé publique

Art. L. 5123-3. – La liste mentionnée à l'article L. 5123-2 est proposée par une commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale dont la composition et le fonctionnement sont fixés par décret en Conseil d'État.

Peuvent être entendus par la commission les personnalités médicales ou pharmaceutiques, ainsi que les représentants qualifiés des organismes ou services dont la commission désire avoir l'avis.

Code de la sécurité sociale

Art. L. 162-16-4. – Le prix de vente au public de chacun des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du comité, sauf opposition conjointe des ministres concernés qui arrêtent dans ce cas le prix dans un délai de quinze jours après la décision du comité. La fixation de ce prix tient compte principalement de l'amélioration du service médical rendu apportée par le médicament, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés ainsi que des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament.

Ce prix comprend les marges pré-

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

III. – Au premier alinéa de l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, les mots : « dont la composition et le fonctionnement sont fixés par décret en Conseil d'État » sont supprimés.

Amendement 163

Article additionnel après l'article 33

Le premier alinéa de l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale est complété par la phrase suivante :

« Lorsque la fixation du prix ne tient pas compte principalement de l'amélioration du service médical rendu apportée par le médicament, tel que fixé par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé doit motiver sa décision auprès de cette commission. »*

Amendement 164

Dispositions en vigueur

vues par la décision mentionnée à l'article L. 162-38 ainsi que les taxes en vigueur.

Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article, et notamment les procédures et délais de fixation des prix.

Sont constatées et poursuivies, dans les conditions fixées par le titre VI de l'ordonnance n° 86-1243 du 1er décembre 1986 relative à la liberté des prix et de la concurrence, les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.

Art. L. 162-17-3. – II. – Le Comité économique des produits de santé assure un suivi périodique des dépenses de médicaments en vue de constater si l'évolution de ces dépenses est compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Ce suivi comporte au moins deux constats à l'issue des quatre et huit premiers mois de l'année.

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

Art. 44. – I. – Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1er janvier 2008 et pour une période n'excédant pas cinq ans, portant sur de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ou de financement des centres de santé prévus à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique et des maisons de santé mentionnées à l'article L. 6323-3 du même code, complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant, sur le fondement d'une évaluation quantitative et qualitative de leur activité réalisée à partir des informations transmises par l'organisme local d'assurance maladie dont ils dépendent.

Texte du projet de loi

Article 34

L'article 44 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 est ainsi modifié :

1° Au I, les mots : « cinq ans » sont remplacés par les mots : « six ans » ;

Propositions de la Commission

Article additionnel après l'article 33

Au II de l'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale, après les mots : « un suivi périodique des dépenses de médicaments », sont insérés les mots : « et des dispositifs médicaux ».

Amendement 165

Article 34

Sans modification

Dispositions en vigueur

En tant que de besoin, l'expérimentation peut déroger aux dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :

1° Articles L. 162-5, L. 162-5-9, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1 et L. 162-32-1 en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;

2° 1°, 2°, 6° et 9° de l'article L. 321-1 en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;

3° Article L. 162-2 en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

4° Articles L. 322-2 et L. 322-3 relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

Les expérimentations sont conduites par les agences régionales de santé. Elles concluent à cet effet des conventions avec les professionnels de santé, les centres de santé et les maisons de santé volontaires. Les modalités de mise en oeuvre de ces expérimentations sont définies par décret, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

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

Les mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le livre IX du code de la sécurité sociale ou par le livre VII du code rural et de la pêche maritime et les entreprises régies par le code des as-

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

surances sont associées à ces expérimentations si elles le souhaitent.

Une évaluation annuelle de ces expérimentations, portant notamment sur le nombre de professionnels de santé, de centres de santé et de maisons de santé qui y prennent part et sur les dépenses afférentes aux soins qu'ils ont effectués ainsi que sur la qualité de ces soins, est réalisée par les agences régionales de santé en liaison avec les organismes locaux d'assurance maladie. Cette évaluation est transmise au Parlement.

Code de la santé publique

Art. L. 3111-1. – La politique de vaccination est élaborée par le ministre chargé de la santé qui fixe les conditions d'immunisation, énonce les recommandations nécessaires et rend public le calendrier des vaccinations après avis du Haut Conseil de la santé publique.

Un décret peut, compte tenu de l'évolution de la situation épidémiologique et des connaissances médicales et scientifiques, suspendre, pour tout ou partie de la population, les obligations prévues aux articles L. 3111-2 à L. 3111-4 et L. 3112-1.

Dans le cadre de leurs missions, les médecins du travail, les médecins des infirmeries des établissements publics locaux d'enseignement et des services de médecine préventive et de promotion de la santé dans les établissements d'enseignement supérieur, les médecins des services de protection maternelle et infantile et des autres services de santé dépendant des conseils généraux ou des communes participent à la mise en oeuvre de la politique vaccinale.

Texte du projet de loi

2° Le même I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les conventions conclues entre l'assurance maladie et les professionnels de santé peuvent prévoir, dès 2014, la rémunération de l'exercice pluriprofessionnel sur la base des résultats de l'évaluation des expérimentations. »

Propositions de la Commission

Article additionnel après l'article 34

Au troisième alinéa de l'article L. 3111-1 du code de la santé publique, après les mots : « ou des communes », sont insérés les mots : « , les médecins des centres pratiquant les examens de

Dispositions en vigueur

Art. L.6314-2. – L'activité du médecin libéral assurant la régulation des appels au sein d'un service d'aide médicale urgente hébergé par un établissement public de santé est couverte par le régime de la responsabilité administrative qui s'applique aux agents de cet établissement public. Ce même régime s'applique dans le cas où, après accord exprès de l'établissement public en cause, le médecin libéral assure la régulation des appels depuis son cabinet ou son domicile. Toute clause d'une convention contraire aux principes énoncés dans le présent article est nulle.

Code de la sécurité sociale

Art. 111-11. – L'Union nationale des caisses d'assurance maladie transmet avant le 15 juin de chaque année au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement des propositions relatives à l'évolution des charges et des produits de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie. Ces propositions tiennent compte des objectifs de santé publique.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

santé gratuits prévus à l'article L. 321-3 du code de la sécurité sociale ».*

Amendement 166

Article additionnel après l'article 34

L'article L. 6314-2 du code de la santé publique, est ainsi rédigé :

« Les médecins participant à la permanence des soins, conformément aux conditions et aux modalités d'organisation définies par décret en Conseil d'État, bénéficient pour les dommages causés ou subis dans cette activité d'une couverture assurantielle fournie par l'établissement public de santé hébergeant la régulation médicale des appels. Ce même ...

... nulle. »

Amendement 167

L'article L. 111-11 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Il comprend une évaluation spécifique de la rémunération sur objectifs de santé publique des professionnels de santé. »

Amendement 168

Dispositions en vigueur

Art. L.162-17. – Les médicaments spécialisés, mentionnés à l'article L. 601 du code de la santé publique et les médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle mentionnée à l'article L. 5121-17 du même code, ne peuvent être pris en charge ou donner lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie, lorsqu'ils sont dispensés en officine, que s'ils figurent sur une liste établie dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État. La liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments.

Les médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique sont pris en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'ils sont délivrés par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisée. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments.

L'inscription d'un médicament sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas peut, au vu des exigences de qualité et de sécurité des soins mettant en oeuvre ce médicament, énoncées le cas échéant par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, être assortie de conditions concernant la qualification ou la compétence des prescripteurs, l'environnement technique ou l'organisation de ces soins et d'un dispositif de suivi des patients traités.

En ce qui concerne les médicaments officinaux et les préparations magistrales, un décret en Conseil d'État détermine les règles selon lesquelles certaines catégories de ces médicaments peuvent être exclues du remboursement par arrêté interministériel.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Article additionnel après l'article 34

L'article L. 162-17 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. 322-3. – La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article L. 322-2 peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, dans les cas suivants :

« Dans les groupes génériques prévus au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, l'inscription d'un médicament sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas peut être conditionnée à la procédure définie au présent alinéa. Lorsqu'il existe une offre commercialisée suffisante, le comité institué par l'article L. 162-17-3* du présent code peut décider de lancer une procédure d'appel d'offres. Sont inscrits sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas les trois médicaments du groupe générique dont les titulaires des droits d'exploitation ont proposé les prix les plus bas au cours de cette procédure. Les modalités d'application du présent alinéa sont déterminées par décret en Conseil d'État. »*

Amendement 169

Article additionnel après l'article 34

Après le 18° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 19° ainsi rédigé :

« 19° Pour les frais de transport liés aux soins ou traitements dans les centres mentionnés au 3° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'annexe 32 du décret n° 63-146 du 18 février 1963 complétant le décret n° 56-284 du 9 mars 1956 qui a fixé les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux, pris en charge dans les conditions prévues au 2° de l'article L. 321-1* et à l'article L. 322-5 du présent code*. »*

Amendement 170

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
Code de la santé publique	Article 35	Article 35
Art. L. 6114-3. – Les contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et comportent les engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font suite à la procédure de certification prévue à l'article L. 6113-3.	Après le deuxième alinéa de l'article L. 6114-3 du code de la santé publique, il est inséré un nouvel alinéa ainsi rédigé :	
Ils intègrent des objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses, et d'évolution et d'amélioration des pratiques.	« Ils fixent des objectifs établis à partir d'indicateurs de performance relatifs aux conditions de gestion des établissements, de prise en charge des patients et d'adaptation aux évolutions du système de santé, dont la liste et les caractéristiques sont fixées par décret. Les résultats obtenus au regard de ces indicateurs sont publiés chaque année par les établissements de santé. En cas d'absence de publicité des résultats des indicateurs ou lorsque les objectifs fixés n'ont pas été atteints, le directeur général de l'agence régionale de santé peut faire application des dispositions prévues au septième alinéa de l'article L. 6114-1 ».	« Ils fixent dans le respect de la déontologie des professions de santé des objectifs établis à partir d'indicateurs de performance relatifs aux conditions de gestion des établissements de santé, de prise décret après consultation de la Haute Autorité de santé, de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, et des fédérations hospitalières représentatives publiques et privées. Les résultats application du septième alinéa de l'article L. 6114-1* ».
Les contrats des établissements publics de santé décrivent les transformations relatives à leur organisation et à leur gestion. Ils comportent un volet social et culturel.		Amendements 171, 172, 173 et 174
Code de la sécurité sociale		Article additionnel après l'article 35
Art. L. 162-21-3. – Il est créé, auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour une période de cinq ans à compter du 1 ^{er} janvier 2007, un observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée. Avant la fin du dernier semestre de cette	L'article L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :	1° Au premier alinéa, les mots : « , pour une période de cinq ans à compter du 1 ^{er} janvier 2007, » ainsi que la deuxième phrase sont supprimés ;

Dispositions en vigueur

période de cinq ans, il est procédé à une évaluation du fonctionnement de cet observatoire ; celle-ci devra se prononcer sur l'opportunité de le voir poursuivre son activité de façon autonome ou de le fusionner avec le conseil de l'hospitalisation mentionné à l'article L. 162-21-2.

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

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

Il remet au Gouvernement et au Parlement un rapport semestriel sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation. Le Gouvernement consulte l'observatoire préalablement à la mise en oeuvre de la procédure prévue au II bis des articles L. 162-22-3 et L. 162-22-10.

L'observatoire est composé :

1° De représentants des services de l'État ;

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

3° De représentants des organismes nationaux de l'assurance maladie.

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

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

2° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« L'observatoire est chargé du suivi des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation et de la situation financière des établissements de santé publics et privés. Il se fonde notamment sur l'analyse des données d'activité de soins et des dépenses engendrées par ces activités. » ;

3° Au quatrième alinéa, le mot : « semestriel » est remplacé par le mot : « annuel ».

Amendement 175

Article additionnel après l'article 35

I. – L'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Dispositions en vigueur

Art. L. 162-22-7-2. – L'État arrête, sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des prescriptions des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 et sur recommandation du conseil de l'hospitalisation mentionné à l'article L. 162-21-2, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses d'assurance maladie afférentes à ces spécialités et à ces produits et prestations.

Lorsqu'elle estime, compte tenu des référentiels et recommandations élaborés par la Haute Autorité de santé, l'Institut national du cancer et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, que le dépassement de ce taux par un établissement de santé n'est pas justifié, l'agence régionale de santé conclut, pour une durée d'un an, avec les autres signataires du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7, un plan d'actions visant à maîtriser l'évolution des dépenses par l'amélioration des pratiques de cet établissement.

En cas de refus de l'établissement de signer ce plan ou si l'établissement ne respecte pas le plan auquel il a souscrit, le remboursement de la part prise en charge par l'assurance maladie est réduit à concurrence de 10 %, pour une durée d'un an, en fonction des manquements observés, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations. Le cas échéant, cette réduction se cumule avec celle résultant de l'article L. 162-22-7, dans la limite maximale de 30 %. La différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

1° Au premier alinéa, les mots : « un taux prévisionnel d'évolution des dépenses d'assurance maladie afférentes à ces spécialités et à ces produits et prestations » sont remplacés par les mots : « deux taux prévisionnels d'évolution des dépenses d'assurance maladie afférentes respectivement à ces spécialités pharmaceutiques et à ces produits et prestations » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « de ce taux » sont remplacés par les mots : « d'au moins un de ces taux » ;

3° Au deuxième alinéa, les mots : « pratiques de cet établissement » sont remplacés par les mots : « qui est annexé au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations ».

II. – Les dispositions du 1° et du 2° du I s'appliquent pour la première fois au titre des dépenses de santé de l'année 2012. Les dispositions du 3° du I s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2013.

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Amendement 176

Article additionnel après l'article 35

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

Art. L. 162-22-10. – I. – Chaque année, l'État fixe, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-22-9, les éléments suivants :

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 peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical ;

2° Les montants des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 ;

3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés ci-dessus, des établissements implantés dans certaines zones afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée.

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

II. – La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'État, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, des états provisoires et des états définitifs du montant total des charges mentionnées au I de l'article L. 162-22-9 en distinguant, d'une part, le montant annuel des charges afférentes à la fourniture des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 et, d'autre part, le montant annuel des autres charges en identifiant les dépenses relatives aux activités d'alternative à la

Dispositions en vigueur

dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile.

II bis. – 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 de dépenses d'assurance maladie en application 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 l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9, l'État peut, après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, modifier les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 de manière à concourir au respect de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9. Cette modification est différenciée, le cas échéant, par catégories d'établissements et par tarifs de prestations.

III. – Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-9 détermine les modalités du suivi statistique des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

IV. – Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 sont fixés par l'État.

V. – Le Gouvernement présente avant le 15 septembre de chaque année au Parlement un rapport sur la tarification à l'activité des établissements de santé et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés. Le rapport précise notamment les dispositions prises :

– pour prendre en compte les spécificités des actes réalisés dans les établissements publics de santé et mesurer l'impact sur leurs coûts de leurs missions de service public ;

– pour mesurer et prévenir les conséquences de la tarification à l'activité sur le nombre des actes, la qualité des soins, les activités de santé

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

1° le V de l'article L. 162-22-10 est supprimé ;

Dispositions en vigueur

publique et la prise en charge des pathologies chroniques ;

– pour tenir compte du cas particulier des établissements situés dans les zones de faible densité démographique, zones de revitalisation rurale ou zones de montagne.

Art. L. 162-22-13. – Il est créé, au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie prévu au 4^e du I de l'article L.O. 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

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

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.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

2° le quatrième alinéa de l'article L. 162-22-13 est supprimé ;

3° Après l'article L. 162-22, il est inséré un article L. 162-22-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22-1. – Le Gouvernement présente avant le 15 septembre de chaque année au Parlement un rapport sur les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé, incluant un bilan rétrospectif et

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

présentant les évolutions envisagées. Ce rapport précise notamment les dispositions prises :

« - sur la tarification à l'activité des établissements de santé et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés. À ce titre, sont notamment décrites les dispositions prises afin de prendre en compte les spécificités des actes réalisés dans les établissements publics de santé et mesurer l'impact sur leurs coûts de leurs missions de service public. En outre, le rapport souligne les actions engagées afin de mesurer et prévenir les conséquences de la tarification à l'activité sur le nombre des actes, la qualité des soins, les activités de santé publique et la prise en charge des pathologies chroniques. Enfin, le rapport souligne les dispositions prises pour tenir compte du cas particulier des établissements situés dans les zones de faible densité démographique, zones de revitalisation rurale ou zones de montagne ;

« - sur les dotations finançant les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation telles que mentionnées à l'article L. 162-22-13. À ce titre, le rapport contient une analyse du bien-fondé du périmètre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé, 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 ;*

« - sur le processus de convergence des tarifs, tel que mentionné à l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004. À ce titre, le rapport met en perspective le programme précisant la méthode et les étapes permettant de progresser dans la réalisation de la convergence intersectorielle des tarifs avant l'échéance de 2018. »*

Dispositions en vigueur

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

Art. 33. – 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 différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs, au plus tard en 2018. Ce processus de convergence est orienté vers les tarifs les plus bas. 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.

À compter du 1^{er} 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.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

II. – Les deux dernières phrases 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 sont supprimées.

Amendement 177

Article additionnel après l'article 35

Après l'article L. 162-24-1 du code de la sécurité sociale, il est rétabli un article L. 162-25 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-25. – L'action des établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par un an, à compter du premier jour du trimestre suivant celui auquel se rapporte la prestation. »*

Amendement 178

Dispositions en vigueur

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

Art. 33. – VIII. – Par dérogation à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, jusqu'à une date fixée par décret et au plus tard jusqu'au 1^{er} janvier 2012, la part des frais d'hospitalisation, des actes et consultations externes mentionnés à l'article L. 162-26 du même code, prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins dispensés dans le cadre des activités de médecine exercées par les hôpitaux locaux au sens de l'article L. 6141-2 du code de la santé publique, dans sa version antérieure à la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 précitée, est incluse dans la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale.

Première partie
Protection générale de la santé
Livres IV
Administration générale de la santé
Titre III
Agences régionales de santé
Chapitre V
Modalités et moyens d'intervention des agences régionales de santé

Texte du projet de loi

Article 36

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

1° Au chapitre V du titre III du livre quatrième de la première partie, il est ajouté une section V ainsi rédigée :

« Section V
« Fonds d'intervention régional

« Art. L. 1435-8. – Il est créé un fonds d'intervention régional. Ce fonds finance, sur décision des agences régionales de santé des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant à :

« 1° La permanence des soins, notamment la permanence des soins en médecine ambulatoire prévue à l'article L. 6314-1* et la permanence des soins en établissement de santé mentionnée au 1° de l'article L. 6112-1* ;

« 2° L'amélioration de la qualité et de la coordination des soins. Des ai-

Propositions de la Commission

Article additionnel après l'article 35

Au VIII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, la date : « 1^{er} janvier 2012 » est remplacée par la date : « 1^{er} mars 2013 ».

Amendement 179

Article 36

« Art. L. 1435-8. – *Un fonds d'intervention régional finance, sur ...*

... concourant à :

Amendement 180

« 2° L'amélioration ...

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

des peuvent être accordées à ce titre à des professionnels de santé, à des regroupements de ces professionnels, à des centres de santé, à des établissements de santé et médico-sociaux ou des groupements d'établissements, le cas échéant dans le cadre contractuel prévu à l'article L. 1435-4* ;

« 3° L'amélioration de la répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé ;

« 4° La modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins dans le cadre des contrats prévus à l'article L. 6114-1* et conclus avec les établissements de santé et leurs groupements, ainsi que par le financement de prestations de conseil, de pilotage et d'accompagnement des démarches visant à améliorer la performance hospitalière ;

« 5° L'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé ;

« 6° La prévention, la promotion de la santé et la sécurité sanitaire ;

« 7° La mutualisation au niveau régional des moyens des structures sanitaires, notamment en matière de systèmes d'information en santé et d'ingénierie de projets.

... santé, à des pôles de santé, à des maisons de santé, à des réseaux de santé, à des services et à des établissements de santé ou médico-sociaux ou ...
... L. 1435-4* ;

Amendements 182, 181, 183

« 6° La prévention des maladies, la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la sécurité sanitaire

Amendements 184 et 185

« 8° La prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'aux prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes. »

Amendement 186

« 8° Les programmes d'éducation thérapeutique autorisés. »

Amendement 187

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« Les financements alloués aux établissements de santé, ainsi que les engagements pris par ces derniers, font l'objet d'une inscription et d'une évaluation dans le cadre du contrat mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique*.

« Art. L. 1435-9. – Les ressources du fonds sont constituées par :

« 1° Une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ;

« 2° Une dotation de l'État ;

« 3° Le cas échéant, une dotation de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;

« 4° Le cas échéant, toute autre dotation ou subvention prévue par des dispositions législatives ou réglementaires. »

« Au sein des ressources du fonds, sont identifiés :

« 1° Les crédits destinés au financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies et à la sécurité sanitaire, qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux.

« 2° Les crédits destinés au financement de la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'au financement des prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes, qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins.

« Art. L. 1435-10. – Les orientations nationales du fonds sont déterminées par le conseil national de pilotage des agences régionales de santé.

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« La répartition régionale des crédits est fixée chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, après avis du conseil national de pilotage des agences régionales de santé.

« La gestion comptable et financière du fonds est confiée à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Elle peut déléguer une partie de ses crédits aux agences régionales de santé.

Les sommes notifiées par les agences régionales de santé au titre d'un exercice pour des actions, expérimentations et structures financées par le fonds sont prescrites à son profit au 31 décembre du quatrième exercice suivant dans des conditions fixées par décret.

« Art. L. 1435-11. – Les modalités d'application de la présente section sont fixées, sauf mention contraire, par décret en Conseil d'État. »

« La ...

... santé. *Les modalités de répartition des crédits en fonction des régions sont annexées à l'arrêté.*

Amendement 188

En vue de permettre un suivi de l'utilisation des dotations affectées au fonds d'intervention régional, un bilan élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale de santé est adressé au Parlement avant le 15 octobre de chaque année. Ce bilan contient notamment une analyse du bien-fondé du périmètre des actions mentionnées à l'article L. 1435-8, de l'évolution du montant des dotations régionales annuelles affectées au fonds, ainsi qu'une explicitation des critères de répartition régionale.*

Amendement 189

« Art. L. 1435-11. – ...

... fixées par décret en Conseil d'État. »

Amendement 190

Art. L. 1432-6. – Les ressources de l'agence sont constituées par :

1° Une subvention de l'État ;

2° Des contributions des régimes d'assurance maladie ;

Dispositions en vigueur

3° Des contributions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour des actions concernant les établissements et services médico-sociaux ou les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées ;

4° Des ressources propres, dons et legs ;

5° Sur une base volontaire, des versements de collectivités territoriales ou d'autres établissements publics ;

6° Des crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés dans des conditions définies par décret.

Les contributions prévues aux 2° et 3° sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale.

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.

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 ré-

Texte du projet de loi

2° Le 6° de l'article L. 1432-6 est supprimé.

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

sultats 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. 1434-6. – Les moyens financiers, quelle qu'en soit l'origine, attribués à l'agence régionale de santé pour le financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies, des handicaps et de la perte d'autonomie ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux.

Au titre de ses actions de prévention, l'agence régionale de santé attribue, dans des conditions fixées par les conventions d'objectifs et de gestion mentionnées au II de l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, à l'article L. 611-7 du même code et à l'article L. 723-12 du code rural et de la pêche maritime, des crédits provenant des fonds constitués au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale du régime social des indépendants et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et destinés à financer des actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe, chaque année, le montant de la contribution de chaque caisse nationale d'assurance maladie à chaque agence régionale de santé au titre des actions de prévention.

Art. L. 1435-4. – L'agence régionale de santé peut proposer aux professionnels de santé conventionnés, aux centres de santé, aux pôles de santé, aux établissements de santé, aux établisse-

Texte du projet de loi

3° Après le quatrième alinéa de l'article L. 1433-1, il est inséré les dispositions suivantes : « Il détermine les orientations nationales du fonds mentionné à l'article L. 1435-8* ».

4° Au deuxième alinéa de l'article L. 1434-6, la deuxième phrase est remplacée par les dispositions suivantes : « Le montant de la contribution de chaque caisse nationale d'assurance maladie est fixé dans le cadre des dispositions de l'article L. 1435-9* ».

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

ments d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes, aux maisons de santé, aux services médico-sociaux, ainsi qu'aux réseaux de santé de son ressort, d'adhérer à des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins.

Ces contrats fixent les engagements des professionnels, centres, établissements, maisons, services, pôles ou réseaux concernés et la contrepartie financière qui peut leur être associée. Le versement de la contrepartie financière éventuelle est fonction de l'atteinte des objectifs par le professionnel, le centre, l'établissement, la maison, le service, le pôle ou le réseau concerné. Les contrats visés au premier alinéa sont conformes à des contrats-types nationaux. Ces contrats-types sont adoptés, pour les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et les maisons de santé, par les parties aux conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale ; ils sont adoptés, dans les autres cas, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie. En l'absence d'un contrat-type national, l'agence régionale de santé établit un contrat-type régional qui est réputé approuvé quarante-cinq jours après sa réception par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, par les parties aux conventions précitées et les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie.

La contrepartie financière est financée par la dotation régionale qui est déléguée à l'agence au titre du 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 et de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du même code.

L'agence régionale de santé veille au suivi et au respect des engagements définis dans ces contrats.

Texte du projet de loi

5° Le troisième alinéa de l'article L. 1435-4 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes : « La contrepartie financière est financée par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8* et la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale*. »

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 6112-3-2. – Pour sa participation à la mission de service public mentionnée au 1° de l'article L. 6112-1 dans un établissement de santé assurant cette mission, le médecin libéral qui exerce une spécialité médicale répertoriée dans le contrat mentionné au neuvième alinéa de l'article L. 6112-2 et selon les conditions fixées par ce contrat est indemnisé par l'établissement.</p>	<p>6° L'article L. 6323-5 est modifié comme suit :</p>	<p>5°bis L'article L. 6112-3-2 est abrogé.</p>
<p>Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé fixe les conditions de l'indemnisation forfaitaire.</p>	<p>a) Les mots « du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, dans les conditions prévues à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale* » sont remplacés par les mots « du fonds d'intervention régional prévu à l'article L. 1435-8* ».</p>	<p>Amendement 191</p>
<p>Art. L. 6323-5 – Les réseaux de santé, centres de santé, maisons de santé et pôles de santé signataires du contrat mentionné à l'article L. 1435-3 peuvent percevoir une dotation de financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, dans les conditions prévues à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale. Cette dotation contribue à financer l'exercice coordonné des soins. Son montant est fixé chaque année dans la loi de financement de la sécurité sociale.</p>	<p>b) La dernière phrase de cet article est supprimée.</p>	
<p>Code de la sécurité sociale</p>	<p>II. – Le code de la sécurité sociale est modifié comme suit :</p>	
<p>Art. L. 221-1-1 – I. – I. – II est créé un fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.</p>	<p>1° L'article L. 221-1-1 est ainsi modifié :</p>	
<p>Le fonds finance des actions et des expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville, à des regroupements de ces mêmes professionnels ou à des centres de santé.</p>	<p>a) Au I, le deuxième alinéa est remplacé par la phrase suivante : « Le fonds peut financer des actions et expérimentations nationales concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville. » ; les troisième, quatrième et sixième alinéas sont supprimés.</p>	
<p>Il finance le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé liant des professionnels de santé exerçant en ville et des établis-</p>		

Dispositions en vigueur

sements de santé et médico-sociaux dans les conditions prévues à l'article L. 162-45.

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

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

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

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

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

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

III. – Le fonds dispose d'un comité national de gestion associant des représentants de l'État et des représentants du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et d'un Conseil national de la qualité et de la coordination des soins, composé de représentants du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des professionnels de santé, des fédérations d'établissements de santé et médico-sociaux et de personnalités nommées en fonction de leur expérience et de leurs

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

compétences par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le bureau du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins est composé à parité de représentants de l'assurance maladie et des professionnels de santé.

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

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

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

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

4° Le rapport d'activité annuel.

Le Conseil national de la qualité et de la coordination des soins peut, sur la base d'un avis motivé, demander un second projet de délibération au comité national de gestion. Il ne peut s'opposer à ce second projet qu'à la majorité qualifiée des deux tiers des membres le composant.

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

Le comité national de gestion présente chaque année ses orientations ainsi que le bilan de son activité au Conseil national de la qualité et de la coordination des soins. Ce bilan d'activité est transmis au Parlement avant le 1^{er} septembre.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

b) Au 3° du IV, les mots : « et celle réservée au financement des actions à caractère régional » sont supprimés.

c) Au V, à la deuxième phrase du premier alinéa, les mots : « répartit la dotation annuelle réservée aux actions régionales entre les ARS et » sont supprimés.

La dernière phrase du premier alinéa est supprimée. Au deuxième alinéa, la seconde phrase est supprimée.

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>VI. – L’attribution des aides peut être déconcentrée et confiée aux agences régionales de santé dans des conditions fixées par décret. Les aides peuvent être attribuées sur une base pluriannuelle.</p>	<p>d) Au VI, la seconde phrase du premier alinéa est supprimée.</p>	
<p>Les aides du fonds déconcentrées aux agences régionales de santé peuvent être affectées au financement des actions mentionnées au V bis de l’article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000).</p>		
<p>Art. L. 162-45. – Le comité national de gestion du fonds mentionné à l’article L. 221-1-1 et les agences régionales de santé peuvent prévoir la prise en charge par l’assurance maladie sous la forme d’un règlement forfaitaire de tout ou partie des dépenses du réseau. Les financements forfaitaires correspondants peuvent être versés aux professionnels de santé concernés ou, le cas échéant, directement à la structure gestionnaire du réseau. La décision détermine les modalités de ces versements ainsi que, le cas échéant, les prix facturés aux assurés sociaux des prestations fournies par le réseau.</p>	<p>3° À l’article L. 162-45, les mots : « le comité national de gestion du fonds mentionné à l’article L. 221-1-1* et » sont supprimés.</p>	
<p>En tant que de besoin, elle peut déroger aux dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :</p>		
<p>1° Articles L. 162-5, L. 162-5-9, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 en tant qu’ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux ;</p>		
<p>2° Articles L. 321-1 et L. 615-14 en tant qu’ils concernent les frais couverts par l’assurance maladie ;</p>		
<p>3° Article L. 162-2 en tant qu’il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;</p>		
<p>4° Article L. 322-3 relatif à la participation de l’assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001</p>	<p>III. – L'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est modifié ainsi qu'il suit :</p>	
<p>Art. 40. – I. – Il est créé un fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés. Ce fonds est géré par la Caisse des dépôts et consignations.</p>	<p>1° Le II, le III bis, le III quater, le premier alinéa du IV et le V bis sont abrogés ;</p>	
<p>Cf Annexe 3</p>	<p>2° Au premier alinéa du III, les mots : « et de fonctionnement » sont supprimés.</p>	
<p>III. – Ce fonds finance des dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé et des groupements de coopération sanitaire au moyen de subventions ou d'avances remboursables, dans le cadre d'opérations de modernisation et de restructuration de ces établissements et groupements, de réorganisation de l'offre de soins ou de création de communautés hospitalières de territoire mentionnées au même article L. 6132-1</p>	<p>IV. – Les dispositions, des 5° et 6° du I, du II et du III du présent article entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2013.</p>	
<p>Il peut également financer des dépenses d'investissement d'établissements hospitaliers de coopération transfrontalière destinés à accueillir des patients résidant en France, ayant fait l'objet d'un accord avec le Gouvernement de la République française et dont les missions sont celles d'un établissement de santé tel que défini par le code de la santé publique. Ces établissements doivent répondre à des besoins de santé fixés par le schéma régional d'organisation sanitaire de la région frontalière.</p>	<p>V. – Pour l'année 2012, sans préjudice des dispositions de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique*, les ressources du fonds d'intervention régional comprennent également :</p>	
	<p>1° Une part de la dotation du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins visé à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale* ;</p>	<p>1° Une soins mentionnés à sociale ;</p>

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

2° Une part de la dotation du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés visé à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001*.

L'arrêté mentionné au 1° de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique* fixe également, en 2012, le montant des parts mentionnées aux deux alinéas précédents.

2° Une ...

... privés mentionné à ...

... pour 2001 ;

Amendement 193

3° La part régionale de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé, prévue à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, correspondant aux crédits consacrés à la permanence des soins des établissements de santé et aux aides régionales à la contractualisation hors investissements.*

L'arrêté ...

... aux trois

alinéas précédents.

Amendement 194

VI. – À titre transitoire et jusqu'à l'entrée en vigueur du décret mentionné à l'article L. 1435-11 du code de la santé publique, pour sa participation à la mission de service public mentionnée au 1° de l'article L. 6112-1 du même code* dans un établissement de santé assurant cette mission, le médecin libéral qui exerce une spécialité médicale répertoriée dans le contrat mentionné au neuvième alinéa de l'article L. 6112-2 du même code* et selon les conditions fixées par ce contrat est indemnisé conformément aux modalités définies par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé.*

Amendement 191

Article additionnel après l'article 36

I. – Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1^{er} janvier 2012 et pour une période n'excédant pas cinq ans, portant sur les

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents pré-hospitaliers réalisés à la demande du service d'aide médicale urgente, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité de l'offre de transports sanitaires urgents en région.

II. – Dans ce cadre et en tant que de besoin, les expérimentations peuvent déroger aux dispositions suivantes :

1° À l'article L. 6312-5 du code de la santé publique, en tant qu'ils concernent les conditions de réalisation des transports sanitaires urgents à la demande du service d'aide médicale urgente,*

2° Au 6° de l'article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale, en tant qu'il concerne les conditions de rémunération des entreprises de transport sanitaires dans le cadre de leur participation à la garde départementale et à la prise en charge des urgences pré-hospitalières. Les plafonds des montants des éléments de tarification des entreprises de transports sanitaires assurant la prise en charge des urgences pré-hospitalières, ainsi que le montant maximal de dépenses au titre de ces rémunérations pour chaque région ou département participant à l'expérimentation sont fixés par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale.*

III. – Les agences régionales de santé en lien avec les organismes locaux d'assurance maladie conduisent ces expérimentations. Ils déterminent les conditions de rémunération des entreprises de transports sanitaires pour leur participation à la prise en charge des urgences pré-hospitalières à la demande du service d'aide médicale urgente en mobilisant l'ensemble des crédits affectés à cette prise en charge, comprenant les éléments de tarification et les crédits d'aide à la contractualisation affectés à l'indemnisation des services d'incendie et de secours en cas d'indisponibilité ambulancière en application de l'article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales.

À cet effet, une convention est conclue entre les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, l'établissement de santé siège du

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

SAMU et l'association départementale de transports sanitaires d'urgence la plus représentative comprenant un objectif de maîtrise des dépenses. La convention est soumise pour avis au sous-comité des transports sanitaires.

IV. – Une évaluation semestrielle de ces expérimentations, portant notamment sur le gain financier, la couverture du territoire et la disponibilité de la prise en charge ambulatoire, est réalisée par les agences régionales de santé en liaison avec les organismes locaux d'assurance maladie.

V. – Les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies par décret en Conseil d'État, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des organisations syndicales représentatives des entreprises de transport sanitaire concernées.

Amendement 195

Article 37

À compter de l'exercice 2012 et pour une période ne pouvant excéder trois ans, des expérimentations peuvent être menées sur les règles de tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes mentionnés à l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficience des soins.

Pour les besoins de ces expérimentations, il peut être dérogé aux règles de calcul du forfait global relatif aux soins prévues par les dispositions du 1° de cet article en introduisant une modulation de ce forfait en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficience, dont la liste est fixée par décret.

Les modalités de mise en œuvre des expérimentations sont déterminées par un cahier des charges national approuvé par décret en Conseil d'État.

Article 37

À compter ...

... mentionnés au I de l'article L. 313-12* du ...

... soins.

Amendement 196

Pour ...

... une majoration de ce forfait ...

... décret.

Amendement 197

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
Code de l'action sociale et des familles	<p>Les expérimentations sont conduites par les agences régionales de santé dont la liste est fixée par un arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale. Celles-ci sélectionnent les établissements participant à l'expérimentation parmi les établissements volontaires, en fonction de critères définis dans le cahier des charges national.</p>	Les ...
		... sociale. <i>Les agences</i> sélectionnent ...
		...national.
		Amendement 198
	<p>Un bilan annuel des expérimentations est réalisé par les ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale d'après les éléments transmis par les agences régionales de santé et transmis au Parlement. Un rapport d'évaluation est réalisé avant le terme de l'expérimentation, en vue d'une éventuelle généralisation.</p>	Un ...
		... et <i>est</i> transmis ...
		... généralisation.
		Amendement 199
		Article additionnel après l'article 37
		<i>Le dernier alinéa de l'article L. 314-4 du code de l'action sociale et des familles est complété par une phrase ainsi rédigée :</i>
	<p>Art. L. 314-4. – Le montant total annuel des dépenses des établissements et services mentionnés aux a du 5°, aux 8°, 13° et 14° du I de l'article L. 312-1, qui sont à la charge de l'État, et, corrélativement, le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales de fonctionnement de ces établissements et services sont déterminés par le total du montant limitatif inscrit à ce titre dans la loi de finances de l'année de l'exercice considéré et, à titre complémentaire, s'agissant des établissements et services mentionnés au a du 5° du I de l'article L. 312-1, des crédits inscrits à ce titre dans le budget du même exercice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.</p>	
	<p>Ce montant total annuel est constitué en dotations régionales limitatives. Le montant de ces dotations régionales est fixé par le ministre chargé de l'action sociale, en fonction des besoins</p>	

Dispositions en vigueur

de la population, des priorités définies au niveau national en matière de politique médico-sociale, en tenant compte de l'activité et des coûts moyens des établissements et services et d'un objectif de réduction progressive des inégalités dans l'allocation des ressources entre régions. À cet effet, un arrêté interministériel fixe, annuellement, les tarifs plafonds ou les règles de calcul desdits tarifs plafonds pour les différentes catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux mentionnés au premier alinéa, ainsi que les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds.

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'État 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 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 fonctionne-

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« La convergence des tarifs vers les tarifs plafonds est suspendue jusqu'au 31 décembre 2012. »

Amendement 201

Article additionnel après l'article 37

L'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

Dispositions en vigueur

ment 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.162-17 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

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

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 1^{er} janvier 2009 et pour une période n'excédant pas quatre 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 2012. 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 1^{er} janvier 2013, 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 qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur ou qui ne partagent pas la pharmacie à usage intérieur d'un

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

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 I^{er} 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.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« À compter du 1^{er} janvier 2012 et pour une période ne pouvant pas excéder cinq ans, le directeur de l'agence régionale de santé peut être autorisé, le cas échéant conjointement avec les présidents de conseils généraux, à mener des expérimentations de dérogations tarifaires à l'échelle d'un territoire de santé en accord avec les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux présents sur ce territoire, dans l'objectif de décloisonner les parcours de soins et de fluidifier l'accompagnement des assurés sociaux.

« Les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État qui définit notamment les thèmes des expérimentations, les modalités des dérogations tarifaires, les modalités de l'appel à projet, le contenu des cahiers des charges ainsi que les mesures d'impact.

« La Haute Autorité de santé définit les éléments substantiels des cahiers des charges, en concertation avec des représentants des professionnels de santé, des représentants des usagers, l'ensemble des financeurs concernés et les fédérations d'établissements. La Haute Autorité de santé s'appuie autant que de besoin sur l'expertise de l'Agence

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et celle de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Une mission parlementaire sera en charge du suivi de la mesure.

« Une évaluation annuelle des expérimentations autorisées est réalisée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et transmise au Parlement. »

Amendement 202

Article additionnel après l'article 37

Après l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 314-9-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 314-9-1. – Au plus tard le 1^{er} janvier 2014, les montants des éléments de tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés au 6° et au 7° du I de l'article L. 312-1 sont modulés selon les besoins en soins requis de la personne prise en charge ainsi que son état évalué au moyen de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2*.*

« Les montants des éléments de tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés au 6° et au 7° du I de l'article L. 312-1 tiennent compte des caractéristiques des services et des prestations servies, ainsi que des sujétions financières spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle les coûts de fonctionnement desdits services.*

« L'évaluation des besoins en soins requis des personnes accueillies est réalisée par l'infirmier coordonnateur du service, sur la base d'une grille nationale arrêtée par les ministres chargés de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, après avis du Conseil national de l'organisation sanitaire et sociale, du Conseil national consultatif des personnes handicapées, du Comité national des retraités et personnes âgées et du conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Code de l'action sociale et des familles

Art. L. 14-10-5. – La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie retrace ses ressources et ses charges en six sections distinctes selon les modalités suivantes :

I. – Une section consacrée au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'ar-

Article 38

L'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

« Le recueil des besoins en soins mentionnés aux alinéas précédents est réalisé selon une périodicité et dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

« Les modalités de fixation de la tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés au 6° et au 7° du I de l'article L. 312-1 qui intègrent les éléments de modulation précisés aux deux premiers alinéas sont déterminées par un décret en Conseil d'État. Ce décret précise notamment les différentes dépenses médico-sociales prises en compte pour cette catégorie de services, sur la base des résultats d'une étude nationale relative à l'analyse des différents coûts menée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, dans le cadre de ses missions fixées au 11° du I de l'article L. 14-10-1*.* »

Amendement 203

Article additionnel après l'article 37

Avant le 30 juin 2012, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les charges fiscales et sociales résultant des différentes obligations législatives et réglementaires auxquelles sont soumis les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes et les services de soins infirmiers à domicile en fonction de leur statut juridique.

Amendement 200

Article 38

Sans modification

Dispositions en vigueur

ticle L. 314-3-1 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, 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, ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3. 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 ;

a bis). Pour l'année 2011, le pourcentage défini au a est fixé à 12 % ;

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 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.

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.

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, ainsi qu'aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3. Elle retrace :

Texte du projet de loi

a) Au a bis du 1, la date : « 2011 » est remplacée par la date : « 2012 » et le taux : « 12 % » est remplacé par le taux : « 13 % » ;

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

a) En ressources, 40 % du produit des contributions visées aux 1^o et 2^o 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 ;

a bis). Pour l'année 2011, le pourcentage défini au a est fixé à 38 % ;

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 les contributions au budget 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.

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.

Les opérations comptables relatives aux produits et aux charges de la présente section sont effectuées simultanément à la clôture des comptes de l'exercice.

La dotation globale versée à l'agence mentionnée à l'article L. 312-8 du présent code et la dotation versée à l'agence mentionnée à l'article L. 6113-10 du code de la santé publique sont imputées sur le financement à la charge des organismes de sécurité sociale soumis à l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 314-3 du présent code.

II. – Une section consacrée à la prestation d'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1. Elle retrace :

a) En ressources, 20 % du produit des contributions visées aux 1^o et 2^o de l'article L. 14-10-4, le produit mentionné au 4^o du même article et le produit de la contribution sociale généralisée mentionné au 3^o du même article, diminué du montant mentionné au IV du présent article ;

b) En charges, un concours versé aux départements dans la limite des res-

Texte du projet de loi

b) Au a bis du 2, la date : « 2011 » est remplacée par la date : « 2012 » et le taux : « 38 % » est remplacé par le taux : « 39 % » ;

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

sources mentionnées au a, destiné à couvrir une partie du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie. Le montant de ce concours est réparti selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-6.

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

III. – Une section consacrée à la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1. Elle retrace :

a) En ressources, une fraction au moins égale à 26 % et au plus égale à 30 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 ;

b) En charges, un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au a, destiné à couvrir une partie du coût de la prestation de compensation et un concours versé pour l'installation ou le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées. Les montants de ces concours sont répartis selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-7.

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

Avant imputation des contributions aux sections mentionnées aux V et VI, l'ensemble des ressources destinées aux personnes handicapées, soit au titre des établissements et services financés par la sous-section mentionnée au I du I, soit au titre de la présente section, doit totaliser 38 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4.

Texte du projet de loi

2° Le dernier alinéa du III est ainsi modifié :

a) Le pourcentage : « 38 % » est remplacé par le taux : « 40 % » ;

b) Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'année 2012, ce taux est fixé à 39 % » ;

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

IV. – Une section consacrée à la promotion des actions innovantes, à la formation des aidants familiaux, à la formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle retrace :

1° En ressources, une fraction du produit mentionné au 3° de l'article L. 14-10-4, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, qui ne peut être inférieure à 5 % ni supérieure à 12 % de ce produit, d'une part ; une part de la fraction du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° du même article L. 14-10-4 affectée au a du I du présent article, d'autre part. Cette part est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget dans la limite de 12 % de cette fraction ;

2° En charges, le financement de dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, de dépenses de formation des aidants familiaux, de dépenses de formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 ainsi que de dépenses de formation et de qualification des personnels soignants des établissements et services mentionnés aux 1° et 3° de l'article L. 314-3-1.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut déléguer une partie des crédits de la section aux agences régionales de santé. Les agences régionales de santé rendent compte annuellement de la conformité de l'utilisation de ces crédits, qui leur sont versés en application du 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, aux objectifs assignés à la présente section.

V. – Une section consacrée au financement des autres dépenses en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes, qui re-

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

3° Le V est ainsi modifié :

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

trace le financement des autres actions qui entrent dans le champ de compétence de la caisse, au titre desquelles notamment les dépenses d'animation et de prévention, et les frais d'études dans les domaines d'action de la caisse :

a) Pour les personnes âgées, ces charges sont retracées dans une sous-section spécifique abondée par une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et du budget, des ressources prévues au a du 2 du I ;

a bis) Pour l'année 2011, 2 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 est affecté au financement des opérations visées au a de l'article L. 14-10-9 ;

b) Pour les personnes handicapées, ces charges sont retracées dans une sous-section spécifique abondée par une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés des personnes handicapées et du budget, des ressources prévues au a du III ;

b bis) Pour l'année 2011, 2 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 est affectée au financement des opérations visées au a de l'article L. 14-10-9.

VI. – Une section consacrée aux frais de gestion de la caisse. Les charges de cette section sont financées par un prélèvement sur les ressources mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 14-10-4, réparti entre les sections précédentes au prorata du montant des ressources qui leur sont affectées.

Par dérogation au I de l'article L. 14-10-8, les reports de crédits peuvent être affectés, en tout ou partie, à d'autres sections, par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et du budget après avis du conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Code de la sécurité sociale

Article 39

Article 39

Art. L. 162-16-1. – Les rapports

L'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Dispositions en vigueur

entre les organismes d'assurance maladie et l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officine sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une (ou plusieurs) organisation(s) syndicales(s) représentative(s) des pharmaciens titulaires d'officine, d'une part, et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, d'autre part.

La convention détermine notamment :

1° Les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des pharmaciens titulaires d'officine ;

2° Les mesures tendant à favoriser la qualité de la dispensation pharmaceutique aux assurés sociaux, le bon usage du médicament et les conditions dans lesquelles les pharmaciens peuvent être appelés à participer à la coordination des soins ;

3° (Abrogé) ;

4° Les mesures tendant à favoriser le développement de la dispense d'avance des frais ;

5° La participation des pharmaciens au développement des médicaments génériques ;

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

Texte du projet de loi

1° Après le 6°, il est inséré les dispositions suivantes :

« 7° La tarification de frais de dispensation, autre que les marges prévues à l'article L. 162-38*, dus aux pharmaciens par les assurés sociaux ;

« 8° La rémunération, autre que les marges prévues à l'article L. 162-38*, versée par les régimes obligatoires d'assurance maladie en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la dispensation, la participation à des actions de dépistage ou de prévention,

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

l'accompagnement de patients atteints de pathologie chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques et de l'efficience de la dispensation. La rémunération est fonction de la réalisation des objectifs par le pharmacien ;

« 9° Des objectifs quantifiés d'évolution du réseau des officines dans le respect des dispositions des articles L. 5125-3* et L. 5125-4 du code de la santé publique* ;

« 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 frais de dispensation ou de la rémunération mentionnés au 7° et au 8° du présent article. 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 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 ou de l'avenant. 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*. »

Le Conseil national de l'ordre des pharmaciens est, avant l'approbation, consulté sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie.

La convention et ses avenants, lors de leur conclusion ou lors d'une tacite reconduction, n'entrent en vigueur qu'après approbation par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget.

L'arrêté peut, lorsque la convention ou un avenant de celle-ci comporte des clauses non conformes aux lois et règlements en vigueur, exclure ces clau-

Dispositions en vigueur

ses de l'approbation.

Texte du projet de loi

2° L'article est complété par les dispositions suivantes :

« Toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés aux 6°, 7° et 8° entre en vigueur au plus tôt dans un délai de six mois à compter de l'approbation de la convention ou de l'avenant comportant cette mesure. »

« 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 L.O. 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 aux 6°, 7° et 8° du présent article est suspendue, après consultation des parties signataires à la convention nationale. À défaut d'un avenant fixant à nouveau une date d'entrée en vigueur des revalorisations compatibles avec les mesures de redressement mentionnées à l'article L. 114-4-1*, l'entrée en vigueur est reportée au 1^{er} janvier de l'année suivante. »

« Les dispositions du II de l'article L. 162-14-1* sont applicables aux pharmaciens titulaires d'officine. »

Article 40

Propositions de la Commission

« 10° Les mesures et procédures applicables aux pharmaciens dont les pratiques sont contraires aux engagements fixés par la convention. »

Amendement 204

« Les ...

... pharmaciens d'officine. »

Amendement 205

Article 40

Dispositions en vigueur

Art. L. 162-22-11. – Dans les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, les tarifs nationaux des prestations prévus au 1° du I de l'article L. 162-22-10, affectés le cas échéant du coefficient géographique prévu au 3° du I du même article, servent de base à la facturation des soins et de l'hébergement des malades non couverts par un régime d'assurance maladie et à l'exercice des recours contre tiers.

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.

Texte du projet de loi

I. – L'article L. 162-22-11 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Dans les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6*, les tarifs nationaux des prestations prévus au 1° du I de l'article L. 162-22-10*, affectés le cas échéant du coefficient géographique prévu au 3° du I du même article*, servent de base à l'exercice des recours contre tiers et à la facturation des soins et de l'hébergement des malades non couverts par un régime d'assurance-maladie sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20* et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles* ».

II. – Le 1° de l'article L. 174-3 du même code est complété par les mots : « sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 ».

III. – Après l'article L. 174-19 du même code, il est inséré un article L. 174-20 ainsi rédigé :

« Art. L. 174-20. – Pour les soins hospitaliers programmés ne relevant pas d'une mission de service public mentionnée à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique*, les établissements de santé peuvent déterminer les tarifs de soins et d'hébergement facturés aux patients non couverts par un régime d'assurance régi par le présent code, à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État définie à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles*, des patients relevant des soins urgents définis à l'article L. 254-1 du même code*, des patients

Propositions de la Commission

« Art. L. 174-20. – ...

... régime
d'assurance maladie régi ...

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004	accueillis dans le cadre d'une intervention humanitaire et des patients relevant d'une législation de sécurité sociale coordonnée avec la législation française pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles en application des traités, accords et règlements internationaux auxquels la France est partie.	... partie.
Art. 33. – II. – Jusqu'au 31 décembre 2012, dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, par exception aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du même code, les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation du patient. Les conditions et modalités de la participation du patient aux tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 162-22-6 du même code sont fixées par voie réglementaire. Ces tarifs servent également à la facturation des soins et de l'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance maladie, à l'exercice des recours contre tiers ainsi qu'à la facturation des soins de patients européens ou relevant d'une convention internationale.	« Les conditions d'application du présent article sont déterminées par décret. »	Amendement 206
Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011	IV. – Au II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, après les mots : « un régime d'assurance maladie », sont insérés les mots : « , sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 du code de la sécurité sociale* et ».	Article additionnel après l'article 40
Art. 27. – I. – À la fin de la première phrase du premier alinéa de l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, le taux : « 20 % » est remplacé par le taux : « 30 % ».		<i>I. – Le I et la première phrase du III de l'article 27 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 sont supprimés.</i>
II. – Jusqu'au 31 décembre 2011, les ressources des personnes mentionnées au premier alinéa de l'article		

Dispositions en vigueur

L. 863-1 du code de la sécurité sociale sont comprises, par dérogation à ce même article, entre le plafond prévu à l'article L. 861-1 du même code et ce même plafond majoré de 26 %.

III. – Le I s'applique aux décisions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 863-3 du même code prises à compter du 1er janvier 2012. Le II s'applique aux décisions mentionnées au même alinéa prises du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2011.

Art. L. 863-1. – Ouvrent droit à un crédit d'impôt au titre de la taxe collectée 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 30 %. 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.

Art. L. 871-1. – Le bénéfice des dispositions de l'article L. 863-1, des sixième et huitième alinéas de l'article

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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

1° À la fin de la première phrase du premier alinéa de l'article L. 863-1, le taux : « 30 % » est remplacé par le taux : « 35 % ».

Dispositions en vigueur

L. 242-1, ou pour les salariés du secteur agricole des sixième et huitième alinéas de l'article L. 741-10 du code rural du 1° quater de l'article 83 du code général des impôts, du deuxième alinéa du I de l'article 154 bis et des 13°, 15° et 16° de l'article 995 du même code, dans le cas de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, est subordonné à la condition que les opérations d'assurance concernées ne couvrent pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 322-2 du présent code et qu'elles respectent les règles fixées par décret en Conseil d'État après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Ces règles prévoient l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge de la majoration de participation des assurés et de leurs ayants droit visée à l'article L. 162-5-3 et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation visée à l'article L. 161-36-2. Elles prévoient également l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L. 162-5.

Elles prévoient également la prise en charge totale ou partielle des prestations liées à la prévention, aux consultations du médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 et aux prescriptions de celui-ci.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

2° Au premier alinéa de l'article L. 871-1, les mots : « des 13°, 15° et 16° de l'article 995 » sont remplacés par les mots : « du 2° bis de l'article 1001 ».*

III. – Le 1° du II s'applique aux décisions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 863-3 du code de la sécurité sociale prises à compter du 1^{er} janvier 2012.*

Amendement 2

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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

Art. 91. – Afin d’harmoniser les règles et modalités de contrôle des assurés se trouvant dans l’incapacité physique médicalement constatée de continuer ou de reprendre le travail, le contrôle des arrêts de travail dus à une maladie d’origine non professionnelle des personnes mentionnées à l’article 2 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l’État est confié, à titre expérimental et par dérogation à l’article 35 de la même loi, aux caisses primaires d’assurance maladie et aux services du contrôle médical placés près d’elles. Cette expérimentation s’applique aux arrêts prescrits pour une durée inférieure à six mois consécutifs et n’ouvrant pas droit au régime des congés de longue maladie ou de longue durée.

.....

III. – Le comité médical compétent peut être saisi par le fonctionnaire de l’avis rendu par le service du contrôle médical.

L’article 91 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 est ainsi modifié :

Article 41

1° Le III est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est complété par les mots : « dans le délai d’un mois à compter de la date de la décision contestée ».

Article additionnel après l’article 40

Un an après la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la promotion de l’aide à la complémentaire santé auprès des Français.

Amendement 207

Article 41

« 1°A Au I, après les mots : « les engagements réciproques des signataires », sont insérés les mots : « , notamment le délai dans lequel l’administration informe le service du contrôle médical de l’assurance maladie de la survenue d’un arrêt de travail, »

Amendement 208

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

b) Après le premier aliéna, sont insérées les dispositions suivantes :

« Le fonctionnaire doit présenter une demande écrite, précisant l'objet de la contestation et indiquant le nom et l'adresse de son médecin. Cette demande est adressée par lettre recommandée ou déposée contre récépissé auprès du comité médical.

« Le comité médical informe le service du contrôle médical compétent de la demande du fonctionnaire.

« Dès qu'il est informé de la demande, le service du contrôle médical établit un dossier comportant obligatoirement :

« 1° L'avis du médecin nommé désigné ;

« 2° L'avis du médecin conseil accompagné de tous les éléments et pièces justificatives d'ordre médical ayant motivé cet avis ;

« 3° Les motifs invoqués par le fonctionnaire à l'appui de la demande ;

« 4° L'énoncé de la question posée au comité médical.

« Le service du contrôle médical adresse au comité médical ce dossier, dans les quinze jours qui suivent la réception de la demande, par pli recommandé avec demande d'avis de réception.

« Le ...

... demande *par le comité médical*, par pli recommandé avec demande d'avis de réception.

Amendement 209

« Le comité médical établit ses conclusions motivées et les fait parvenir au fonctionnaire, à l'administration et au service du contrôle médical de la caisse. »

Les décisions prises par l'administration en application du II peuvent être contestées par les voies de recours gracieux ou hiérarchique et de recours contentieux devant la juridiction administrative compétente.

IV. – L'expérimentation prévue au présent article prend effet à compter

Dispositions en vigueur

de la signature de la convention prévue au dernier alinéa du I, pour une durée de deux ans. Le Gouvernement transmet au Parlement un rapport d'évaluation, au plus tard six mois avant la fin de l'expérimentation.

V. — L'expérimentation prévue au présent article s'applique également aux personnes mentionnées à l'article 2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, par dérogation à l'article 58 de la même loi, dès lors qu'elles relèvent d'une collectivité territoriale volontaire pour y participer et répondant aux critères du nombre de fonctionnaires minimal fixé par la convention-cadre nationale, prévue à l'alinéa suivant.

La liste des caisses primaires d'assurance maladie et des services du contrôle médical participant à l'expérimentation est fixée par une convention conclue entre le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé des collectivités territoriales et le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Elle est publiée par décision du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Cette convention détermine également le nombre minimal de fonctionnaires devant être employés par les collectivités territoriales volontaires pour participer à l'expérimentation. Elle définit enfin les engagements réciproques des signataires et prévoit les indicateurs de suivi de l'expérimentation. Elle doit être signée dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi.

Des conventions locales, signées entre les caisses et collectivités territoriales expérimentatrices, déterminent les modalités pratiques de mise en œuvre de l'expérimentation dans le respect de la convention-cadre précitée. Elles doivent être signées dans un délai de trois mois après signature de la convention mentionnée à l'alinéa précédent.

L'expérimentation s'applique dans les mêmes conditions aux personnes mentionnées à l'article 2 de la loi n° 86-33 du

Texte du projet de loi

2° Au IV, les mots : « deux ans » sont remplacés par les mots : « quatre ans ».

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, par dérogation à l'article 42 de la même loi, dès lors qu'elles relèvent d'un établissement public de santé volontaire pour y participer et répondant aux critères du nombre de fonctionnaires minimal fixé par la convention-cadre nationale, prévue à l'alinéa suivant.

La liste des caisses primaires d'assurance maladie et des services du contrôle médical participant à l'expérimentation est fixée par une convention conclue entre le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de la santé et le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Elle est publiée par décision du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Cette convention détermine également le nombre minimal de fonctionnaires devant être employés par les établissements publics de santé volontaires pour participer à l'expérimentation. Elle définit enfin les engagements réciproques des signataires et prévoit les indicateurs de suivi de l'expérimentation. Elle doit être signée dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi.

Des conventions locales, signées entre les caisses et établissements publics de santé expérimentateurs, déterminent les modalités pratiques de mise en œuvre de l'expérimentation dans le respect de la convention-cadre précitée. Elles doivent être signées dans un délai de trois mois après signature de la convention mentionnée à l'alinéa précédent.

Texte du projet de loi

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

« Les collectivités territoriales qui ont signé des conventions en application du V du présent article entre la fin du délai de signature prévu à ce même article et le 31 décembre 2011 sont autorisées à participer à l'expérimentation à compter du 1^{er} janvier 2012 ».

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

Art. L. 322-4 – La participation de l'assuré mentionnée au II de l'article L. 322-2 n'est pas exigée pour ses ayants droit mineurs ainsi que pour les bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1.

Il en est de même pour la franchise prévue au III de l'article L. 322-2.

Code de la sécurité sociale

Art. L. 161-5. – Le titulaire, soit d'une pension ou rente de vieillesse, soit d'une pension de réversion qui n'exerce aucune activité professionnelle a droit et ouvre droit aux prestations en nature de l'assurance maternité.

Art. L. 311-9 – Les titulaires d'une pension ou rente de vieillesse qui n'effectuent aucun travail salarié ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 321-1 sans limitation de durée pour tout état de maladie ; toutefois, en cas d'hospitalisation d'eux-mêmes, de leur conjoint ou de leurs ascendants mentionnés à l'article L. 313-3, la prise en charge des frais est subordonnée à un contrôle effectué dans des conditions qui sont fixées par décret en Conseil d'État.

Au décès du pensionné ou du rentier, ces avantages sont maintenus à son conjoint si celui-ci remplit, par ailleurs, les conditions prévues à l'article L. 353-1.

Art. L. 341-14-1. – Le service de la pension est suspendu lorsque l'assuré bénéficie des dispositions des articles L. 351-1-1, L. 351-1-3, L. 351-1-4,

Texte du projet de loi

Article 42

Les assurés et leurs ayants droit relevant du régime spécial de sécurité sociale des entreprises minières et assimilées bénéficient de la gratuité des prestations en nature de l'assurance maladie mentionnées au chapitre II du titre II du livre III du code de la sécurité sociale.

Article 43

I. – À l'article L. 161-5 du code de la sécurité sociale, après les mots : « de l'assurance maternité », sont insérés les mots : « , sous réserve que la prestation susceptible d'ouvrir droit aux prestations en nature ne soit pas celle visée à l'article L. 351-9* ».

II. – À l'article L.311-9 du même code, après les mots : « état de maladie », sont insérés les mots : « , sous réserve que la prestation susceptible d'ouvrir droit aux prestations en nature ne soit pas celle visée à l'article L. 351-9* ».

Article 44

Propositions de la Commission

Article 42

Au premier alinéa de l'article L. 322-4 du code de la sécurité sociale après les mots : « ainsi que » sont insérés les mots : « les assurés et leurs ayants droit relevant du régime spécial de sécurité sociale des entreprises minières et assimilées ».

Amendement 210

Article 43

Sans modification

Article 44

Sans modification

Dispositions en vigueur

L. 634-3-2 ou L. 634-3-3 du présent code, ou des articles L. 732-18-1 ou L. 732-18-2 du code rural et de la pêche maritime.

En cas de suspension de la pension dans ces conditions, ses avantages accessoires sont maintenus, notamment ceux prévus au 13° de l'article L. 322-3 et aux articles L. 355-1 et L. 815-24 du présent code.

Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001

Art. 40. – I. – est créé un fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés. Ce fonds est géré par la Caisse des dépôts et consignations.

.....
III ter. – Le fonds peut prendre en charge le financement des missions de conception des modalités de financement des activités de soins des établissements de santé et de conduite des expérimentations prévues au I de l'article 77 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 exercées par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation
.....

Texte du projet de loi

À l'article L. 341-14-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « ou L. 732-18-2* » sont remplacés par les mots : « , L. 732-18-2* ou L. 732-18-3* ».

Article 45

Le III ter de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est remplacé par les dispositions suivantes :

« III ter. – Le fonds peut prendre en charge le financement des missions d'expertise exercées par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation. »

Article 46

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 2012. Le montant maximal des dépenses de ce fonds est fixé à 281 millions d'euros pour l'année 2012.

II. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établisse-

Propositions de la Commission

Article 45

Sans modification

Article 46

II. – Le ...

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

ments de santé publics et privés est fixé à 385,87 millions d'euros pour l'année 2012.

...à 300 millions d'euros ...
...2012.

Amendement 211

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, mentionné à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique*, est fixé à 55 millions d'euros pour 2012.

III. – Le ...

... à 35 mil-
lions d'euros pour 2012.

Amendement 212

IV. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des agences régionales de santé au titre de leur budget de gestion est fixé, pour l'année 2012, à 161 millions d'euros.

V. – Le montant de la contribution de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnement en direction des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique* est fixée à 64,55 millions d'euros pour l'année 2012 qui seront répartis entre actions par arrêté du ministre chargé des personnes âgées et des personnes handicapées.

VI. – 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, pour l'année 2012, à 20 millions d'euros.

VI. – Le ...

... à 15
millions d'euros.

Amendement 213

Article 47

Pour l'année 2012, 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 186,8 milliards d'euros ;

Article 47

Sans modification

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 162,2 milliards d'euros.

Article 48

Pour l'année 2012, 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

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 49

I. – L'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

Code de la sécurité sociale

Art. L. 351-3. – Sont prises en considération en vue de l'ouverture du droit à pension, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État :

1°) les périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié des prestations maladie, maternité, invalidité, accident du travail et celles postérieures au 1^{er} juillet 1930 pendant lesquelles les travailleurs salariés ont perçu une rente d'accident du travail prenant effet antérieurement à la date susmentionnée, pour une incapacité permanente au moins égale à un taux fixé par le même décret ;

2°) les périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié de l'un des revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 351-2 du code du travail ou de l'une des allocations mentionnées à l'article L. 1233-68, aux 2° et 4° du deuxième alinéa de l'article L. 322-4 du même code ou d'une allocation versée en cas d'absence complète d'activité, par application d'accords professionnels ou interprofessionnels, nationaux ou régionaux, mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 352-3 du code du travail ou de l'allocation de congé-solidarité mentionnée à l'article 15 de la loi n° 2000-1207 du 13 décembre 2000 d'orientation pour l'outre-mer ou de la

Article 48

Sans modification

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 49

Dispositions en vigueur

rémunération prévue au quatrième alinéa de l'article L. 321-4-3 du code du travail ;

3°) dans les conditions et limites fixées par le décret prévu au présent article, les périodes pendant lesquelles l'assuré s'est trouvé, avant l'âge fixé par le même décret, en état de chômage involontaire non indemnisé ;

4°) les périodes pendant lesquelles l'assuré a effectué son service national légal ou a été présent sous les drapeaux par suite de mobilisation ou comme volontaire en temps de guerre ;

5°) les périodes postérieures au 1^{er} septembre 1939, pour les assurés qui ont été prisonniers, déportés, réfractaires, réfugiés, sinistrés, requis au titre d'un service de travail obligatoire ou placés, du fait de la guerre, dans des conditions telles que les cotisations versées par eux n'ont pu être constatées ou ne peuvent être justifiées ; des arrêtés ministériels fixent, pour ces années, les justifications à produire par les intéressés ;

6°) sauf dans la mesure où elle s'impute sur la durée de la peine, toute période de détention provisoire accomplie par une personne qui, au moment de son incarcération, relevait de l'assurance obligatoire.

Texte du projet de loi

« 7° Dans des conditions et limites d'âge, de ressources et de nombre total de trimestres validés à ce titre, fixées par le décret prévu au présent article, et sans condition d'affiliation préalable, les périodes n'ayant pas donné lieu à validation à un autre titre dans un régime de base pendant lesquelles toute personne a été inscrite en tant que sportif de haut niveau sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 221-2 du code du sport* ».

II. — L'État prend en charge chaque année, pour les trimestres validés au cours de l'année civile précédente et sur une base forfaitaire fixée par décret, les coûts que représentent, pour l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale, les dis-

Propositions de la Commission

« 7° ...

...lesquelles *une* personne ...

...sport* ».

Amendement 214

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 634-2. – Sous réserve d'adaptation par décret, les prestations des régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales sont calculées, liquidées et servies dans les conditions définies au deuxième alinéa de l'article L. 341-15, du premier au quatrième alinéas de l'article L. 351-1, à l'article L. 351-1-2, au premier alinéa de l'article L. 351-2, à l'article L. 351-3, aux articles L. 351-4, L. 351-4-1, L. 351-6, L. 351-7 à L. 351-10-1, L. 351-12, L. 351-13, L. 353-1 à L. 353-6, au deuxième alinéa de l'article L. 355-1 et à l'article L. 355-2.</p>	<p>positions du 7° de l'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale*.</p>	<p>III. – Le inscription <i>postérieures</i> au 31 décembre 2011 sur sport.</p>
<p>Lorsqu'il est fait application des dispositions du 2° de l'article L. 633-10, les dispositions de l'article L. 351-10 s'appliquent au total des droits acquis par les deux conjoints.</p>	<p>IV. – Au premier alinéa de l'article L. 634-2 du code de la sécurité sociale, après les mots : « à l'article L. 351-3* », sont insérés les mots : « à l'exception de son 7° ».</p>	<p>Amendement 215</p>
<p>Code rural et de la pêche maritime</p>	<p>V. – À l'article L. 742-3 du code rural et de la pêche maritime, les mots : « titre V à l'exception du chapitre VII » sont remplacés par les mots « titre V à l'exception du 7° de l'article L. 351-3* et du chapitre VII ».</p>	
<p>Art. 742-3. – Les caisses de mutualité sociale agricole servent aux salariés agricoles et à leurs ayants droit en cas de maladie, de maternité, d'invalidité, de vieillesse, de veuvage et de décès, les prestations prévues par le code de la sécurité sociale. À cet effet, sont applicables au régime des assurances sociales agricoles :</p>		
<p>1° L'article L. 173-7 du code de la sécurité sociale, les dispositions suivantes du livre III du code de la sécurité sociale : articles L. 311-5, L. 311-9, L. 311-10, chapitres III, IV et V du titre I^{er}, titre II à l'exception de l'article L. 321-3 et du chapitre V, titres III et IV, titre V à l'exception du chapitre VII, titre VI, titre VII, article L. 383-1. Pour l'application de l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale, la référence : « l'article L. 411-1 » est remplacée par</p>		

Dispositions en vigueur

la référence : " au premier alinéa de l'article L. 751-6 du code rural et de la pêche maritime " ;

2° Le titre VIII du livre IV du code de la sécurité sociale à l'exclusion des articles L. 482-1 à L. 482-4.

Pour l'application de ces dispositions, la référence au régime général est remplacée par la référence au régime des assurances sociales agricoles et les caisses de mutualité sociale agricole sont substituées aux caisses primaires d'assurance maladie, aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et à la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg.

Code des pensions civiles et militaires de retraite

Art. 14. – I. – La durée d'assurance totalise la durée des services et bonifications admissibles en liquidation prévue à l'article L. 13, augmentée, le cas échéant, de la durée d'assurance et des périodes reconnues équivalentes validées dans un ou plusieurs autres régimes de retraite de base obligatoires.

Lorsque la durée d'assurance est inférieure au nombre de trimestres nécessaire pour obtenir le pourcentage de la pension mentionné à l'article L. 13, un coefficient de minoration de 1,25 % par trimestre s'applique au montant de la pension liquidée en application des articles L. 13 et L. 15 dans la limite de vingt trimestres.

Le nombre de trimestres pris en compte pour ce calcul est égal :

1° Soit au nombre de trimestres correspondant à la durée qui sépare l'âge auquel la pension est liquidée de la

Texte du projet de loi

Article 50

Propositions de la Commission

VI. – Avant le 1^{er} octobre 2013, le Gouvernement remet au Parlement un rapport présentant le coût du dispositif prévu au présent article, et étudiant la possibilité d'augmenter le nombre de trimestres mentionné au 7° de l'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale.*

Amendement 216

Article 50

Dispositions en vigueur

limite d'âge du grade détenu par le pensionné ;

2° Soit au nombre de trimestres supplémentaires qui serait nécessaire, à la date de liquidation de la pension, pour atteindre le nombre de trimestres permettant d'obtenir le pourcentage maximum mentionné à l'article L. 13.

Le nombre de trimestres correspondant est arrondi à l'entier supérieur dans des conditions définies par décret. Le plus petit des deux nombres de trimestres résultant des dispositions du 1° et du 2° du présent I est pris en considération.

Le coefficient de minoration n'est pas applicable aux fonctionnaires handicapés dont l'incapacité permanente est au moins égale à 80 % ou mis à la retraite pour invalidité ainsi qu'aux fonctionnaires âgés d'au moins soixante-cinq ans qui bénéficient d'un nombre minimum de trimestres fixé par décret au titre de la majoration de durée d'assurance prévue à l'article L. 12 ter ou qui, pendant une durée et dans des conditions fixées par décret, ont apporté une aide effective à leur enfant bénéficiaire de l'élément de la prestation relevant du 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles.

Le coefficient de minoration n'est pas applicable aux pensions de réversion lorsque la liquidation de la pension dont le fonctionnaire aurait pu bénéficier intervient après son décès.

Pour le calcul de la durée d'assurance, les périodes de services accomplis à temps partiel telles que définies à l'article L. 5 sont décomptées comme des périodes de services à temps complet.

.....

III. – Lorsque la durée d'assurance, définie au premier alinéa du I, est supérieure au nombre de trimestres nécessaires pour obtenir le pourcentage maximum mentionné à l'article L. 13 et que le fonctionnaire civil a atteint l'âge mentionné à l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale, un coeffi-

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>cient de majoration s'applique au montant de la pension liquidée en application des articles L. 13 et L. 15.</p>		
<p>Le nombre de trimestres pris en compte pour ce calcul est égal, à la date de liquidation de la pension, au nombre de trimestres d'assurance effectués après le 1er janvier 2004, au-delà de l'âge mentionné à l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale et en sus du nombre de trimestres nécessaires pour obtenir le pourcentage maximum mentionné à l'article L. 13.</p>		
<p>Toutefois, les bonifications de durée de services et majorations de durée d'assurance, à l'exclusion de celles accordées au titre des enfants et du handicap, prévues par les dispositions législatives et réglementaires, quel que soit le régime de retraite de base au titre duquel elles ont été acquises, ne sont pas prises en compte pour ce calcul. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations de durée auxquelles s'applique le présent alinéa.</p>	<p>I. – Au troisième alinéa du III de l'article L. 14 du code des pensions civiles et militaires de retraite, les mots : « pour ce calcul » sont remplacés par les mots : « pour le calcul de la durée d'assurance mentionnée au premier alinéa du présent III »</p>	
<p>Sont pris en compte pour ce calcul les trimestres entiers cotisés.</p>		
<p>Le coefficient de majoration est de 1,25 % par trimestre supplémentaire.</p>		
<p>Code de la sécurité sociale</p>		
<p>Art. L. 351-1-2. – La durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré accomplie après l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 et au-delà de la limite mentionnée au deuxième alinéa du même article donne lieu à une majoration de la pension dans des conditions fixées par décret.</p>		
<p>Toutefois, les bonifications de durée de services et majorations de durée d'assurance, à l'exclusion de celles accordées au titre des enfants et du handicap, prévues par les dispositions législatives et réglementaires, quel que soit le régime de retraite de base au titre duquel elles ont été acquises, ne sont pas prises en compte pour ce calcul.</p>	<p>II. – Au second alinéa de l'article L. 351-1-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « pour ce calcul » sont</p>	

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 643-3. – I. – La liquidation de la pension prévue à l'article L. 643-1 peut être demandée à partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1.

Lorsque l'intéressé a accompli la durée d'assurance fixée en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 dans le présent régime et dans un ou plusieurs autres régimes d'assurance vieillesse de base, le montant de la pension de retraite est égal au produit de la valeur du point par le nombre de points acquis.

Un décret en Conseil d'État fixe les coefficients de réduction de la pension de retraite applicables en fonction de l'âge auquel est demandée la liquidation et de la durée d'assurance lorsque l'intéressé ne justifie pas de la durée prévue au deuxième alinéa du présent I.

Le décret prévu à l'alinéa précédent détermine également le barème suivant lequel la pension est majorée lorsque la liquidation de la pension de retraite est ajournée au-delà de l'âge et de la durée d'assurance prévus respectivement au premier et au deuxième alinéa du présent I.

II. – L'âge prévu au premier alinéa du I est abaissé pour les assurés qui

remplacés par les mots : « dans la durée d'assurance tous régimes confondus pour apprécier le dépassement de la limite mentionnée au premier alinéa. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations auxquelles s'applique le présent alinéa. ».

III. – Le quatrième alinéa de l'article L. 643-3 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« La durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré accomplie après l'âge prévu au premier alinéa et au-delà de la durée mentionnée au deuxième alinéa donne lieu à une majoration de la pension dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. Toutefois, pour l'appréciation de cette condition de durée, les bonifications de durée de services et majorations de durée d'assurance, à l'exclusion de celles accordées au titre des enfants et du handicap, prévues par les dispositions législatives et réglementaires, quel que soit le régime de retraite de base au titre duquel elles ont été acquises, ne sont pas prises en compte. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations auxquelles s'applique le présent alinéa. »

Dispositions en vigueur

ont commencé leur activité avant un âge et dans des conditions déterminés par décret et ont accompli une durée totale d'assurance et de périodes reconnues équivalentes dans le régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au moins égale à une limite définie par décret, tout ou partie de cette durée totale ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré. Un décret précise les modalités d'application du présent II et notamment les conditions dans lesquelles, le cas échéant, une partie des périodes de service national peut être réputée avoir donné lieu au versement de cotisations.

III. – La condition d'âge prévue au premier alinéa du I est abaissée, dans des conditions fixées par décret, pour les assurés handicapés qui ont accompli, alors qu'ils étaient atteints d'une incapacité permanente au moins égale à un taux fixé par décret ou qu'ils bénéficiaient de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé mentionnée à l'article L. 5213-1 du code du travail, une durée d'assurance dans le régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au moins égale à une limite définie par décret, tout ou partie de cette durée ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré.

La pension des intéressés est majorée en fonction de la durée ayant donné lieu à cotisations considérée, dans des conditions précisées par décret.

Texte du projet de loi

IV. – Le quatrième alinéa de l'article L. 723-10-1 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

Art. L. 723-10-1. – I. – La liquidation de la pension peut être demandée à partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1.

Lorsque l'intéressé a accompli la durée d'assurance fixée en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 dans le présent régime et dans un ou plusieurs autres régimes d'assurance vieillesse de base, le montant de la pension de retraite est calculé en proportion de la durée d'assurance à la Caisse nationale des barreaux français.

Un décret en Conseil d'État fixe les coefficients de réduction de la pension de retraite applicables en fonction de l'âge auquel est demandée la liquidation et de la durée d'assurance lorsque l'intéressé ne justifie pas de la durée prévue au deuxième alinéa du présent I.

Le décret prévu à l'alinéa précédent détermine également le barème suivant lequel la pension est majorée lorsque la liquidation de la pension de retraite est ajournée au-delà de l'âge et de la durée d'assurance prévus respectivement au premier et au deuxième alinéa du présent I.

II. – L'âge prévu au premier alinéa du I est abaissé pour les assurés qui ont commencé leur activité avant un âge et dans des conditions déterminés par décret et ont accompli une durée totale d'assurance et de périodes reconnues équivalentes dans le régime d'assurance vieillesse de base des avocats et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au moins égale à une limite définie par décret, tout ou partie de cette durée totale ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré. Un décret précise les modalités d'applica-

Texte du projet de loi

« La durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré accomplie après l'âge prévu au premier alinéa et au-delà de la durée mentionnée au deuxième alinéa donne lieu à une majoration de la pension dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. Toutefois, pour l'appréciation de cette condition de durée, les bonifications de durée de services et majorations de durée d'assurance, à l'exclusion de celles accordées au titre des enfants et du handicap, prévues par les dispositions législatives et réglementaires, quel que soit le régime de retraite de base au titre duquel elles ont été acquises, ne sont pas prises en compte. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations auxquelles s'applique le présent alinéa. »

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

tion du présent II, et notamment les conditions dans lesquelles, le cas échéant, une partie des périodes de service national peut être réputée avoir donné lieu au versement de cotisations.

III. – La condition d'âge prévue au premier alinéa du I est abaissée, dans des conditions fixées par décret, pour les assurés handicapés qui ont accompli, alors qu'ils étaient atteints d'une incapacité permanente au moins égale à un taux fixé par décret ou qu'ils bénéficiaient de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé mentionnée à l'article L. 5213-1 du code du travail, une durée d'assurance dans le régime d'assurance vieillesse de base des avocats et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au moins égale à une limite définie par décret, tout ou partie de cette durée ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré.

La pension des intéressés est majorée en fonction de la durée ayant donné lieu à cotisations considérée, dans des conditions précisées par décret.

Code rural et de la pêche maritime

Art. L. 732-25-1. – La durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole dans le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles et à la charge de l'assuré dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, accomplie après l'âge prévu à l'article L. 732-18 et au-delà de la durée minimale prévue à l'article L. 732-25, donne lieu à une majoration de la pension dans des conditions fixées par décret.

Texte du projet de loi

V. – L'article L. 732-25-1 du code rural et de la pêche maritime est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Toutefois, les bonifications de durée de services et majorations de durée d'assurance, à l'exclusion de celles accordées au titre des enfants et du handicap, prévues par les dispositions législatives et réglementaires, quel que soit le régime de retraite de base au titre duquel elles ont été acquises, ne sont pas prises en compte dans la durée d'assurance tous régimes confondus pour apprécier le dépassement de la durée mi-

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
Code de la sécurité sociale	<p>nimale mentionnée au premier alinéa. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations auxquelles s'applique le présent alinéa. »</p> <p>VI. – Le présent article n'est pas applicable aux assurés qui remplissent, avant le 1^{er} janvier 2013, les conditions d'âge et de durée d'assurance ouvrant droit au bénéfice de la majoration de pension prévue au III de l'article L. 14 du code des pensions civiles et militaires de retraite*, à l'article L. 351-1-2* et au quatrième alinéa des articles L. 643-3* et L. 723-10-1 du code de la sécurité sociale* et à l'article L. 732-25-1 du code rural et de la pêche maritime*, dans leur rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi.</p>	<p>VI. – ...</p> <p>... L. 351-1-2*, au quatrième ...</p> <p>... loi.</p>
	<p>Article 51</p>	<p>Article 51</p>
Code rural et de la pêche maritime	<p>I. – Après l'article L. 382-29 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 382-29-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 382-29-1. – Sont prises en compte pour l'application de l'article L. 351-14-1*, dans les mêmes conditions que les périodes définies au 1^o du dit article, les périodes de formation, accomplies au sein de congrégations ou de collectivités religieuses ou dans des établissements de formation des ministres du culte, qui précèdent l'obtention du statut défini à l'article L. 382-15* entraînant affiliation au régime des cultes. »</p> <p>II. – Les dispositions du présent article sont applicables aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2012.</p>	<p>II. – <i>L'article L. 382-29-1 du code de la sécurité sociale est applicable aux...</i></p> <p>... 2012.</p>
<p>Art. L. 722-17. – Peuvent adhérer volontairement à l'assurance vieillesse mentionnée à l'article L. 722-15 les personnes non salariées qui, ayant été occupées en dernier lieu dans les exploitations ou entreprises remplissant les</p>		<p>Amendement 217</p> <p>Article 51</p> <p><i>Article additionnel après l'article 51</i></p> <p>Amendement 218</p>

Dispositions en vigueur

conditions fixées au 1° de l'article L. 722-4 et aux articles L. 722-5 à L. 722-7 et ne pouvant prétendre en raison de leur âge aux prestations de vieillesse, n'exercent aucune activité professionnelle susceptible de les assujettir à un régime de sécurité sociale.

Un décret détermine les modalités d'application du premier alinéa et précise notamment les délais dans lesquels les intéressés doivent demander leur affiliation et le mode de calcul des cotisations.

Art. L. 732-39. – I. – Pour les personnes mentionnées au 1° de l'article L. 722-12, le droit aux prestations est ouvert dans le régime dont relève leur activité principale ; toutefois si l'activité salariée exercée simultanément avec leur activité principale non salariée agricole répond aux conditions de durée du travail ou de versement de cotisations prévues à l'article L. 313-1 du code de la sécurité sociale pour l'ouverture du droit aux prestations en espèces des assurances maladie et maternité, les intéressés perçoivent lesdites prestations qui leur sont servies par le régime d'assurance maladie dont ils relèvent au titre de leur activité salariée.

II. – Pour les personnes mentionnées au 3° de l'article L. 722-10 ou titulaires d'une pension d'invalidité en application de l'article L. 732-8 qui ont exercé simultanément ou successivement plusieurs activités professionnelles salariées ou non salariées, le droit aux prestations est ouvert dans le régime dont a ou aurait relevé leur activité principale.

Toutefois, les personnes mentionnées à l'alinéa précédent bénéficiant au titre de régimes différents d'une pension d'invalidité ou d'un avantage de vieillesse substitué et d'une pension,

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Au premier alinéa de l'article L. 722-17 du code rural et de la pêche maritime, les mots : « pouvant prétendre en raison de leur âge aux prestations de vieillesse » sont remplacés par les mots : « réunissant pas la durée minimale d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes mentionnée à l'article L. 732-25 ».*

Amendement 3

Article additionnel après l'article 51

Après le sixième alinéa de l'article L. 732-39 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

Dispositions en vigueur

rente ou allocation de vieillesse, relèvent du régime d'assurance maladie correspondant à l'activité qui leur a ouvert droit à la pension d'invalidité ou à l'avantage de vieillesse substitué.

Cependant il n'est pas apporté de modification à la situation des personnes qui, le 1^{er} janvier 1969, bénéficiaient d'un avantage ouvrant droit aux prestations en nature soit des assurances sociales en vertu des articles L. 311-9, L. 311-10, L. 313-4 et L. 381-26 du code de la sécurité sociale, de la réglementation applicable aux régimes spéciaux visés à l'article L. 711-1 du même code ou de la législation relative au régime des assurances sociales des salariés agricoles, soit du régime d'assurance maladie, invalidité et maternité des non-salariés des professions agricoles. Néanmoins, lorsque les intéressés sont titulaires d'une pension d'invalidité au titre du seul régime d'assurance maladie, invalidité et maternité des non-salariés des professions agricoles ou d'un avantage de vieillesse substitué, les prestations en nature leur sont servies par ledit régime au titre de la pension d'invalidité ou de l'avantage de vieillesse substitué.

III. — Pour les personnes mentionnées au 2° de l'article L. 722-12, le droit aux prestations est ouvert dans le régime de leur choix.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« Par dérogation aux deux premiers alinéas, et sous réserve que l'assuré ait liquidé ses pensions de vieillesse personnelles auprès de la totalité des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales dont il a relevé, les personnes mentionnées à l'article L. 321-5 et au 2° de l'article L. 722-10* qui justifient des conditions fixées par les deux alinéas précédents, peuvent cumuler leur pension de vieillesse non salariée agricole avec une activité professionnelle non salariée agricole exercée sur une exploitation ou entreprise agricole donnant lieu à assujettissement du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole. »*

Amendement 4

Dispositions en vigueur

Art. L. 732-54-1. – Peuvent bénéficier d'une majoration de la pension de retraite servie à titre personnel les personnes dont cette pension a pris effet :

1° Avant le 1^{er} janvier 2002 lorsqu'elles justifient d'une durée minimale d'assurance fixée par décret ; pour l'appréciation de cette durée, sont prises en compte les périodes accomplies à titre exclusif ou principal dans le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles et les périodes d'affiliation obligatoire à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale en application de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale ;

2° À compter du 1^{er} janvier 2002 lorsqu'elles justifient des conditions prévues par les articles L. 732-23 et L. 732-25 du présent code, dans leur rédaction en vigueur à la date d'effet de la pension de retraite, pour ouvrir droit à une pension à taux plein dans le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles et qu'elles remplissent des conditions fixées par décret de durées minimales d'assurance accomplies à titre exclusif ou principal dans ce régime.

Les personnes mentionnées ci-dessus ne peuvent bénéficier de la majoration que si elles ont fait valoir l'intégralité des droits en matière d'avantage de vieillesse auxquels elles peuvent prétendre auprès des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi qu'auprès des régimes des organisations internationales.

Code de la sécurité sociale

Art. L. 634-3-3. – La condition d'âge prévue au premier alinéa de l'article L. 351-1 est abaissée dans des conditions fixées par décret pour les assurés handicapés qui ont accompli, alors qu'ils étaient atteints d'une incapacité permanente au moins égale à un taux

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Article additionnel après l'article 51

Au 2° de l'article L. 732-54-1 du code rural et de la pêche maritime, les mots « L. 732-23 et L. 732-25* » sont remplacés par les mots : « L. 732-18-3*, L. 732-23* et L. 732-25* ».*

Amendement 1

Article additionnel après l'article 51

Au premier alinéa de l'article L. 634-3-3 du code de la sécurité sociale, après la deuxième occurrence du

Dispositions en vigueur

fixé par décret, une durée d'assurance dans les régimes d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au moins égale à une limite définie par décret, tout ou partie de cette durée ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré.

La pension des intéressés est majorée en fonction de la durée ayant donné lieu à cotisations considérée, dans des conditions précisées par décret.

Texte du projet de loi

Article 52

Pour l'année 2012, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 210,5 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 110,7 milliards d'euros.

Section 3

Dispositions relatives aux dépenses des accidents de travail et de maladies professionnelles

Article 53

Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale* est fixé, pour l'année 2012, à 790 millions d'euros.

Propositions de la Commission

mot : « décret », sont insérés les mots : « ou qu'ils bénéficiaient de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé mentionné à l'article L. 5213-1 du code du travail ».*

Amendement 5

Article additionnel après l'article 51

Avant le 30 décembre 2012, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les conditions d'amélioration du dispositif de retraite anticipée pour les travailleurs et fonctionnaires handicapés.

Amendement 219

Article 52

Sans modification

Section 3

Dispositions relatives aux dépenses des accidents de travail et de maladies professionnelles

Article 53

Sans modification

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Article 54

I. – Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 315 millions d'euros au titre de l'année 2012.

II. – Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 890 millions d'euros pour l'année 2012.

Article 55

Le montant de la contribution mentionnée à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale* couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4* est fixé à 110 millions d'euros pour l'année 2012.

Article 56

Pour l'année 2012, 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 13,3 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 11,9 milliards d'euros.

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

Article 57

I. – Le III de l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

Article 54

Sans modification

Article 55

Sans modification

Article 56

Sans modification

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

Article 57

Sans modification

Dispositions en vigueur

Art. L. 531-5. – I. –Le complément de libre choix du mode de garde est attribué au ménage ou à la personne qui emploie une assistante maternelle agréée mentionnée à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles ou une personne mentionnée à l'article L. 772-1 du code du travail pour assurer la garde d'un enfant.

Ce complément comprend :

a) Une prise en charge totale ou partielle des cotisations et contributions sociales liées à la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ;

b) Une prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant.

Le complément de libre choix du mode de garde est versé à la condition que le ménage ou la personne seule dispose d'un minimum de revenus tirés d'une activité professionnelle. Le montant de ce revenu diffère selon que la charge des enfants est assumée par un couple ou par une personne seule. Un décret précise les conditions dans lesquelles ces modalités sont adaptées aux non-salariés. Les situations qui sont assimilées à une activité professionnelle pour le bénéfice du complément et leurs modalités de prise en compte sont déterminées par décret.

La condition mentionnée à l'alinéa précédent ne s'applique pas :

- lorsque la personne ou les deux membres du couple poursuivent des études ;

- lorsque la personne ou au moins l'un des membres du couple bénéficie d'une des allocations mentionnées aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code et aux articles L. 351-9 et L. 351-10 du code du travail ;

- aux personnes bénéficiaires du revenu mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles, à la condition que le bénéficiaire soit inscrit dans une démarche d'insertion professionnelle dont les modalités sont définies par décret en Conseil d'État.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

II. – Lorsque le ménage ou la personne emploie une assistante maternelle agréée, le montant des cotisations et contributions sociales est pris en charge en totalité, pour chaque enfant, à la condition que la rémunération correspondante de l'assistante maternelle ne dépasse pas un taux de salaire horaire maximum fixé par décret.

Lorsque le ménage ou la personne emploie une personne mentionnée à l'article L. 772-1 du code du travail, une fraction des cotisations et contributions sociales est prise en charge, dans la limite d'un plafond par ménage. Le taux de prise en charge des cotisations et contributions sociales ainsi que le montant du plafond sont fixés par décret. Le plafond est revalorisé conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

III. – La rémunération de la personne qui assure la garde du ou des enfants est prise en charge, pour une part fixée par décret du salaire net servi et des indemnités mentionnées à l'article L. 773-3 du code du travail. Cette prise en charge ne peut excéder un plafond fixé en fonction des ressources de la personne ou du ménage et des horaires spécifiques de travail des parents. Elle est calculée par enfant en cas d'emploi d'une assistante maternelle agréée et par ménage en cas d'emploi d'une personne mentionnée à l'article L. 772-1 du même code.

Texte du projet de loi

« III. – L'aide versée au titre de la prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ou des enfants est égale à une part, fixée par décret, du salaire net servi et des indemnités mentionnées à l'article L. 423-4 du code de l'action sociale et des familles*. Elle est calculée par enfant en cas d'emploi d'une assistante maternelle agréée et par ménage en cas d'emploi d'une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail*.

« Toutefois, le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d'enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret :

- lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ;

- lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie de la prestation instituée aux articles L. 821-1* et L. 821-2 du présent code*. »

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

IV. – Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 531-1, le complément de libre choix du mode de garde est également versé, à un montant réduit, pour la garde d'un enfant ayant un âge supérieur à l'âge mentionné à cet article mais inférieur à un âge limite.

V. – Un décret détermine les conditions de cumul, pour un même enfant ou plusieurs enfants, des compléments de libre choix du mode de garde versés au titre de modes de garde différents.

Art. L. 531-6. – Lorsque le ménage ou la personne recourt à une association ou à une entreprise habilitée à cet effet, dans des conditions définies par décret, pour assurer la garde d'un enfant et que sont remplies les conditions d'ouverture du droit au complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant, ce complément est versé au ménage ou à la personne sous la forme d'une aide prenant en charge partiellement le coût de la garde. Le montant versé varie en fonction des revenus du ménage ou de la personne et des horaires spécifiques de travail des parents.

Pour la garde d'un enfant qui répond à la condition d'âge mentionnée au IV de l'article L. 531-5, les montants versés sont réduits.

L'aide n'est versée que si l'enfant est gardé un minimum d'heures au cours du mois, dans des conditions définies par décret.

Texte du projet de loi

II. – La seconde phrase de l'article L. 531-6 du même code est remplacée par les dispositions suivantes :

« Le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d'enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret :

- lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ;

- lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie de la prestation instituée aux articles L. 821-1* et L. 821-2 du présent code*. »

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

L'aide est versée par l'organisme débiteur de prestations familiales.

Par dérogation au premier alinéa du présent article, le complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant peut être versé au ménage ou à la personne qui recourt, pour assurer la garde d'un enfant, à un établissement d'accueil de jeunes enfants mentionné à l'article L. 2324-1 du code de la santé publique, dont la capacité d'accueil maximale ne dépasse pas un seuil fixé par décret.

Art. L. 531-7. – Le droit au complément est ouvert à compter du premier jour du mois civil au cours duquel la demande est déposée. Il cesse au premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel l'une des conditions cesse d'être remplie.

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.

Texte du projet de loi

III. – L'article L. 531-7 du même code est ainsi modifié :

1° La deuxième phrase devient le deuxième alinéa ;

2° Le premier alinéa est complété par la phrase suivante : « Toutefois, le droit est ouvert à compter du premier jour du mois civil où les conditions en sont remplies lorsque un droit est déjà ouvert au titre d'un autre enfant. »

Article 58

Les deuxième, troisième, quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 581-2 du code de la sécurité sociale sont remplacés par les dispositions suivantes :

« 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, jusqu'au montant de l'allocation de soutien familial.

Propositions de la Commission

Article 58

Dispositions en vigueur

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 de soutien familial.

L'organisme débiteur de prestations familiales est subrogé dans les droits du créancier.

Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance

I. – Il est créé un Fonds national de financement de la protection de l'enfance au sein de la Caisse nationale des allocations familiales. Son objet est de compenser les charges résultant pour les départements de la mise en oeuvre de la présente loi selon des critères nationaux et des modalités fixés par décret et de favoriser des actions entrant dans le cadre de la réforme de la protection de l'enfance et définies par voie conventionnelle entre le fonds et ses bénéficiaires.

II. – Les ressources du fonds sont constituées par :

- un versement de la Caisse nationale des allocations familiales, dont le montant est arrêté en loi de financement de la sécurité sociale ;

- un versement annuel de l'État,

Texte du projet de loi

« 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. Dans ce dernier cas, le surplus de l'allocation demeure acquis à l'allocataire. »

Propositions de la Commission

« L'organisme ...

... acquis au créancier. »

Amendement 220

Article additionnel après l'article 58

I. – L'article 27 de la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance est ainsi modifié :

1° Les I, II et III deviennent les I, II et III d'un article L. 226-14 inséré dans le code de l'action sociale et des familles ;

Dispositions en vigueur

dont le montant est arrêté en loi de finances.

III. – Le fonds est administré par un comité de gestion associant des représentants de la Caisse nationale des allocations familiales, des représentants des départements et de l'État, selon des modalités fixées par décret. Par une délibération annuelle, il se prononce sur l'opportunité de moduler les critères de répartition du fonds définis au I.

IV. – Par exception au II, le versement de la Caisse nationale des allocations familiales pour l'année 2007 est fixé à 30 millions d'euros.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

2° *Le IV est abrogé.*

II. – L'article L. 226-14 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° *À la seconde phrase 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* » ;*

2° *Aux deuxième et troisième alinéas du II, après les mots : « est arrêté » sont insérés les mots : « chaque année ».*

Amendement 221

Article additionnel après l'article 58

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 31 décembre 2012, 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 222

Article additionnel après l'article 58

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 30 juin 2012, un rapport dressant un premier bilan de la mise en œuvre du plan métiers de la petite enfance.

Amendement 223

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Article additionnel après l'article 58

Le Gouvernement est saisi par le Parlement d'une demande de rapport sur l'extension du bénéfice de la prime à l'installation aux assistants maternels exerçant en maison d'assistants maternels lorsque ceux-ci décident de se regrouper afin d'exercer leur profession dans un local ne bénéficiant d'aucune installation prévue à cet effet. Le rapport pourra étudier les mesures d'accompagnement pour favoriser l'installation de ces maisons d'assistants maternels.

Amendement 224

Article additionnel après l'article 58

Le Gouvernement présente au Parlement, avant le 31 décembre 2011, un rapport établissant un bilan précis des structures publiques et privées non lucratives existantes en matière d'accueil de la petite enfance, corrélé aux besoins de financement à l'échelle de l'ensemble du territoire pour permettre la mise en place d'un véritable service public de la petite enfance.

Amendement 225

Article 59

Pour l'année 2012, les objectifs de dépenses de la branche famille sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 57,1 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale à 56,6 milliards d'euros.

Section 5

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 60

Pour l'année 2012, les dépenses de prise en charge mentionnées au 2° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité so-

Article 59

Sans modification

Section 5

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 60

Sans modification

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

ciale* sont fixées à 3,4 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.

Article 61

Pour l'année 2012, les prévisions des charges 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 62

Après l'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 114-12-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 114-12-2. – Chacun des organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires de sécurité sociale peut être désigné pour réaliser et gérer un système d'information commun à tout ou partie d'entre eux, ainsi qu'à d'autres organismes mentionnés à l'article L. 114-12-1*, en vue de l'accomplissement de leurs missions.

Cette désignation peut être prévue par une convention conclue entre les organismes concernés et publiée au Bulletin officiel du ministère chargé de la sécurité sociale ou, à défaut, par décret ».

Code de la sécurité sociale

Art. 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.

Article 61

Sans modification

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 62

Sans modification

Article additionnel après l'article 62

Dispositions en vigueur

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 marchés publics, pour le compte des caisses nationales du régime général, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ou des organismes locaux.

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.

Code de la sécurité sociale

Art. L. 712-6. – Les fonctionnaires reçoivent les prestations en nature des assurances maladie, maternité, invalidité, dans les conditions prévues au livre III et par l'organe des mutuelles ou sections de mutuelles régies par le code de la mutualité constituées entre fonctionnaires ou des unions de ces organismes qui reçoivent compétence à cet

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Au troisième alinéa de l'article 224-5 du code de la sécurité sociale, les mots : « ou des organismes locaux » sont remplacés par les mots : « , des organismes locaux du régime général et de tout organisme de tout autre régime de sécurité sociale ».

Amendement 226

Article additionnel après l'article 62

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

1° Le second alinéa de l'article L. 712-6 est ainsi rédigé :

Dispositions en vigueur

effet, pour l'ensemble des fonctionnaires d'une ou plusieurs administrations dans une même circonscription.

Par dérogation à l'alinéa précédent, le service des prestations aux personnes mentionnées à l'article L. 161-14-1 est assuré par les organismes mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 381-9.

Art. L. 712-8. – Au cas où, dans une ou plusieurs administrations d'une même circonscription, il ne peut être constitué une mutuelle ou section de mutuelle ou union de ces organismes comptant un effectif de fonctionnaires fixé par décret, les mutuelles, sections ou unions existantes sont habilitées de plein droit à exercer le rôle de correspondant de la caisse d'assurance maladie pour leurs membres. Elles peuvent être habilitées à exercer le rôle de correspondant pour des fonctionnaires autres que leurs membres.

Code de la mutualité

Art. L. 111-1. – I. – Les mutuelles sont des personnes morales de droit privé à but non lucratif. Elles acquièrent la qualité de mutuelle et sont soumises aux dispositions du présent code à dater de leur immatriculation dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État. Elles mènent, notamment au moyen des cotisations versées par leurs membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par leurs statuts, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie. Ces statuts définissent leur objet social, leur champ d'activité et leurs modalités de fonctionnement, conformément aux dispositions du présent code.

Les mutuelles peuvent avoir pour objet :

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« Le service des prestations peut être assuré directement par les organismes mutualistes ou par le biais d'unions techniques constituées entre ces organismes mutualistes, ou par le biais de caisses d'assurance maladie, pour l'accomplissement des tâches de liquidation et de paiement ou de traitement informatique, déterminées par convention. » ;

2° L'article L. 712-8 est abrogé.

Dispositions en vigueur

1° De réaliser les opérations d'assurance suivantes :

a) Couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie ;

b) Contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, verser un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants, faire appel à l'épargne en vue de la capitalisation en contractant des engagements déterminés ;

c) Réaliser des opérations de protection juridique et d'assistance aux personnes ;

d) Couvrir le risque de perte de revenus lié au chômage ;

e) Apporter leur caution mutualiste aux engagements contractés par leurs membres participants en vue de l'acquisition, de la construction, de la location ou de l'amélioration de leur habitat ou de celui de leurs ayants droit ;

2° D'assurer la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées ;

3° De mettre en oeuvre une action sociale ou gérer des réalisations sanitaires, sociales ou culturelles ;

4° De participer à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité en application des articles L. 211-3 à L. 211-7, L. 381-8, L. 381-9, L. 611-3, L. 712-6 à L. 712-8 du code de la sécurité sociale et des articles L. 723-2, L. 731-30 à L. 731-34, L. 741-23 et L. 742-3 du code rural et de la pêche maritime et d'assurer la gestion d'activités et de prestations sociales pour le compte de l'État ou d'autres collectivités publiques.

Elles peuvent accepter les engagements mentionnés au 1° ci-dessus en réassurance.

Elles peuvent également, à la de-

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

II. – Au 4° du I de l'article L. 111-1 du code de la mutualité, les références : « et L. 712-6 à L. 712-8 » sont remplacées par les références : « L. 712-6* et L. 712-7* ».*

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>mande d'autres mutuelles ou unions, se substituer intégralement à ces organismes dans les conditions prévues au livre II pour la délivrance de ces engagements.</p> <p>.....</p>		
	<p style="text-align: center;">Section 7 Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude</p> <p style="text-align: center;">Article 63</p>	<p style="text-align: center;"><i>III. – Avant le 31 décembre 2015, la gestion de l'assurance maladie obligatoire est exclusivement confiée aux régimes obligatoires d'assurance maladie.</i></p> <p style="text-align: center;">Amendement 227</p> <p style="text-align: center;">Section 7 Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude</p> <p style="text-align: center;">Article 63</p>
<p>Art. L. 114-17. – Peuvent faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme chargé de la gestion des prestations familiales ou des prestations d'assurance vieillesse, au titre de toute prestation servie par l'organisme concerné :</p> <p>1° L'inexactitude ou le caractère incomplet des déclarations faites pour le service des prestations ;</p> <p>2° L'absence de déclaration d'un changement dans la situation justifiant le service des prestations ;</p> <p>3° L'exercice d'un travail dissimulé, constaté dans les conditions prévues à l'article L. 114-15, par le bénéficiaire de prestations versées sous conditions de ressources ou de cessation d'activité ;</p> <p>4° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir le versement indu de prestations servies par un organisme mentionné au premier alinéa, même sans en être le bénéficiaire.</p> <p>Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité des faits, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Cette limite est doublée en cas de récidive. Le directeur de l'organisme concerné notifie le</p>	<p>I. – L'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Au début de l'article, il est inséré un « I. » ;</p> <p>2° Le sixième alinéa est ainsi modifié :</p> <p>a) La deuxième phrase est complétée par les mots : « dans un délai fixé par voie réglementaire » ;</p>	

Dispositions en vigueur

montant envisagé de la pénalité et les faits reprochés à la personne en cause, afin qu'elle puisse présenter ses observations écrites ou orales dans un délai d'un mois. À l'issue de ce délai, le directeur de l'organisme prononce, le cas échéant, la pénalité et la notifie à l'intéressé en lui indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter.

La personne concernée peut former, dans un délai fixé par voie réglementaire, un recours gracieux contre cette décision auprès du directeur. Ce dernier statue après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil d'administration de l'organisme. Cette commission apprécie la responsabilité de la personne concernée 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.

La mesure prononcée est motivée et peut être contestée devant la juridiction administrative. La pénalité ne peut pas être prononcée s'il a été fait application, pour les mêmes faits, des articles L. 262-52 ou L. 262-53 du code de l'action sociale et des familles.

En l'absence de paiement dans le délai prévu par la notification de la pénalité, le directeur de l'organisme envoie une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. La mise en demeure ne peut concerner que des pénalités notifiées dans les deux ans précédant son envoi. Le directeur de l'organisme, lorsque la mise en demeure est restée sans effet, 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 sur la mise en demeure.

Texte du projet de loi

b) L'alinéa est complété par les mots suivants : « ou les modalités selon lesquelles elle sera récupérée sur les prestations à venir » ;

3° Au huitième alinéa, les mots : « devant la juridiction administrative » sont remplacés par les mots : « devant le tribunal des affaires de sécurité sociale » ;

4° La deuxième phrase du neuvième alinéa est supprimée ;

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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

II. – Lorsque l'intention de frauder est établie, le montant de la pénalité ne peut être inférieur à un dixième du plafond mensuel de la sécurité sociale. En outre, la limite du montant de la pénalité prévue au I du présent article est portée à quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Dans le cas d'une fraude commise en bande organisée au sens de l'article 132-71 du code pénal, cette limite est portée à huit fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.

Art. L. 133-4 – En cas d'inobservation des règles de tarification ou de facturation :

1° Des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17, L. 165-1, L. 162-22-7 ou relevant des dispositions des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 ;

2° Des frais de transports mentionnés à l'article L. 321-1,

l'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel ou de l'établissement à l'origine du non-respect de ces règles et ce, que le paiement ait été effectué à

5° Après le neuvième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« La pénalité peut être recouvrée par retenues sur les prestations à venir. Il est fait application, pour les retenues sur les prestations familiales, des dispositions de l'article L. 553-2* et, pour les retenues sur les prestations d'assurance vieillesse, de celles de l'article L. 355-2*.

« L'action se prescrit selon les modalités prévues aux articles 2224 et suivants du code civil. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de l'organisme concerné. »

« Les faits pouvant donner lieu au prononcé d'une pénalité se prescrivent selon les règles définies à l'article 2224 du code civil.* L'action ...

... concerné. »

Amendement 228

II. – L'article L. 133-4 du même code est ainsi modifié :

Dispositions en vigueur

l'assuré, à un autre professionnel de santé ou à un établissement.

Il en est de même en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés.

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

L'action en recouvrement, qui se prescrit par trois ans, sauf en cas de fraude, à compter de la date de paiement de la somme indue, s'ouvre par l'envoi au professionnel ou à l'établissement d'une notification de payer le montant réclamé ou de produire, le cas échéant, leurs observations.

En cas de rejet total ou partiel des observations de l'intéressé, le directeur de l'organisme d'assurance maladie adresse, par lettre recommandée, une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. La mise en demeure ne peut concerner que des sommes portées sur la notification. Elle comporte une majoration de 10 % du montant des sommes réclamées non réglées à la date de son envoi ; ces majorations peuvent faire l'objet d'une remise

Lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'organisme 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.

Texte du projet de loi

1° La dernière phrase du huitième alinéa est supprimée ;

2° Le neuvième alinéa est complété par les phrases suivantes : « Une majoration de 10 % est applicable aux sommes réclamées qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure. Cette majoration peut faire l'objet d'une remise. »

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

Un décret en Conseil d'État définit les modalités d'application des trois alinéas qui précèdent.

Art. L. 162-1-14. – I – Peuvent faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou de la caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 :

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.

IV. – Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou de la caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 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

Texte du projet de loi

III. – Le IV de l'article L. 162-1-14 du même code est ainsi modifié :

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

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.

Texte du projet de loi

1° Le sixième alinéa est ainsi modifié :

a) La première phrase est complétée par les mots : « ou les modalités selon lesquelles elle sera récupérée sur les prestations à venir » ;

b) Les mots : « tribunal administratif » sont remplacés par les mots : « tribunal des affaires de sécurité sociale » ;

2° La deuxième phrase du septième alinéa est supprimée ;

3° Après le septième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« La pénalité peut être recouvrée par retenues sur les prestations à venir. Il est alors fait application des dispositions de l'article L. 133-4-1*.

« L'action se prescrit selon les modalités prévues aux articles 2224 et suivants du code civil. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de l'organisme concerné. »

Propositions de la Commission

« Les faits pouvant donner lieu au prononcé d'une pénalité se prescrivent selon les règles définies à l'article 2224 du code civil ». L'action ...*

... concerné. »

Amendement 229

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 162-1-14-1. — Peuvent faire l'objet d'une sanction, prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, les professionnels de santé qui :

1° Pratiquent une discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins, définie à l'article L. 1110-3 du code de la santé publique ;

2° Exposent les assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure ;

3° Exposent les assurés à des dépassements d'honoraires non conformes à la convention dont relève le professionnel de santé, au I de l'article L. 162-5-13, au dernier alinéa de l'article L. 162-9 ou aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 165-6 ;

4° Ont omis l'information écrite préalable prévue par l'article L. 1111-3 du code de la santé publique.

La sanction, prononcée après avis de la commission et selon la procédure prévus à l'article L. 162-1-14 du présent code, peut consister en :

- une pénalité financière forfaitaire, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale pour les cas mentionnés au 1° du présent article ;

- une pénalité financière proportionnelle aux dépassements facturés pour les cas mentionnés aux 2°, 3° et 4°, dans la limite de deux fois le montant des dépassements en cause ;

- en cas de récidive, un retrait temporaire du droit à dépassement ou une suspension de la participation des caisses au financement des cotisations sociales telle que prévue au 5° du I de l'article L. 162-14-1.

Les sanctions prononcées en application du présent article sont notifiées après avis conforme du directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou de son représentant désigné à cet effet. Son avis est ré-

IV. — L'article L. 162-1-14-1 du même code est ainsi modifié :

1° Au neuvième alinéa, après le mot : « récidive », sont ajoutés les mots : « dans un délai fixé par voie réglementaire » ;

Dispositions en vigueur

puté conforme dans un délai précisé par voie réglementaire.

Les sanctions prononcées en vertu du présent article peuvent faire l'objet d'un affichage au sein des locaux de l'organisme local d'assurance maladie et peuvent être rendues publiques, en cas de récidive et après épuisement des voies de recours, par voie de presse.

L'organisme local d'assurance maladie ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalités prévu par le présent article et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner le même comportement du professionnel de santé.

Les modalités d'application du présent article, notamment les modalités d'affichage et le barème des sanctions applicables, sont fixées par voie réglementaire.

Art. L. 162-1-14-2. – Le contrôle d'une pharmacie, d'un laboratoire de biologie médicale, d'un établissement de santé, d'un fournisseur de produits ou prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, d'une société de transport sanitaire ou d'une entreprise de taxi mentionnée au second alinéa de l'article L. 322-5 concernant l'ensemble de son activité ou un ou plusieurs des éléments de celle-ci énumérés par décret en Conseil d'État est réalisé par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie sur la base d'un échantillon dont la méthode d'élaboration est définie par décret en Conseil d'État, après avis conforme du directeur de l'union prévue à l'article L. 182-2, lorsque le chiffre d'affaires an-

Texte du projet de loi

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

« Les décisions prononçant les sanctions prévues au présent article peuvent être contestées devant le tribunal des affaires de sécurité sociale. Quand ces sanctions consistent en des pénalités financières, elles sont recouvrées selon les modalités définies aux septième et neuvième alinéas du IV de l'article L. 162-1-14.* »

V. – Au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-14-2 du même code :

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

nuel de ces structures excède un seuil fixé, pour chacune de ces catégories de structures, par ce décret. Pour les établissements de santé, le contrôle de l'activité ou des éléments d'activité réalisés dans ce cadre ne peut porter sur les manquements aux règles de facturation fixées en application de l'article L. 162-22-6.

En cas de constat de sommes indûment versées par l'organisme local d'assurance maladie, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut alors prononcer une pénalité selon la procédure prévue à l'article L. 162-1-14, pénalité qui est notifiée dans les conditions prévues au même article.

Code de l'action sociale et des familles

Art. L. 262-52 ; – La fausse déclaration ou l'omission délibérée de déclaration ayant abouti au versement indu du revenu de solidarité active est passible d'une amende administrative prononcée et recouvrée dans les conditions et les limites définies pour la pénalité prévue à l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale. La décision est prise par le président du conseil général après avis de l'équipe pluridisciplinaire mentionnée à l'article L. 262-39 du présent code. La juridiction compétente pour connaître des recours à l'encontre des contraintes délivrées par le président du conseil général est la juridiction administrative.

Aucune amende ne peut être prononcée à raison de faits remontant à plus de deux ans, ni lorsque la personne concernée a, pour les mêmes faits, déjà été définitivement condamnée par le juge pénal ou a bénéficié d'une décision définitive de non-lieu ou de relaxe déclarant que la réalité de l'infraction n'est pas établie ou que cette infraction ne lui est pas imputable. Si une telle décision de non-lieu ou de relaxe intervient postérieurement au prononcé d'une amende administrative, la révision de cette amende est de droit. Si, à la suite du pro-

Texte du projet de loi

1° Après le mot : « notifiée », sont insérés les mots : « et recouvrée » ;

2° L'alinéa est complété par les mots : « La pénalité peut être contestée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale ».

VI. – Au premier alinéa de l'article L. 262-52 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « définies pour la pénalité prévue à » sont remplacés par les mots : « définies, en matière de prestations familiales, aux sixième, septième, neuvième et dixième alinéas du I, à la seconde phrase du onzième alinéa du I et au II de ».

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

noncé d'une amende administrative, une amende pénale est infligée pour les mêmes faits, la première s'impute sur la seconde. L'amende administrative ne peut pas être prononcée s'il a été fait application, pour les mêmes faits, de l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale.

Le produit de l'amende est versé aux comptes de la collectivité débitrice du revenu de solidarité active.

Code de l'action sociale et des familles

Art. L. 262-9. – Le montant forfaitaire mentionné au 2° de l'article L. 262-2 est majoré, pendant une période d'une durée déterminée, pour :

1° Une personne isolée assumant la charge d'un ou de plusieurs enfants ;

2° Une femme isolée en état de grossesse, ayant effectué la déclaration de grossesse et les examens prénataux.

La durée de la période de majoration est prolongée jusqu'à ce que le dernier enfant ait atteint un âge limite.

Est considérée comme isolée une personne veuve, divorcée, séparée ou célibataire, qui ne vit pas en couple de manière notoire et permanente. Lorsque l'un des membres du couple réside à l'étranger, n'est pas considéré comme isolé celui qui réside en France.

Texte du projet de loi

VII. – Les juridictions administratives demeurent compétentes pour connaître des recours formés devant elles contre les décisions prononçant les sanctions prévues aux articles L. 114-17*, L. 162-1-14*, L. 162-1-14-1* et L. 162-1-14-2 du code de la sécurité sociale* et pendants à la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

Propositions de la Commission

VII. – Les ...

... L. 114-17* et L. 162-1-14* à L. 162-1-14-2* du ...
... date de *promulgation* de la présente loi.

Amendements 230 et 231

Article additionnel après l'article 63

Le dernier alinéa de l'article L. 262-9 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Est considérée comme isolée une personne veuve, divorcée, séparée ou célibataire, qui ne *met pas en commun avec des tiers ses ressources et ses charges.* »

Amendement 232

Dispositions en vigueur

Code de la consommation

Art. L. 333-1. – Sauf accord du créancier, sont exclues de toute remise, de tout rééchelonnement ou effacement :

1° Les dettes alimentaires ;

2° Les réparations pécuniaires allouées aux victimes dans le cadre d'une condamnation pénale.

Les amendes prononcées dans le cadre d'une condamnation pénale sont exclues de toute remise, de tout rééchelonnement ou effacement.

Code de la sécurité sociale

Art. L. 114-12-1. – Il est créé un répertoire national commun aux organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, aux caisses assurant le service des congés payés, aux organismes chargés de la gestion d'un régime de retraite complémentaire ou additionnel obligatoire, ainsi qu'à l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du code du travail, relatif aux bénéficiaires des prestations et avantages de toute nature qu'ils servent.

Ce répertoire est utilisé par ces organismes, notamment pour les échanges mentionnés à l'article L. 114-12 du

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Article additionnel après l'article 63

L'article L. 333-1 du code de la consommation est complété par un 3° ainsi rédigé :

« 3° Les dettes ayant pour origine des manoeuvres frauduleuses commises au préjudice des organismes de protection sociale énumérés à l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale et à celui des collectivités territoriales gestionnaires des prestations d'aide sociale.*

« L'origine frauduleuse de la dette est établie soit par décision de justice, soit par les organismes et collectivités visées ci-dessus, dans le cadre des dispositions qui leur sont applicables en matière de lutte contre la fraude. »

Amendement 233

Article additionnel après l'article 63

Dispositions en vigueur

présent code et pour ceux prévus, en application du présent code, avec les administrations fiscales.

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

Ont également accès aux données de ce répertoire :

1° Les organismes de la branche recouvrement du régime général et le Centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociale dans le cadre de l'exercice de leurs missions ;

2° Les collectivités territoriales pour les procédures d'attribution d'une forme quelconque d'aide sociale et les centres communaux et intercommunaux d'action sociale mentionnés aux articles L. 123-4 à L. 123-9 du code de l'action sociale et des familles.

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

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

Le contenu ainsi que les modalités de gestion et d'utilisation de ce répertoire sont fixés par décret en Conseil

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Le septième alinéa de l'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , l'ensemble des montants déterminant le niveau des prestations et ceux des prestations versées ».

Amendement 234

Dispositions en vigueur

d'État, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine également les conditions d'identification des personnes qui ne disposent pas d'un numéro d'inscription au répertoire mentionné à l'avant-dernier alinéa.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Article additionnel après l'article 63

Après l'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 114-12-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 114-12-2. – L'obtention frauduleuse, notamment à l'aide de faux documents ou de fausses déclarations, d'un numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques entraîne la déchéance du droit à l'ensemble des prestations qui ont été versées par les organismes de protection sociale, sans préjudice des poursuites pénales.

« Le service gérant le répertoire mentionné à l'article L. 114-12-1 est immédiatement informé par l'autorité, le service ou l'organisme qui a découvert la fraude, qui peut aussi en informer directement les organismes de protection sociale concernés.

« Le service gérant le répertoire mentionné à l'alinéa précédent transmet immédiatement cette information aux directeurs des organismes de sécurité sociale et aux agents comptables auprès desquels la personne concernée est inscrite.

« La même information est transmise au service gérant les numéros d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques afin que celui-ci procède à l'annulation du numéro frauduleusement obtenu. »

Amendement 235

Article additionnel après l'article 63

Après l'article L. 114-22 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 114.23 ainsi rédigé :

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Code de la sécurité sociale

Article 64

Article 64

Art. L. 376-1. – Lorsque, sans entrer dans les cas régis par les dispositions législatives applicables aux acci-

I. – L'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« Art. L. 114-23. – Lorsqu'il est constaté qu'une personne effectue ou a effectué un travail dissimulé au sens du titre II du livre II de la huitième partie du code du travail, cette personne est réputée, à défaut de preuve contraire, avoir perçu des rémunérations évaluées au montant déterminé par l'article L. 242-1-2 du présent code. Ces rémunérations sont réputées avoir été versées mensuellement sur les six mois précédant la date de la constatation de la situation de travail dissimulé.

« Sur la base des informations contenues dans les procès-verbaux de travail dissimulé qui leur sont transmis et dans le cadre de leurs procédures respectives, les organismes de protection sociale constatent les situations éventuelles de fraude qui résultent de ces rémunérations provenant du travail dissimulé, réévaluent les droits des personnes en cause et procèdent au recouvrement des sommes indûment versées. »

Amendement 236

Article additionnel après l'article 63

Après l'article 29 de la section 2 du chapitre IV de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, il est inséré un article 29-1 ainsi rédigé :

« Art. 29-1. – Par dérogation aux articles 25 à 29, les traitements de données à caractère personnel mis en œuvre pour le compte de l'État, d'une personne morale de droit public ou d'une personne morale de droit privé gérant un service public et ayant pour objet la lutte contre la fraude aux finances publiques et sociales relèvent de la section 1 du présent chapitre. »

Amendement 237

Dispositions en vigueur

dents du travail, la lésion dont l'assuré social ou son ayant droit est atteint est imputable à un tiers, l'assuré ou ses ayants droit conserve contre l'auteur de l'accident le droit de demander la réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun, dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé par application du présent livre.

Les caisses de sécurité sociale sont tenues de servir à l'assuré ou à ses ayants droit les prestations prévues par le présent livre, sauf recours de leur part contre l'auteur responsable de l'accident dans les conditions ci-après.

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

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

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

Hors le cas où la caisse est appelée en déclaration de jugement commun conformément aux dispositions ci-après, la demande de la caisse vis-à-vis du tiers responsable s'exerce en priorité à titre amiable. Une convention signée par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole avec les organisations représentatives des assureurs peut définir les modalités de mise en oeuvre de cette procédure.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

La personne victime, les établissements de santé, le tiers responsable et son assureur sont tenus d'informer la caisse de la survenue des lésions causées par un tiers dans des conditions fixées par décret. La méconnaissance de l'obligation d'information des caisses par l'assureur du tiers responsable donne lieu à la majoration de 50 % de l'indemnité forfaitaire mentionnée ci-après dans les conditions déterminées par le même décret.

L'intéressé ou ses ayants droit doivent indiquer, en tout état de la procédure, la qualité d'assuré social de la victime de l'accident ainsi que les caisses de sécurité sociale auxquelles celle-ci est ou était affiliée pour les divers risques. Ils doivent appeler ces caisses en déclaration de jugement commun ou réciproquement. À défaut du respect de l'une de ces obligations, la nullité du jugement sur le fond pourra être demandée pendant deux ans, à compter de la date à partir de laquelle ledit jugement est devenu définitif, soit à la requête du ministère public, soit à la demande des caisses de sécurité sociale intéressées ou du tiers responsable, lorsque ces derniers y auront intérêt.

En contrepartie des frais qu'elle engage pour obtenir le remboursement mentionné au troisième alinéa ci-dessus, la caisse d'assurance maladie à laquelle est affilié l'assuré social victime de l'accident recouvre une indemnité forfaitaire à la charge du tiers responsable et au profit de l'organisme national d'assurance maladie. Le montant de cette indemnité est égal au tiers des sommes dont le remboursement a été obtenu, dans les limites d'un montant maximum de 910 euros et d'un montant minimum de 91 euros. À compter du 1er janvier 2007, les montants mentionnés au présent alinéa sont révisés chaque année, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, en fonction du taux de progression de l'indice des prix à la consommation hors tabac prévu dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour l'année considérée.

Cette indemnité est établie et recouvrée par la caisse selon les règles et

Texte du projet de loi

1° La seconde phrase du septième alinéa est supprimée ;

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>sous les garanties et sanctions, prévues au chapitre 3 du titre III et aux chapitres 2, 3 et 4 du titre IV du livre Ier ainsi qu'aux chapitres 3 et 4 du titre IV du livre II applicables au recouvrement des cotisations de sécurité sociale.</p>		
<p>Lorsque l'assuré victime de l'accident est affilié au régime agricole, l'indemnité est recouvrée selon les règles et sous les garanties et sanctions prévues aux chapitres 2, 3 et 4 du titre IV du livre I^{er} ainsi qu'à l'article 1143-2 du code rural.</p>	<p>2° Au dernier alinéa, les mots : « ainsi qu'à l'article 1143-2 du code rural » sont remplacés par les mots : « ainsi qu'aux articles L. 725-3* à L. 725-4 du code rural et de la pêche maritime* ».</p>	
<p>Livre III Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général Titre VII Dispositions diverses Chapitre VI Recours des caisses contre les tiers</p>	<p>II. – Le chapitre VI du titre VII du livre III du même code est complété par un article ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 376-3-1. – La caisse de sécurité sociale de l'assuré est informée du règlement amiable intervenu entre l'assuré et le tiers responsable ou l'assureur <u>de ce dernier</u>.</p>	<p>« Art. L. 376-3-1. – l'assureur.</p>
	<p>« L'assureur ayant conclu un règlement amiable sans respecter l'obligation mentionnée à l'alinéa précédent ne peut opposer à la caisse la prescription de sa créance. Il verse à la caisse, outre les sommes obtenues par celle-ci au titre du recours subrogatoire prévu à l'article L. 376-1*, une pénalité fonction du montant de ces sommes et de la gravité du manquement à l'obligation d'information, dans la limite de 50 % du remboursement obtenu.</p>	<p>Amendement 238 « L'assureur une pénalité <i>qui est</i> fonction obtenu.</p>
	<p>« Les dispositions de l'alinéa précédent sont également applicables à l'assureur du tiers responsable lorsqu'il ne respecte pas l'obligation d'information de la caisse prévue au septième alinéa de l'article L. 376-1*. Une seule pénalité est due à raison du même sinistre.</p>	<p>Amendements 239</p>

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 454-1. – Si la lésion dont est atteint l'assuré social est imputable à une personne autre que l'employeur ou ses préposés, la victime ou ses ayants droit conserve contre l'auteur de l'accident le droit de demander la réparation du préjudice causé, conformément aux règles de droit commun, dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé par application du présent livre.

Les caisses primaires d'assurance maladie sont tenues de servir à la victime ou à ses ayants droit les prestations et indemnités prévues par le présent livre, sauf recours de leur part contre l'auteur responsable de l'accident, dans les conditions ci-après ; ce recours est également ouvert à l'État et aux institutions privées, lorsque la victime est pupille de l'éducation surveillée, dans les conditions définies par décret.

Si la responsabilité du tiers auteur de l'accident est entière ou si elle est partagée avec la victime, la caisse est admise à poursuivre le remboursement des prestations mises à sa charge à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales par elle endurées et au préjudice esthétique et d'agrément. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indem-

« La contestation de la décision de la caisse de sécurité sociale relative au versement de la pénalité relève du contentieux de la sécurité sociale. La pénalité est recouvrée selon les modalités définies au septième alinéa du IV de l'article L. 162-1-14*. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de la caisse.

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

III. – L'article L. 454-1 du même code est ainsi modifié :

Dispositions en vigueur

—
nité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Hors le cas où la caisse est appelée en déclaration de jugement commun conformément aux dispositions ci-après, la demande de la caisse vis-à-vis du tiers responsable s'exerce en priorité à titre amiable. Une convention signée par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole avec les organisations représentatives des assureurs peut définir les modalités de mise en oeuvre de cette procédure.

La personne victime, les établissements de santé, le tiers responsable et son assureur sont tenus d'informer la caisse de la survenue des lésions causées par un tiers dans des conditions fixées par décret. La méconnaissance de l'obligation d'information des caisses par l'assureur du tiers responsable donne lieu à la majoration de 50 % de l'indemnité forfaitaire mentionnée ci-après dans les conditions déterminées par le même décret.

Si la responsabilité du tiers est partagée avec l'employeur, la caisse ne peut poursuivre un remboursement que dans la mesure où les indemnités dues par elle en vertu du présent livre dépassent celles qui auraient été mises à la charge de l'employeur en vertu du droit commun.

Dans le cas où les rentes prévues au 4° de l'article L. 431-1 sont inférieures à la réparation de même nature due à la victime ou à ses ayants droit par application des dispositions du présent article, les rentes supplémentaires peuvent être allouées sous forme de capital. Celles qui ne seraient pas allouées en capital doivent, dans les deux mois de la décision définitive ou de l'accord des parties, être constituées par le débiteur à la caisse nationale de prévoyance suivant le tarif résultant du présent code.

En contrepartie des frais qu'elle engage pour obtenir le remboursement mentionné au troisième alinéa ci-dessus, la caisse d'assurance maladie à laquelle

Texte du projet de loi

—

1° La seconde phrase du cinquième alinéa est supprimée ;

Propositions de la Commission

—

Dispositions en vigueur

est affilié l'assuré social victime de l'accident recouvre une indemnité forfaitaire à la charge du tiers responsable et au profit du fonds national des accidents du travail de l'organisme national d'assurance maladie. Le montant de cette indemnité est égal au tiers des sommes dont le remboursement a été obtenu, dans les limites d'un montant maximum de 910 euros et d'un montant minimum de 91 euros. À compter du 1^{er} janvier 2007, les montants mentionnés au présent alinéa sont révisés chaque année, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, en fonction du taux de progression de l'indice des prix à la consommation hors tabac prévu dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour l'année considérée.

Cette indemnité est établie et recouverte par la caisse selon les règles et sous les garanties et sanctions prévues au chapitre 3 du titre III et aux chapitres II, III et IV du titre IV du livre I^{er} ainsi qu'aux chapitres III et IV du titre IV du livre II applicables au recouvrement des cotisations de sécurité sociale.

Lorsque l'assuré victime de l'accident est affilié au régime agricole, l'indemnité est recouverte selon les règles et sous les garanties et sanctions prévues aux chapitres 2, 3 et 4 du titre IV du livre I^{er} ainsi qu'à l'article 1143-2 du code rural.

Livre IV
Accidents du travail et maladies
professionnelles
Titre V
Faute de l'assuré ou d'un tiers
Chapitre IV
Faute d'un tiers

Texte du projet de loi

2^o Au dernier alinéa, les mots : « ainsi qu'à l'article L. 1143-2 du code rural* », sont remplacés par les mots : « ainsi qu'aux articles L. 725-3* à L. 725-4 du code rural et de la pêche maritime* ».

IV. – Le chapitre IV du titre V du livre IV du même code est complété par un article ainsi rédigé :

« Art. L. 454-2. – La caisse d'assurance maladie de l'assuré est informée du règlement amiable intervenu entre l'assuré et le tiers responsable ou l'assureur de ce dernier.

Propositions de la Commission

« Art. L. 454-2. – ...

... l'assureur.

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« L'assureur ayant conclu un règlement amiable sans respecter l'obligation mentionnée à l'alinéa précédent ne peut opposer à la caisse la prescription de sa créance. Il verse à la caisse, outre les sommes obtenues par celle-ci au titre des recours subrogatoires prévus aux articles L. 454-1*, L. 455-1* et L. 455-1-1*, une pénalité qui est fonction du montant de ces sommes et de la gravité du manquement à l'obligation d'information, dans la limite de 50 % du remboursement obtenu.

« Les dispositions de l'alinéa précédent sont également applicables à l'assureur du tiers responsable lorsqu'il ne respecte pas l'obligation d'information de la caisse prévue au cinquième alinéa de l'article L. 454-1*. Une seule pénalité est due à raison du même sinistre.

« La contestation de la décision de la caisse d'assurance maladie relative au versement de la pénalité relève du contentieux de la sécurité sociale. La pénalité est recouvrée selon les modalités définies au septième alinéa du IV de l'article L. 162-1-14. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de la caisse.

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

Article 65

Article 65

Au début de l'article L. 114-11 du code de la sécurité sociale, il est inséré quatre alinéas ainsi rédigés :

« Dans l'exercice de leurs missions respectives, les organismes de sécurité sociale et les autorités consulaires se communiquent toutes informations qui sont utiles :

1° À l'appréciation et au contrôle par lesdits organismes des conditions d'ouverture ou de service des prestations versées ;

« Dans l'exercice de leurs missions respectives, les organismes de sécurité sociale, *le ministère des affaires étrangères et européennes, les ambassades pourvues d'une circonscription consulaire et les postes consulaires, ainsi que l'établissement mentionné à l'article L. 452-1 du code de l'éducation**, se communiquent toutes informations qui sont utiles :

« 1° À l'appréciation et au contrôle des conditions d'ouverture ou de service des prestations *et des aides qu'ils versent* ;

Art. L. 114-11. –

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Les constatations relatives à la situation de fait des assurés sociaux résidant hors de France ou à des soins reçus hors de France faites à la demande des organismes de sécurité sociale par des personnes physiques ou morales agréées par l'autorité consulaire française font foi jusqu'à preuve du contraire.

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 ;

3° Aux agents de contrôle des organismes de sécurité sociale pour recouvrer les prestations versées indûment à des tiers.

2° Au recouvrement des créances détenues par ces organismes ;

3° Aux vérifications par les autorités consulaires des conditions de délivrance des documents d'entrée et de séjour sur le territoire français. »

« 2° Au recouvrement des créances qu'ils détiennent ; ».

Amendement 241

Article additionnel après l'article 65

Après le cinquième alinéa de l'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

Dispositions en vigueur

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.

Le refus de déférer à une demande relevant du présent article est puni d'une amende de 7 500 €

Ce délit peut faire l'objet de la procédure simplifiée de l'ordonnance pénale prévue aux articles 495 à 495-6 du code de procédure pénale.

Texte du projet de loi

Article 66

I. – Après l'article L. 133-6-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 133-6-7-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 133-6-7-1. – À défaut de chiffre d'affaires ou de recettes ou de déclaration de chiffre d'affaires ou de revenu au cours d'une période d'au moins deux années civiles consécutives, un travailleur indépendant est présumé ne plus exercer d'activité professionnelle justifiant son affiliation au régime social des indépendants. Dans ce cas, la radiation peut être décidée par l'organisme de sécurité sociale dont il relève, sauf opposition formulée par l'intéressé dans le cadre d'une procédure contradictoire précisée par décret en Conseil d'État.

« L'organisme qui prononce cette radiation en informe les administrations, personnes et organismes destinataires des informations relatives à la cessation d'activité prévues à l'article 2 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle* »

II. – Le 2° de l'article L. 8221-3 du code du travail est complété par les mots : « n'a pas déclaré tout ou partie de son chiffre d'affaires ou de ses revenus

Propositions de la Commission

« Les documents et informations sont communiqués à titre gratuit, dans les trente jours qui suivent la réception de la demande. »

Amendement 242

Article 66

« Art. L. 133-6-7-1. – ...

...contradictoire dont les modalités sont précisées par décret en Conseil d'État.

Amendement 243

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

ou a continué son activité après avoir été radié en application des dispositions de l'article L. 133-6-7-1 du code de la sécurité sociale* ».

Article additionnel après l'article 66

Après l'article L. 243-3-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 243-3-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 243-3-2. – Lorsqu'un dirigeant d'une société, d'une personne morale ou de tout autre groupement, est responsable des manoeuvres frauduleuses ou de l'inobservation grave et répétée des obligations sociales qui ont rendu impossible le recouvrement des cotisations, contributions et sanctions pécuniaires dues par la société, la personne morale ou le groupement, ce dirigeant peut, s'il n'est pas déjà tenu au paiement des dettes sociales en application d'une autre disposition, être déclaré solidairement responsable du paiement de ces cotisations, contributions et sanctions pécuniaires, par le président du tribunal de grande instance.

« À cette fin, le directeur de l'organisme créancier assigne le dirigeant devant le président du tribunal de grande instance du lieu du siège social.

« Cette disposition est applicable à toute personne exerçant en droit ou en fait, directement ou indirectement, la direction effective de la société, de la personne morale ou du groupement.

« Les voies de recours qui peuvent être exercées contre la décision du président du tribunal de grande instance ne font pas obstacle à ce que le directeur de l'organisme créancier prenne à son encontre des mesures conservatoires en vue de préserver le recouvrement de la créance sociale. »

Amendement 244

Code du travail

Article 67

Article 67

Le dernier alinéa de l'article L. 8221-6 du code du travail est remplacé par les dispositions suivantes :

Dispositions en vigueur

Art. L. 8221-6. – I. – Sont présumés ne pas être liés avec le donneur d'ordre par un contrat de travail dans l'exécution de l'activité donnant lieu à immatriculation ou inscription :

1° Les personnes physiques immatriculées au registre du commerce et des sociétés, au répertoire des métiers, au registre des agents commerciaux ou auprès des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales pour le recouvrement des cotisations d'allocations familiales ;

2° Les personnes physiques inscrites au registre des entreprises de transport routier de personnes, qui exercent une activité de transport scolaire prévu par l'article L. 213-11 du code de l'éducation ou de transport à la demande conformément à l'article 29 de la loi n° 82-1153 du 30 décembre 1982 d'orientation des transports intérieurs ;

3° Les dirigeants des personnes morales immatriculées au registre du commerce et des sociétés et leurs salariés ;

4° Les personnes physiques relevant de l'article L. 123-1-1 du code de commerce ou du V de l'article 19 de la loi n° 96-603 du 5 juillet 1996 relative au développement et à la promotion du commerce et de l'artisanat.

II. – L'existence d'un contrat de travail peut toutefois être établie lorsque les personnes mentionnées au I fournissent directement ou par une personne interposée des prestations à un donneur d'ordre dans des conditions qui les placent dans un lien de subordination juridique permanente à l'égard de celui-ci.

Dans ce cas, il n'y a dissimulation d'emploi salarié que s'il est établi que le donneur d'ordre s'est soustrait intentionnellement à l'accomplissement de l'une des formalités prévues aux articles L. 1221-10 et L. 3243-2.

Texte du projet de loi

« Dans ce cas, la dissimulation d'emploi salarié est établie si le donneur d'ordre s'est soustrait intentionnellement par ce moyen à l'accomplissement des obligations incombant à l'employeur mentionnées à l'article L. 8221-5*.

« La personne qui a fait l'objet d'une condamnation pénale pour travail dissimulé dans les conditions prévues au présent II est alors tenue au paiement des cotisations et contributions sociales qu'elle

Propositions de la Commission

« La ...

... dissimulé établie en application du présent II est tenue ...

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Code pénal

Art. 444-3. – Sont punies de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende :

1° La contrefaçon ou la falsification des sceaux, timbres ou marques d'une autorité publique, ou l'usage de ces sceaux, timbres ou marques, contrefaisants ou falsifiés ;

2° La contrefaçon ou la falsification des papiers à en-tête ou imprimés officiels utilisés dans les assemblées instituées par la Constitution, les administrations publiques ou les juridictions, la vente, la distribution ainsi que l'usage de ces papiers ou imprimés ainsi contrefaisants ou falsifiés ;

3° La contrefaçon ou la falsification d'estampilles et de marques attestant l'intervention des services d'inspection ou de surveillance sanitaire de la France ou d'un pays étranger.

Art. 444-5. – Sont punies d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende la fabrication, la vente, la distribution ou l'utilisation d'imprimés qui présentent avec les papiers à en-tête ou imprimés officiels en usage dans les assemblées instituées par la Constitution, les administrations publiques ou les juridictions une ressemblance de nature à causer une méprise dans l'esprit du public.

Code de la sécurité sociale

Art. L. 133-4-2. – Le bénéfice de toute mesure de réduction et d'exonération, totale ou partielle, de cotisations de sécurité sociale ou de contributions dues aux organismes de sécurité sociale, appliquée par un employeur ou un travailleur indépendant sans qu'il soit tenu d'en faire une demande préalable, est

aurait dû acquitter comme employeur pour la période pendant laquelle la dissimulation d'emploi salarié a été établie. »

... établie. »

Amendement 245

Article additionnel après l'article 67

Au 2° des articles 444-3 et 444-5 du code pénal, après les mots : « les administrations publiques » sont insérés les mots : « , les organismes de sécurité sociale ».

Amendement 246

Article additionnel après l'article 67

Dispositions en vigueur

subordonné au respect par l'employeur ou le travailleur indépendant des dispositions des articles L. 8221-1 et L. 8221-2 du code du travail.

Lorsque l'infraction définie aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du même code est constatée par procès-verbal dans les conditions déterminées aux articles L. 8271-7 à L. 8271-12 du même code, l'organisme de recouvrement procède, dans la limite de la prescription applicable en matière de travail dissimulé, à l'annulation des réductions ou exonérations des cotisations ou contributions mentionnées au premier alinéa du présent article et pratiquées au cours d'un mois civil, lorsque les rémunérations versées ou dues à un ou des salariés dissimulés au cours de ce mois sont au moins égales à la rémunération mensuelle minimale définie à l'article L. 3232-3 du même code.

Lorsque les rémunérations dissimulées au cours du mois sont inférieures à la rémunération mensuelle minimale mentionnée au deuxième alinéa, l'annulation est réduite à due proportion en appliquant aux réductions ou exonérations de cotisations ou contributions pratiquées un coefficient égal au rapport entre les rémunérations dues ou versées en contrepartie du travail dissimulé et la rémunération mensuelle minimale.

Cette annulation est plafonnée à un montant fixé par décret.

Art. L. 242-1-2. – Pour le calcul des cotisations et contributions de sécurité sociale et par dérogation à l'article L. 242-1, les rémunérations qui ont été versées ou qui sont dues à un salarié en contrepartie d'un travail dissimulé au sens de l'article L. 324-10 du code du travail sont, à défaut de preuve contraire, évaluées forfaitairement à six

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Le dernier alinéa de l'article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale est supprimé.

Amendement 247

Article additionnel après l'article 67

Le dernier alinéa de l'article L. 242-1-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Dispositions en vigueur

fois la rémunération mensuelle minimale définie à l'article L. 141-11 du même code en vigueur au moment du constat du délit de travail dissimulé. Ces rémunérations sont soumises à l'article L. 242-1-1 du présent code et sont réputées avoir été versées au cours du mois où le délit de travail dissimulé est constaté.

Sur la base des informations contenues dans les procès-verbaux de travail dissimulé qui leur sont transmis, les organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du présent code procèdent au recouvrement des cotisations et contributions qui leur sont dues au titre des rémunérations évaluées conformément à l'alinéa précédent.

Les modalités de prise en compte, au titre de l'assurance vieillesse, de la rémunération forfaitaire prévue au premier alinéa ainsi que la procédure décrite au deuxième alinéa, en particulier la manière dont est assuré le respect du principe du contradictoire, sont précisées par décret en Conseil d'État.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

1° Les mots : « , au titre de l'assurance vieillesse, » sont supprimés ;

2° Après les mots : « prévue au premier alinéa », sont insérés les mots : « en matière d'ouverture des droits et de calcul des ressources au titre des prestations servies par les organismes de sécurité sociale ».

Amendement 248

Article additionnel après l'article 67

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 flagrante sociale comportant l'évaluation du montant des cotisations dissimulées.

« 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.

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Code monétaire et financier

Article 68

Article 68

Le II de l'article L. 561-29 du code monétaire et financier est complété par un alinéa ainsi rédigé :

Art. L. 561-29. – I. – Sous réserve de l'application de l'article 40 du code de procédure pénale, les informations détenues par le service mentionné à l'article L. 561-23 ne peuvent être utilisées à d'autres fins que celles prévues au présent chapitre.

Leur divulgation est interdite, sans qu'il soit fait obstacle cependant à l'application des dispositions de l'article 44 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 mentionnée ci-dessus.

II. – Toutefois, sous réserve qu'elles soient en relation avec les faits mentionnés au I de l'article L. 561-15, le service est autorisé à communiquer des informations qu'il détient à l'administration des douanes et aux services de police judiciaire.

Il peut également transmettre aux services de renseignement spécialisés des informations relatives à des faits qui sont susceptibles de révéler une menace contre les intérêts fondamentaux de la nation en matière de sécurité publique et de sûreté de l'État.

Il peut aussi transmettre à l'administration fiscale, qui peut les utiliser pour l'exercice de ses missions, des in-

« 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 du montant des cotisations dissimulées évalué 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 249

Dispositions en vigueur

formations sur des faits susceptibles de relever de l'infraction définie à l'article 1741 du code général des impôts ou du blanchiment du produit de cette infraction. Dans ce dernier cas, le ministre chargé du budget les transmet au procureur de la République sur avis conforme de la commission des infractions fiscales rendu dans les conditions prévues à l'article L. 228 A du livre des procédures fiscales.

Lorsque, après la transmission d'une note d'information au procureur de la République en application du dernier alinéa de l'article L. 561-23 II, l'infraction sous-jacente à l'infraction de blanchiment se révèle celle de l'article 1741 du code général des impôts, l'avis de la commission visée à l'article L. 228 A du livre des procédures fiscales n'a pas à être sollicité.

Texte du projet de loi

« En outre, le service peut transmettre aux organismes énumérés à l'article L. 114-12 du code de sécurité sociale* des informations en relation avec les faits mentionnés au I de l'article L. 561-15*, qu'ils peuvent utiliser pour l'exercice de leurs missions ».

Propositions de la Commission

« Le service peut transmettre aux organismes mentionnés à l'article ...

... missions ».

Amendement 250

ANNEXE 1

TABLEAUX FIGURANT DANS LES ARTICLES DU PROJET DE LOI

Texte du projet de loi

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012

Article 1^{er}

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	165,2	176,5	-11,4
Vieillesse	183,3	194,1	-10,8
Famille	50,8	53,5	-2,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,9	12,6	-0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	401,9	427,5	-25,5

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	141,8	153,4	-11,6
Vieillesse	93,4	102,3	-8,9
Famille	50,2	52,9	-2,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	10,5	11,2	-0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	287,5	311,5	-23,9

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	9,8	13,8	-4,1

Propositions de la Commission

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012

Article 1^{er}

Sans modification

Texte du projet de loi

Article 4

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

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	171,7	181,3	-9,6
Vieillesse	194,4	202,6	-8,1
Famille	52,9	55,5	-2,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,0	12,9	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	421,8	442,1	-20,2

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

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	147,8	157,4	-9,6
Vieillesse	100,6	106,6	-6,0
Famille	52,4	55,1	-2,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,6	11,6	0,0
Toutes branches (hors transferts entre branches)	303,1	321,3	-18,2

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

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	13,8	17,6	-3,8

Propositions de la Commission

Article 4

Sans modification

Texte du projet de loi

Article 8

I. – Au titre de l'année 2011, les prévisions rectifiées des objectifs de dépenses, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale sont fixées à :

(en milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses
Maladie	181,3
Vieillesse	202,6
Famille	55,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,9
Toutes branches (hors transferts entre branches)	442,1

II. – Au titre de l'année 2011, les prévisions rectifiées des objectifs de dépenses, par branche, du régime général de sécurité sociale sont fixées à :

(en milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses
Maladie	157,4
Vieillesse	106,6
Famille	55,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,6
Toutes branches (hors transferts entre branches)	321,3

Article 15

I. – ...

1° Les taux d'émissions de dioxyde de carbone et les tarifs mentionnés au a sont remplacés par les taux et tarifs suivants :

Taux d'émission de dioxyde de carbone (en grammes par kilomètres)	Tarif applicable par gramme de dioxyde de carbone (en euros)
Inférieur ou égal à 50	0
Supérieur à 50 et inférieur ou égal à 100	1
Supérieur à 100 et inférieur ou égal à 120	4
Supérieur à 120 et inférieur ou égal à 140	5,5
Supérieur à 140 et inférieur ou égal à 160	11,5
Supérieur à 160 et inférieur ou égal à 200	18
Supérieur à 200 et inférieur ou égal à 250	21,5
Supérieure à 250	27

Propositions de la Commission

Article 8

Sans modification

Article 15

Sans modification

Texte du projet de loi

2° Les unités de puissance administrative, exprimés en chevaux-vapeur, mentionnées au b sont remplacées par les unités suivantes :

PUISSANCE FISCALE (en chevaux-vapeur)	TARIF applicable (en euros)
Inférieure ou égale à 3	750
De 4 à 6	1400
De 7 à 10	3000
De 11 à 15	3600
Supérieure à 15	4500

Article 23

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

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Maladie	180,9
Vieillesse	202,8
Famille	54,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,5
Toutes branches (hors transferts entre branches)	441,5

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

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Maladie	156,2
Vieillesse	104,9
Famille	54,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	12 ,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	317,9

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

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	14,2

Propositions de la Commission

Article 23

Sans modification

Texte du projet de loi

Article 24

Pour l'année 2012, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	180,9	186,8	-5,9
Vieillesse	202,8	210,5	-7,7
Famille	54,8	57,1	-2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,5	13,3	0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	441,5	457,1	-15,7

Article 25

Pour l'année 2012, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	156,2	162,2	-5,9
Vieillesse	104,9	110,7	-5,8
Famille	54,3	56,6	-2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,1	11,9	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	317,9	331,8	-13,9

Article 26

Pour l'année 2012, est approuvé le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	14,2	18,0	-3,7

Propositions de la Commission

Article 24

Sans modification

Article 25

Sans modification

Article 26

Sans modification

Texte du projet de loi

Article 27

II. – Pour l'année 2012, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes affectées	0
Total	0

III. – Pour l'année 2012, les prévisions de recettes par catégorie mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes fiscales affectées	0,4
Total	0,4

Article 32

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

(en milliards d'euros)

	Montants limites
Régime général – Agence centrale des organismes de sécurité sociale	21 000
Régime des exploitants agricoles – Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	2 900
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	1 450
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État	50
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	900
Caisse nationale des industries électriques et gazières	600
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer	650
Caisse de retraite du personnel de la Régie autonome des transports parisiens	50

Propositions de la Commission

Article 27

Sans modification

Article 32

Sans modification

Texte du projet de loi

Article 48

Pour l'année 2012, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

(en milliards d'euros)

	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	79,4
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	55,3
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,4
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,1
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,4
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	1,2
Total	171,7

Article 61

Pour l'année 2012, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées à :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de charges
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	18,0

Propositions de la Commission

Article 48

Sans modification

Article 61

Sans modification

ANNEXE 2 RAPPORTS ANNEXÉS AU PROJET DE LOI

Texte des rapports annexés au projet de loi

**Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour
2012**

ANNEXE A

RAPPORT PRÉSENTANT LA SITUATION
PATRIMONIALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE AU
31 DÉCEMBRE 2010, AINSI QUE DÉCRIVANT LES
MESURES PRÉVUES POUR L'AFFECTATION DES
EXCÉDENTS ET LA COUVERTURE DES DÉFICITS
CONSTATÉS SUR L'EXERCICE 2010

**I. – Situation patrimoniale de la sécurité sociale au
31 décembre 2010**

(en millions d'euros)

ACTIF	2010	2009	variation
IMMOBILISATIONS	6,6	6,8	-0,2
Immobilisations non financières	3,9	4,0	0,0
Prêts, dépôts de garantie et autres	1,8	2,1	-0,2
Avances / prêts accordés à des organismes de la sphère sociale (Ugecam, UIOSS)	0,8	0,8	0,0
ACTIF FINANCIER	50,7	48,4	2,3
Valeurs mobilières et titres de placement	44,6	43,9	0,8
Autres régimes	9,2	8,8	0,4
CADES	1,5	4,0	-2,4
FRR	33,9	31,2	2,7
Encours bancaire	5,9	4,3	1,6
Régime général	0,8	0,5	0,3
Autres régimes	0,7	0,6	0,1
CADES	1,2	1,0	0,2
FRR	3,2	2,3	0,9
Créances nettes au titre des instruments financiers	0,2	0,2	0,0
CADES	0,2	0,2	0,0
ACTIF CIRCULANT	59,8	60,1	-0,3
Créances sur prestations	7,8	9,1	-1,3
Créances et produits à recevoir (PAR) sur cotisations, contributions sociales, impôts	41,3	38,1	3,2

Propositions de la Commission

**Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour
2012**

ANNEXE A

Sans modification

Texte des rapports annexés au projet de loi

Propositions de la Commission

Créances et PAR sur l'État et autres entités publiques	6,6	10,1	-3,5
Autres actifs (débiteurs divers, comptes d'attente et de régul.)	4,1	2,8	1,3
TOTAL DE L'ACTIF	117,1	115,3	1,8

(en millions d'euros)

PASSIF	2010	2009	variation
CAPITAUX PROPRES	-87,1	-66,3	-20,8
Dotations	32,8	30,3	2,4
Régime général	0,5	0,5	0,0
Autres régimes	3,7	3,5	0,2
CADES	0,2	0,2	0,0
FRR	28,3	26,1	2,3
Réserves	13,2	13,7	-0,5
Régime général	2,6	2,6	0,0
Autres régimes	6,7	7,0	-0,3
FRR	3,9	4,1	-0,1
Report à nouveau	-110,0	-90,7	-19,3
Régime général	-13,5	6,9	-20,4
Autres régimes	-1,3	-0,3	-1,0
FSV	-3,2	0,0	-3,2
CADES	-92,0	-97,3	5,3
Résultat de l'exercice	-23,9	-19,6	-4,3
Régime général	-23,9	-20,3	-3,6
Autres régimes	-1,6	-1,2	-0,4
FSV	-4,1	-3,2	-0,9
CADES	5,1	5,3	-0,1
FRR	0,6	-0,1	0,7
Autres	0,7	0,0	0,7
FRR	0,7	0,0	0,7
PROVISIONS POUR RISQUES ET CHARGES	17,0	16,4	0,5
PASSIF FINANCIER	146,8	124,7	22,0
Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, ECP)	118,8	106,5	12,3
Régime général	17,5	9,6	8,0
CADES	101,2	97,0	4,3
Dettes à l'égard d'établissements de crédits	24,7	17,8	6,9
Régime général (y compris prêts CDC)	21,0	15,5	5,5
Autres régimes	3,7	2,1	1,6
CADES	0,0	0,2	-0,2
Dépôts	0,8	0,0	0,8
Régime général	0,8	0,0	0,8
Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,1	0,1	0,0
FRR	0,1	0,1	-0,1
Autres	2,4	0,3	2,0
Régime général	0,3	0,0	0,2
Autres régimes	0,1	0,1	0,0
CADES	2,0	0,2	1,8
PASSIF CIRCULANT	40,5	40,5	0,0
Dettes et charges à payer (CAP) à	21,3	21,3	0,0

Texte des rapports annexés au projet de loi

L'égard des bénéficiaires			
Dettes à l'égard des cotisants	1,4	1,0	0,4
Dettes et CAP à l'égard de l'État et autres entités publiques	7,6	7,2	0,4
Autres passifs (crédeurs divers, comptes d'attente et de régul.) dont soulte IEG	10,2	11,0	-0,8
TOTAL DU PASSIF	117,1	115,3	1,8

Propositions de la Commission

Sur le champ de l'ensemble des régimes de base, du FSV, de la CADES et du FRR, le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, mesuré par ses capitaux propres, s'élevait à 87,1 Md€ au 31 décembre 2010, soit l'équivalent de 4,5 points de PIB ou d'un peu plus de 2 mois de prestations versées par ces mêmes organismes. Ce passif net a augmenté de 21 Md€ par rapport à celui constaté au 31 décembre 2009 (66,3 Md€), en raison essentiellement du déficit des régimes et du FSV pour l'année 2010 (soit 29,6 Md€), minoré de l'amortissement de la dette portée par la Cades (5,1 Md€) et des recettes affectées au FRR (2,2 Md€) sur cette même année.

Compte tenu des sommes placées ou détenues en trésorerie (50,7 Md€, dont les deux tiers environ par le FRR), du besoin en fonds de roulement (différence de 19,3 Md€ entre les actifs et passifs circulants) ainsi que des immobilisations et provisions, l'endettement financier s'élevait à 146,8 Md€ au 31 décembre 2010 (contre 124,7 Md€ au 31 décembre 2009).

L'ensemble de ces éléments sont détaillés en annexe 9 au présent projet de loi de financement.

II. – Couverture des déficits constatés sur l'exercice 2010 et affectation des excédents observés sur ce même exercice

Les comptes du régime général ont été déficitaires de 23,9 milliards d'euros en 2010. La branche maladie a ainsi enregistré un déficit de 11,6 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 8,9 milliards d'euros et la branche famille un déficit de 2,7 milliards d'euros.

Pour faciliter le retour de la croissance qui constituait un objectif prioritaire, il avait 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. Aussi, le Gouvernement avait pris les engagements nécessaires pour que le déficit global du régime général pour les exercices 2009 et 2010 puisse être financé par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, avec l'appui de l'Agence France Trésor, au moyen de ressources non permanentes dans la limite des plafonds fixés par les lois de financement de la sécurité sociale.

Dans le cadre fixé par la loi organique du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la loi de financement pour 2011 a organisé le transfert de ces déficits

Texte des rapports annexés au projet de loi

cumulés 2009-2010 du régime général (hors branche accidents du travail) à la Caisse d'amortissement de la dette sociale. Conformément aux dispositions organiques, la Caisse a été affectataire de ressources lui permettant de financer ces sommes.

La plupart des régimes de base autres que le régime général présentent par construction des résultats annuels équilibrés ou très proches de l'équilibre. Il en est ainsi des régimes intégrés financièrement au régime général (régimes agricoles hors branche retraite du régime des exploitants, régimes maladie des militaires, des cultes et des marins..), des régimes de retraite équilibrés par des subventions de l'Etat (SNCF, RATP, régimes des mines et des marins), des régimes d'employeurs (Fonction publique d'Etat), équilibrés par ces derniers, et enfin du régime social des indépendants dont les déficits sont couverts par une affectation à due proportion du produit de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés.

Cependant, deux régimes ne bénéficiant pas de tels mécanismes d'équilibrage ont enregistré en 2010 des résultats déficitaires.

S'agissant d'une part de la branche retraite du régime des exploitants agricoles, le déficit s'est élevé à 1,3 Md€ (contre 1,2 Md€ en 2009) et a fait l'objet d'un financement bancaire dans le respect du plafond fixé par la LFSS pour 2010 à 3,5 Md€. Il est proposé dans le présent projet de loi de transférer à la CADES, grâce à la mobilisation des ressources supplémentaires dont celle-ci bénéficiera en application du plan de lutte contre les déficits publics, les déficits cumulés 2009 et 2010 de la branche vieillesse du régime.

S'agissant d'autre part de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), il convient d'observer qu'elle a enregistré pour la première fois un déficit en 2010 (0,5 Md€). Compte tenu des réserves antérieures de la caisse, celui-ci a été pour l'essentiel autofinancé.

Enfin, quelques régimes présentent des résultats excédentaires, principalement la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (risque maladie), la caisse nationale des industries électriques et gazières et le fonds d'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (environ 0,1 Md€ chacun). Ces excédents sont affectés au report à nouveau des caisses.

Par ailleurs, le FSV a enregistré en 2010 un déficit de 4,1 milliards d'euros. Le Fonds ne disposant pas de réserve, ce déficit est inscrit au bilan en fonds de roulement négatif. Dans la mesure où le FSV n'est pas habilité par la loi de financement à emprunter, ce déficit a entraîné en 2010 une dette vis-à-vis de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) qui 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

Texte des rapports annexés au projet de loi

Comme pour le régime général, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le transfert à la CADES des déficits cumulés 2009 et 2010 du fonds.

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 retenues dans la projection quadriennale

(en pourcentage)

	2011	2012	2013	2014	2015
PIB (volume)	1,75	1,75	2,0	2,0	2,0
Masse salariale privée	3,7	3,7	4,0	4,0	4,0
Inflation	2,1	1,7	1,75	1,75	1,75

ONDAM en valeur	2,9	2,8	2,8	2,8	2,8
-----------------	-----	-----	-----	-----	-----

La présente annexe décrit le cheminement des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, et du Fonds de solidarité vieillesse à l'horizon 2015, sur la base d'hypothèses macroéconomiques prudentes, et intégrant l'impact financier des mesures participant de la stratégie du Gouvernement en matière de retour à l'équilibre financier de la Sécurité sociale.

Les hypothèses retiennent une stabilisation en 2012 de la progression de la masse salariale privée, principale assiette des ressources de la Sécurité sociale, au même rythme qu'en 2011 (3,7% en valeur), en raison notamment d'un ralentissement de la hausse des prix (1,7% après 2,1% en 2011). De 2013 à 2015, la masse salariale privée est supposée progresser de 4% par an en valeur, soit un peu plus rapidement qu'en 2011 et en 2012. Cette hypothèse est prudente, car inférieure au rythme annuel moyen de la masse salariale privée entre 1998 et 2007 (+4,1%), alors que l'éventualité d'un rattrapage partiel des points de croissance perdus entre 2008 et 2012 par rapport à la tendance historique ne peut être écartée. Elle suppose néanmoins une croissance de la rémunération du travail salarié légèrement plus rapide que le PIB en valeur (4% contre 3,75%), prolongeant le constat observé en 2010 et en 2011 d'une bonne tenue de l'emploi et des salaires.

La période quadriennale qui s'ouvre est marquée par des incertitudes sur l'environnement macroéconomique international, qui contraint fortement les finances publiques des États. Dans le programme de stabilité transmis à la Commission européenne au 1^{er} semestre 2011, la France s'est engagée

Propositions de la Commission

ANNEXE B

Sans modification

Texte des rapports annexés au projet de loi

auprès de ses partenaires européens, à respecter une trajectoire de redressement du solde des administrations publiques (de -5,7 % du PIB en 2011 à -4,5 % en 2012, -3,0 % en 2013 et -2,0 % en 2014) et ce quelle que soit la conjoncture économique. Tous les sous-secteurs des administrations publiques devront prendre leur part à cet effort, et notamment la sécurité sociale compte tenu de son poids dans l'ensemble des finances publiques, même si sa part dans le besoin de financement d'ensemble de la sphère publique reste limitée (moins d'un cinquième du besoin de financement des administrations publiques en 2010).

La trajectoire financière décrite dans la présente annexe est marquée par une réduction très significative du déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base de Sécurité sociale. Celui-ci devrait passer de 20,2 Md€ en 2011 à 11,0 Md€ en 2015, soit une diminution de près de la moitié. Pour le seul régime général, le redressement est encore plus significatif : -8,5 Md€ en 2015, contre -18,2 Md€ en 2011. Les déficits de la branche vieillesse étant d'ores et déjà financés par le biais de la reprise par la CADES des déficits annuels de la CNAV et du FSV durant la période de montée en charge de la réforme des retraites jusqu'en 2018, le déficit du régime général hors branche vieillesse devra être remboursé par des excédents ultérieurs.

Le levier principal et la clé de la durabilité de ce redressement sont un effort continu de maîtrise des dépenses de la Sécurité sociale. La projection quadriennale décrite dans la présente annexe retient l'hypothèse d'une progression annuelle moyenne des charges nettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base de Sécurité sociale de 3,1 % en valeur, soit 1,35 % en volume. Maintenir pendant quatre ans la croissance des dépenses de la Sécurité sociale à un rythme inférieur d'un tiers à celui de la richesse nationale constituera un résultat important au regard des pressions que le vieillissement de la population exercera sur la demande de prestations et services sociaux. Ce résultat sera obtenu au moyen d'un engagement résolu dans la recherche de l'efficacité de la fourniture de ces prestations et services.

En matière d'assurance maladie, conformément à l'engagement pris par le Président de la République lors de la conférence des déficits publics en mai 2010, le Gouvernement propose dans le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale un ONDAM en progression de 2,8 % en valeur par rapport à l'objectif 2011, qui sera lui-même respecté. La présente projection quadriennale repose également sur l'hypothèse de la reconduction de ce taux de progression de 2,8 % jusqu'en 2015 au moins.

Compte tenu d'une évolution tendancielle, en l'absence de toute mesure, légèrement supérieure à 4,0%, cela signifie un effort d'économie de plus de 2 Md€ chaque année. Ces économies seront justement réparties entre efforts de maîtrise médicalisée des dépenses de soins de ville, baisse des coûts des médicaments par le développement des généri-

Propositions de la Commission

Texte des rapports annexés au projet de loi

ques et l'action sur les prix des produits, amélioration de l'efficacité hospitalière et convergence tarifaire : les mesures viseront prioritairement à renforcer l'efficacité et la performance du système de soins. Ainsi, en 2012, exercice au cours duquel le respect d'une progression des dépenses sous ON-DAM de 2,8 % par rapport à l'objectif pour 2011 exige un montant d'économies de 2,2 Md€ celles-ci seront atteintes :

– par de nouvelles actions de maîtrise médicalisée, qui devront produire 550 M€ d'économies ;

– par des ajustements tarifaires dans le domaine des produits de santé dans le cadre de la politique conventionnelle, pour un montant de 770 M€ ;

– par des baisses de tarifs de certains actes médicaux, principalement en radiologie et en biologie, à hauteur de 170 M€ ;

– par une harmonisation et une simplification du calcul des indemnités journalières de maladie et d'accidents du travail, qui permettra d'économiser 220 M€ ;

– enfin, dans le domaine hospitalier, par la poursuite de la convergence tarifaire, l'amélioration de la performance à l'hôpital et l'intensification des politiques de lutte contre la fraude, dont sont attendues 450 M€ d'économies.

En outre, en application de l'article 8.III de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014, une mise en réserve de dotations, pour un montant de 545 M€ en 2012.

On ne saurait trop souligner la performance réalisée par la France en matière de régulation des dépenses d'assurance maladie. Depuis le début de la précédente décennie, le rythme de croissance en valeur des dépenses d'assurance maladie est passé d'environ 7 % à moins de 3 %. Le montant cumulé des économies réalisées par rapport à une situation où les dépenses d'assurance maladie seraient restées sur leur trajectoire antérieure peut être évalué à 40 Md€ entre 2002 et 2010. Selon l'OCDE, notre pays se situe au deuxième rang, derrière l'Italie, pour la modération de la croissance des dépenses publiques de santé depuis 2005. Avec une progression de 1,7 % en moyenne par an en volume au cours de cette période, nos dépenses d'assurance maladie augmentent sensiblement moins rapidement qu'en Allemagne (2,6%) ou au Royaume-Uni (5,9 %). Mais, dans le même temps, la France reste, parmi les pays développés, l'un de ceux dans lequel la part des dépenses de santé financée par les administrations publiques est la plus élevée, dans lequel les patients disposent des libertés les plus larges de choix du médecin ou de mode de prise en charge, et qui présente les meilleurs résultats en matière d'état de santé de la population, tout particulièrement en ce qui concerne l'espérance de vie des femmes. Le dernier rapport de la commission des comptes de la santé montre que pour la troisième année consécutive le reste à charge des ménages diminue, pour s'établir à 9,4% de la consommation des soins et biens médicaux. Cette part de reste à charge place la France en deuxième position, juste derrière les Pays-Bas.

Les efforts de maîtrise des dépenses d'assurance maladie qui seront fournis trouveront une traduction dans les

Propositions de la Commission

Texte des rapports annexés au projet de loi

comptes de la branche maladie du régime général, dont le déficit reviendra de 11,6 Md€ en 2010 à 5,9 Md€ – soit une division par deux en deux ans –, et à 2,5 Md€ en 2015.

Dans le domaine des retraites, la réforme adoptée l'an dernier a commencé à être mise en œuvre en 2011. Sa montée en charge se poursuivra en 2012, avec dès le 1^{er} janvier la deuxième étape du relèvement des âges de la retraite (à 60 ans et 8 mois pour l'âge d'ouverture des droits), pour la génération 1952. Cette mesure et les autres dispositions de la réforme portant sur les dépenses des régimes produiront en 2012 une économie significative, de l'ordre de 1,3 Md€ sans compter l'impact des mesures de recettes prises en LFSS 2011 au bénéfice de la CNAV et du FSV, ni les gains en ressources pour les régimes de sécurité sociale consécutifs au maintien en activité d'un nombre plus important de seniors.

A plus long terme, la réforme fixe l'objectif d'un retour à l'équilibre financier de l'ensemble du système de retraite à l'horizon 2018, sans dégrader le niveau élevé des pensions dont bénéficient les retraités, ni alourdir les prélèvements supportés par les actifs, et ainsi préserver la quasi-parité de niveau de vie aujourd'hui observée entre actifs et retraités (le niveau de vie des retraités équivaut en moyenne à 96% de celui des actifs en 2009). Aussi le levier privilégié est-il l'élévation de l'âge effectif de départ en retraite, au moyen de l'allongement de la durée d'assurance requise pour obtenir une pension à taux plein en fonction de l'évolution de l'espérance de vie, et de l'élévation des âges légaux de la retraite. Ce dernier est nécessaire pour atteindre l'objectif posé dans la réforme des retraites de 2003 d'un partage des gains d'espérance de vie à deux tiers en faveur de l'activité professionnelle et au tiers restant en faveur de la retraite. Au total, selon les évaluations disponibles, le relèvement des bornes d'âge devrait se traduire par un gain de 9,1 Md€ à l'horizon 2018 pour la branche vieillesse du régime général, soit près de la moitié de l'impact d'ensemble de la réforme.

Mais le redressement des comptes de la Sécurité sociale à l'horizon 2015 reposera aussi sur un effort de remise à niveau des recettes. En effet, la perte de recettes pour le régime général liée à la conjoncture très défavorable que l'économie française a traversée en 2008/11 peut être estimée à 9 points de masse salariale du secteur privé, soit 18 Md€ environ. Compte tenu de l'ampleur de cette ponction sur ces recettes, sans laquelle les régimes de Sécurité sociale dans leur ensemble seraient excédentaires, le Gouvernement entend logiquement mettre en œuvre des actions qui permettent d'assurer un financement viable du haut niveau de protection sociale qui doit être garanti aux Français.

La loi portant réforme des retraites, votée en 2010, participait déjà d'un tel objectif, avec un volet recettes important. Des recettes nouvelles ciblées sont apportées aux régimes de retraite et au Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Ainsi, les ménages imposés à la tranche la plus élevée du barème de l'impôt sur le revenu ont vu leur taux marginal aug-

Propositions de la Commission

Texte des rapports annexés au projet de loi

menter d'un point. Par ailleurs, les prélèvements sur les stock-options et les retraites chapeaux ont été relevés. Les revenus du capital sont également mis à contribution de façon spécifique (plus-values de cession mobilières et immobilières, dividendes et intérêts). Concernant les entreprises, le gain de recettes induit par l'annualisation du calcul des allègements généraux de cotisations sociales bénéficie intégralement au Fonds de solidarité vieillesse. Enfin, à plus long terme, les cotisations vieillesse au régime général seront augmentées entre 2015 et 2018, et compensées à due proportion par une diminution des cotisations d'assurance chômage, compte tenu de l'amélioration prévue de la situation financière de ce régime.

Outre les recettes associées à la réforme des retraites, des mesures nouvelles annoncées par le Premier ministre le 24 août dernier dans le cadre d'un plan global de lutte contre les déficits, permettront d'améliorer les comptes des organismes de sécurité sociale de 6 Md€ dont environ 4 Md€ au titre de la réduction des niches sociales. Parmi celles-ci, on peut citer : la réforme des abattements sur les plus-values immobilières, la hausse du forfait social de 6 à 8 % portant sur les dispositifs tels que l'épargne salariale ou la retraite supplémentaire, l'élargissement d'un point de l'assiette de la CSG et de la CRDS pour les revenus d'activité, la réintégration des heures supplémentaires dans le barème des allègements généraux de cotisations sociales suivant les recommandations du Conseil des prélèvements obligatoires, tout en maintenant les avantages fiscaux et sociaux prévus par la loi TEPA, la hausse du taux de la taxe sur les conventions d'assurance. Le projet du Gouvernement traduit également sa volonté de renforcer l'équité du prélèvement, en assurant notamment la contribution des plus hauts revenus via l'augmentation de 1,2 point des prélèvements sociaux sur les revenus du capital. Par ailleurs, dans le cadre d'une politique globale de santé publique visant à limiter les comportements à risque, les prix du tabac seront renchérissés, la fiscalité sur les alcools forts augmentée et une nouvelle taxe créée sur les boissons à sucre ajouté. Certaines de ces mesures sont déjà acquises par la loi de finances rectificative pour 2011 du 19 septembre. Le reste de l'effort se traduit par des dispositions dans le présent projet de loi de financement, dans le projet de loi de finances pour 2012 ainsi que par la voie réglementaire.

L'année 2012 verra ainsi franchir une étape décisive du redressement des comptes de la Sécurité sociale. Cependant, l'effort de reconstitution des recettes se poursuivra au-delà de cette date, en retenant prioritairement les mesures permettant de réduire les niches sociales. Ces dispositifs, qui constituent des dérogations aux règles de droit commun d'assiette et de taux des principaux prélèvements sociaux, peuvent être justifiés au regard des incitations qu'elles permettent d'adresser aux agents économiques, comme dans le cas des allègements généraux sur les bas salaires qui visent à stimuler l'embauche de travailleurs faiblement qualifiés par les entreprises. Certains peuvent avoir un objectif d'équité ou

Propositions de la Commission

Texte des rapports annexés au projet de loi

de cohésion sociale qui justifient qu'ils soient maintenu. D'autres, en revanche, ne remplissent pas ou plus les objectifs économiques ou sociaux initiaux. S'appuyant sur ce constat, et sur les mesures d'ores et déjà prises, le Gouvernement entend donc poursuivre au-delà de 2012 l'effort de neutralisation des niches sociales les moins efficaces. La présente projection quadriennale incorpore à ce titre un surcroît de recettes sociales, au titre de la participation de la sécurité sociale à l'effort de réduction du déficit public nécessaire afin de respecter la trajectoire sur laquelle le Gouvernement s'est engagé ; ces recettes, qui seront prioritairement dégagées par la réduction de niches sociales et fiscales, permettront de compenser la révision à la baisse de la masse salariale par rapport aux hypothèses retenues dans la LPPF 2011-2014.

Au total, les hypothèses retenues dans la construction de la projection quadriennale associée au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 aboutissent à une progression annuelle moyenne des recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base de Sécurité sociale de 3,7 % en valeur de 2011 à 2015. Dans le seul régime général, la dynamique des dépenses serait encore plus forte : +4,2 % en moyenne. Avec un écart de près d'un point entre des recettes dynamiques grâce à des flux réguliers de mesures nouvelles et des dépenses maîtrisées dans la durée, la Sécurité sociale se rapproche en 2015 de l'équilibre financier.

Avant cette échéance, il restera à financer les déficits qui apparaîtront et dont le transfert à la CADES n'est pas organisé à ce stade. Les déficits de la CNAV et du FSV seront repris par la CADES pendant la période de montée en charge des effets de la réforme des retraites, jusqu'en 2018. Les branches maladie et famille resteront certes déficitaires jusqu'en 2015, et devront supporter des charges financières au titre de ces besoins de financement, mais leur déficit sera fortement réduit par rapport aux projections précédentes, et leur impact sur la trésorerie de l'Acoss en 2012 sera donc fortement allégé. D'autres régimes autorisés à recourir à l'emprunt, tels que le régime de retraite des exploitants agricoles, seront confrontés à un défi identique. Cependant, à mesure que les comptes de la Sécurité sociale se redresseront, il sera possible de dégager des ressources à affecter à la CADES pour, conformément aux dispositions organiques, couvrir de nouvelles reprises de déficits limitées. A cet égard, le présent projet de loi de financement prévoit la mobilisation des recettes nouvelles dont bénéficiera la CADES en application du plan de lutte contre les déficits publics (soit 220 M€) au bénéfice de l'amortissement du déficit cumulé 2009-2010 du régime d'assurance vieillesse du régime des exploitants agricoles, et ce dans le respect de la date prévisionnelle de fin de vie de la Caisse estimée à 2025.

Propositions de la Commission

Texte des rapports annexés au projet de loi

Propositions de la Commission

Régime général

(en milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Maladie							
Recettes	138,8	141,8	147,8	156,2	162,2	168,5	175,0
Dépenses	149,3	153,4	157,4	162,2	167,3	172,4	177,5
Solde	-10,6	-11,6	-9,6	-5,9	-5,1	-3,9	-2,5
AT/MP							
Recettes	10,4	10,5	11,6	12,1	12,4	12,9	13,4
Dépenses	11,1	11,2	11,6	11,9	12,2	12,5	12,8
Solde	-0,7	-0,7	0,0	0,1	0,2	0,3	0,6
Famille							
Recettes	56,1	50,2	52,4	54,3	55,6	57,3	59,1
Dépenses	57,9	52,9	55,1	56,6	58,2	59,6	61,1
Solde	-1,8	-2,7	-2,6	-2,3	-2,6	-2,3	-2,0
Vieillesse							
Recettes	91,4	93,4	100,6	104,9	109,4	114,0	119,5
Dépenses	98,7	102,3	106,6	110,7	115,2	119,7	124,1
Solde	-7,2	-8,9	-6,0	-5,8	-5,9	-5,6	-4,6
Toutes branches consolidées							
Recettes	288,7	287,5	303,1	317,9	329,7	342,6	356,7
Dépenses	309,1	311,5	321,3	331,8	343,1	354,2	365,2
Solde	-20,3	-23,9	-18,2	-13,9	-13,3	-11,5	-8,5

Ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Maladie							
Recettes	161,8	165,2	171,7	180,9	187,2	194,1	201,2
Dépenses	172,2	176,5	181,3	186,8	192,2	197,8	203,5
Solde	-10,4	-11,4	-9,6	-5,9	-5,0	-3,8	-2,3
AT/MP							
Recettes	11,8	11,9	13,0	13,5	13,8	14,3	14,8
Dépenses	12,4	12,6	12,9	13,3	13,6	13,9	14,2
Solde	-0,6	-0,7	0,1	0,2	0,2	0,4	0,6
Famille							
Recettes	56,6	50,8	52,9	54,8	56,1	57,8	59,6
Dépenses	58,4	53,5	55,5	57,1	58,7	60,1	61,6
Solde	-1,8	-2,7	-2,6	-2,3	-2,5	-2,3	-1,9
Vieillesse							
Recettes	179,0	183,3	194,4	202,8	209,5	216,5	223,9
Dépenses	187,9	194,1	202,6	210,5	217,8	224,7	231,2
Solde	-8,9	-10,8	-8,1	-7,7	-8,3	-8,3	-7,4
Toutes branches consolidées							
Recettes	400,5	401,9	421,8	441,5	456,1	471,8	488,5
Dépenses	422,2	427,5	442,1	457,1	471,6	485,7	499,4
Solde	-21,7	-25,5	-20,2	-15,7	-15,5	-13,9	-11,0

Fonds de solidarité vieillesse

(en milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Recettes	10,0	9,8	13,8	14,2	14,7	15,2	15,8
Dépenses	13,2	13,8	17,6	18,0	18,2	18,4	18,6
Solde	-3,2	-4,1	-3,8	-3,7	-3,4	-3,1	-2,8

Texte des rapports annexés au projet de loi

Propositions de la Commission

ANNEXE C

ANNEXE C

ÉTAT DES RECETTES, PAR CATÉGORIE ET PAR BRANCHE, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE DE SÉCURITÉ SOCIALE ET DU RÉGIME GÉNÉRAL DE SÉCURITÉ SOCIALE AINSI QUE DES RECETTES, PAR CATÉGORIE, DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE SÉCURITÉ SOCIALE

Sans modification

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

Exercice 2012 (prévisions en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Régimes de base
Cotisations effectives	82,6	110,9	35,4	12,3	241,3
Cotisations prises en charge par l'État	1,4	1,3	0,5	0,0	3,3
Cotisations fictives d'employeur	0,9	36,6	0,1	0,3	38,0
CSG	62,7	0,1	9,6	0,0	72,4
Impôts et taxes	28,1	17,8	8,1	0,3	54,2
Transferts	2,5	35,2	0,3	0,1	27,6
Produits financiers	0,0	0,1	0,1	0,0	0,2
Autres produits	2,6	0,8	0,6	0,4	4,4
Recettes	180,9	202,8	54,8	13,5	441,5

Les montants globaux de recettes par catégorie des régimes de base peuvent être différents de l'agrégation des montants détaillés pour chacune des branches du fait des opérations réciproques (notamment transferts).

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

Exercice 2012 (prévisions en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Régimes de base
Cotisations effectives	74,2	67,7	35,2	11,5	188,6
Cotisations prises en charge par l'État	1,1	0,9	0,5	0,0	2,5
Cotisations fictives d'employeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CSG	54,4	0,0	9,7	0,0	64,1
Impôts et taxes	21,6	11,1	7,9	0,2	41,0
Transferts	2,6	25,0	0,3	0,0	18,3
Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits	2,3	0,2	0,6	0,3	3,4
Recettes	156,2	104,9	54,3	12,1	317,9

Les montants globaux de recettes par catégorie des régimes de base peuvent être différents de l'agrégation des

Texte des rapports annexés au projet de loi

montants détaillés pour chacune des branches du fait des opérations réciproques (notamment transferts).

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

Exercice 2012 (prévisions en milliards d'euros)

	FSV
CSG	9,9
Impôts et taxes	4,3
Produits financiers	0,0
Total	14,2

Propositions de la Commission

ANNEXE 3 ARTICLES MENTIONNÉS DANS LE PROJET DE LOI

Code de l'action sociale et des familles 276

Article	Se reporter à
L. 14-10-1	<i>Voir ci-après</i>
L. 14-10-4	Cf. Art. additionnel après l'article 16
L. 112-3	<i>Voir ci-après</i>
L. 221-1	<i>Voir ci-après</i>
L. 221-3	<i>Voir ci-après</i>
L. 222-3	<i>Voir ci-après</i>
L. 226-3-1	<i>Voir ci-après</i>
L. 226-6	<i>Voir ci-après</i>
L. 232-2	<i>Voir ci-après</i>
L. 251-1	<i>Voir ci-après</i>
L. 254-1	<i>Voir ci-après</i>
L. 312-1	<i>Voir ci-après</i>
L. 423-4	<i>Voir ci-après</i>

Code civil 282

Article	Se reporter à
2224	<i>Voir ci-après</i>

Code du commerce 282

Article	Se reporter à
L. 526-6 à L. 526-21	<i>Voir ci-après</i>

Code de la construction et de l'habitation..... 287

Article	Se reporter à
L. 351-6	<i>Voir ci-après</i>

Code de l'éducation..... 287

Article	Se reporter à
L. 452-1	<i>Voir ci-après</i>

Code général des impôts 287

Article	Se reporter à
38	<i>Voir ci-après</i>
108 à 115	<i>Voir ci-après</i>
151 septies	<i>Voir ci-après</i>
154 bis	<i>Voir ci-après</i>
158	<i>Voir ci-après</i>
256 A	<i>Voir ci-après</i>
287	<i>Voir ci-après</i>
302 septies A	<i>Voir ci-après</i>
302 G	<i>Voir ci-après</i>
302 H ter	<i>Voir ci-après</i>
401 (I)	<i>Voir ci-après</i>
520 A	Cf. Article 16
564 decies	<i>Voir ci-après</i>
565	<i>Voir ci-après</i>
575	<i>Voir ci-après</i>

1001	<i>Voir ci-après</i>
1586 sexies	<i>Voir ci-après</i>
1600-0 N	Cf. Article 19
1600-0 O	Cf. Article 19
1600-0 Q	Cf. Article 19
1635 bis AE	Cf. Article 19

Code des juridictions financières 316

Article	Se reporter à
L.O.132-2-1	<i>Voir ci-après</i>
R. 137-1	<i>Voir ci-après</i>
R. 137-2	<i>Voir ci-après</i>
R. 137-3	<i>Voir ci-après</i>
R. 137-4	<i>Voir ci-après</i>

Code monétaire et financier 317

Article	Se reporter à
L. 531-4	<i>Voir ci-après</i>
L. 561-15	<i>Voir ci-après</i>

Code pénal..... 318

Article	Se reporter à
226-13	<i>Voir ci-après</i>

Code des pensions civiles et militaires de retraite

Article	Se reporter à
14	Cf. Article 50

Code rural et de la pêche maritime 318

Article	Se reporter à
L. 321-5	<i>Voir ci-après</i>
L. 713-6	N'existe pas
L. 722-8	<i>Voir ci-après</i>
L. 722-10	<i>Voir ci-après</i>
L. 722-27	<i>Voir ci-après</i>
L.725-3 à L. 725-4	<i>Voir ci-après</i>
L. 732-18-2	<i>Voir ci-après</i>
L. 732-18-3	<i>Voir ci-après</i>
L. 732-23	<i>Voir ci-après</i>
L. 732-25	<i>Voir ci-après</i>
L. 732-25-1	Cf. Article 50
L. 1143-2	<i>Voir ci-après</i>

Code de la santé publique 322

Article	Se reporter à
L. 1142-23	<i>Voir ci-après</i>
L. 1432-6	Cf. Article 36
L. 1435-4	Cf. Article 36
L. 1435-8	Cf. Article 36

L. 1435-9	Cf. Article 36
L. 1435-11	Cf. Article 36
L. 5121-1	<i>Voir ci-après</i>
L. 5121-3	<i>Voir ci-après</i>
L. 5121-8	<i>Voir ci-après</i>
L. 5121-13	<i>Voir ci-après</i>
L. 5121-14	<i>Voir ci-après</i>
L. 5121-14-1	<i>Voir ci-après</i>
L. 5121-15	<i>Voir ci-après</i>
L. 5121-16	<i>Voir ci-après</i>
L. 5121-17	<i>Voir ci-après</i>
L. 5121-18	Cf. Article 19
L. 5121-19	<i>Voir ci-après</i>
L. 5122-5	<i>Voir ci-après</i>
L. 5122-9	<i>Voir ci-après</i>
L. 5122-14	<i>Voir ci-après</i>
L. 5123-2	Cf. Article 19
L. 5123-3	<i>Voir ci-après</i>
L. 5124-13	<i>Voir ci-après</i>
L. 5125-3	<i>Voir ci-après</i>
L. 5125-4	<i>Voir ci-après</i>
L. 5138-3	<i>Voir ci-après</i>
L. 5138-4	<i>Voir ci-après</i>

L. 5138-5	<i>Voir ci-après</i>
L. 5211-1	<i>Voir ci-après</i>
L. 5211-5-2	<i>Voir ci-après</i>
L. 5221-1	<i>Voir ci-après</i>
L. 5221-7	<i>Voir ci-après</i>
L. 5321-3	Cf. Article 19
L. 6112-1	<i>Voir ci-après</i>
L. 6112-2	Cf. Article 36
L. 6114-1	<i>Voir ci-après</i>
L. 6114-2	<i>Voir ci-après</i>
L. 6212-1	<i>Voir ci-après</i>
L. 6221-10	<i>Voir ci-après</i>
L. 6221-11	<i>Voir ci-après</i>
L. 6312-5	Cf. Article 36
L. 6314-1	<i>Voir ci-après</i>

Code de la sécurité sociale 337

Article	Se reporter à
L.O.111-3- (I)	<i>Voir ci-après</i>
L. 114-4-1	<i>Voir ci-après</i>
L. 114-8	Cf. Article 36
L. 114-12	<i>Voir ci-après</i>
L. 114-12-1	Cf. Art. additionnel après l'article 63
L. 114-17	Cf. Article 63

L. 131-6-1	<i>Voir ci-après</i>
L. 131-6-2	Cf. Article 29
L. 131-8	Cf. Article 11
L. 133-4-1	<i>Voir ci-après</i>
L. 133-6-7-1	Cf. Article 66
L. 133-6-8	<i>Voir ci-après</i>
L. 135-2	<i>Voir ci-après</i>
L. 135-6	Cf. Article 36
L. 136-1	Cf. Article 36
L. 136-6	<i>Voir ci-après</i>
L. 137-1	Cf. Article 10
L. 137-5	<i>Voir ci-après</i>
L. 137-10	<i>Voir ci-après</i>
L. 137-11	<i>Voir ci-après</i>
L. 137-12	<i>Voir ci-après</i>
L. 137-13	<i>Voir ci-après</i>
L. 137-15	<i>Voir ci-après</i>
L. 137-17	<i>Voir ci-après</i>
L. 138-10	<i>Voir ci-après</i>
L. 138-20	<i>Voir ci-après</i>
L. 138-22	<i>Voir ci-après</i>
L. 138-23	<i>Voir ci-après</i>
L. 161-37	Cf. Article 33

L. 162-1-14	Cf. Article 63
L. 162-1-14-1	Cf. Article 63
L. 162-1-14-2	Cf. Article 63
L. 162-14-1	<i>Voir ci-après</i>
L. 162-14-3	<i>Voir ci-après</i>
L. 162-17	Cf. Article 19
L. 162-17-3	Cf. Art. additionnel après l'article 33
L. 162-22-6 (a, b, c)	<i>Voir ci-après</i>
L. 162-22-10	<i>Voir ci-après</i>
L. 162-22-13	<i>Voir ci-après</i>
L. 162-38	<i>Voir ci-après</i>
L. 165-1	<i>Voir ci-après</i>
L. 174-20	Cf Article 40
L. 176-1	<i>Voir ci-après</i>
L. 200-2	<i>Voir ci-après</i>
L. 213-1	<i>Voir ci-après</i>
L. 221-1-1	Cf. Article 36
L. 241-1	<i>Voir ci-après</i>
L. 241-2	Cf. Article 11
L. 241-3	<i>Voir ci-après</i>
L. 241-17	<i>Voir ci-après</i>
L. 241-18	<i>Voir ci-après</i>

L. 242-1	Cf. Art. additionnel après l'article 10
L. 242-1-2	Cf. Art. additionnel après l'article 67
L. 242-11	Cf. Article 29
L. 245-13	<i>Voir ci-après</i>
L. 321-1	<i>Voir ci-après</i>
L. 322-5	<i>Voir ci-après</i>
L. 322-5-2	<i>Voir ci-après</i>
L. 351-1-2	Cf. Article 50
L. 351-1-4	<i>Voir ci-après</i>
L. 351-3	Cf. Article 49
L. 351-9	<i>Voir ci-après</i>
L. 351-14-1	<i>Voir ci-après</i>
L. 355-2	<i>Voir ci-après</i>
L. 376-1	Cf. Article 64
L. 382-15	<i>Voir ci-après</i>
L. 454-1	Cf. Article 64
L. 455-1	<i>Voir ci-après</i>
L. 455-1-1	<i>Voir ci-après</i>
L. 511-1	<i>Voir ci-après</i>
L. 531-4	<i>Voir ci-après</i>
L. 553-2	<i>Voir ci-après</i>
612-4	Cf. Article 29

633-10	Cf. Article 29
L. 643-3	Cf. Article 50
L. 644-1	<i>Voir ci-après</i>
L. 711-1	<i>Voir ci-après</i>
L. 712-6	Cf. Art. additionnel après l'article 62
L. 712-7	<i>Voir ci-après</i>
L. 712-8	Cf. Art. additionnel après l'article 62
l. 723-10-1	Cf. Article 50
L. 752-1	<i>Voir ci-après</i>
L. 752-4	<i>Voir ci-après</i>
L. 821-1	<i>Voir ci-après</i>
L.821-2	<i>Voir ci-après</i>
L. 831-1	<i>Voir ci-après</i>
L. 863-3	<i>Voir ci-après</i>

Code du sport 368

Article	Se reporter à
L. 221-2	<i>Voir ci-après</i>

Code du travail 368

Article	Se reporter à
L. 1242-2	<i>Voir ci-après</i>
L. 1271-1	<i>Voir ci-après</i>
L. 1441-8	<i>Voir ci-après</i>

L. 3121-22	<i>Voir ci-après</i>
L. 5212-5	<i>Voir ci-après</i>
L. 5213-1	<i>Voir ci-après</i>
L. 5423-24	<i>Voir ci-après</i>
L. 7221-1	<i>Voir ci-après</i>
L. 8221-5	<i>Voir ci-après</i>

Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés 370

Article	Se reporter à
25 à 29	<i>Voir ci-après</i>

Loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle 373

Article	Se reporter à
2	<i>Voir ci-après</i>
24	<i>Voir ci-après</i>

Ordonnance 96-50 du 24 janvier 1996 sur le remboursement de la dette sociale

Article	Se reporter à
14	Cf. Art. additionnel après l'article 13

Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 374

Article	Se reporter à
41 (III)	<i>Voir ci-après</i>

Loi n°2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 374

Article	Se reporter à
40 (I, II, III bis, III quater, IV, V et V bis)	<i>Voir ci-après</i>
40 (III)	Cf. Article 36
40 (III ter)	Cf. Article 45

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

Article	Se reporter à
33	Cf. Art. additionnel après l'article 13 Cf. Article 40

Loi n°2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises 376

Article	Se reporter à
70	<i>Voir ci-après</i>

Loi n°2005-1720 du 30 décembre 2005 de finances rectificatives pour 2005..... 376

Article	Se reporter à
23	<i>Voir ci-après</i>

Loi n°2007-1822 du 24 décembre 2007 de finances pour 2007.. 377

Article	Se reporter à
53	<i>Voir ci-après</i>

Loi n°2009-594 du 27 mai 2009 pour le développement de l'outre-mer

..... 378

Article	Se reporter à
3	<i>Voir ci-après</i>

Loi n°2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 379

Article	Se reporter à
37 (I)	<i>Voir ci-après</i>
90	<i>Voir ci-après</i>

Code de l'action sociale et des familles

Art. L. 14-10-1. – I. – La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a pour missions :

1° De contribuer au financement de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, à domicile et en établissement, dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire ;

2° D'assurer la répartition équitable sur le territoire national du montant total de dépenses mentionné à l'article L. 314-3, en veillant notamment à une prise en compte de l'ensemble des besoins, pour toutes les catégories de handicaps ;

3° D'assurer un rôle d'expertise technique et de proposition pour les référentiels nationaux d'évaluation des déficiences et de la perte d'autonomie, ainsi que pour les méthodes et outils utilisés pour apprécier les besoins individuels de compensation ;

4° D'assurer un rôle d'expertise et d'appui dans l'élaboration des schémas nationaux mentionnés à l'article L. 312-5 et des programmes interdépartementaux d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie mentionnés à l'article L. 312-5-1 ;

5° De contribuer à l'information et au conseil sur les aides techniques qui visent à améliorer l'autonomie des personnes âgées et handicapées, de contribuer à l'évaluation de ces aides et de veiller à la qualité des conditions de leur distribution ;

6° D'assurer un échange d'expériences et d'informations entre les maisons départementales des personnes handicapées mentionnées à l'article L. 146-3, de diffuser les bonnes pratiques d'évaluation individuelle des besoins et de veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation ;

7° De participer, avec les autres institutions et administrations compétentes, à la définition d'indicateurs et d'outils de recueil de données anonymisées, afin de mesurer et d'analyser la perte d'autonomie et les besoins de compensation des personnes âgées et handicapées ;

8° De participer, avec les autres institutions et administrations compétentes, à la définition et au lancement d'actions de recherche dans le domaine de la prévention et de la compensation de la perte d'autonomie ;

9° D'assurer une coopération avec les institutions étrangères ayant le même objet ;

10° De contribuer au financement de l'investissement destiné à la mise aux normes techniques et de sécurité, à la modernisation des locaux en fonctionnement ainsi qu'à la création de places nouvelles en établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

11° De réaliser, dans des conditions fixées par voie réglementaire, une étude relative à l'analyse des différents coûts de revient et tarifs des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 et relevant de sa compétence, sur la base des données qu'ils lui transmettent ainsi que le prévoit l'article L. 312-9.

II. – L'autorité compétente de l'État conclut avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie une convention d'objectifs et de gestion comportant des engagements réciproques des signataires. Elle précise notamment, pour la durée de son exécution :

1° Les objectifs liés à la mise en oeuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent le domaine de compétence de la caisse ;

2° Les objectifs prioritaires en matière de compensation des handicaps et de la perte d'autonomie, notamment en termes de création de places et d'équipements nouveaux ;

3° Les objectifs fixés aux autorités compétentes de l'État au niveau local pour la mise en oeuvre des dispositions de l'article L. 314-3 ;

4° Les modalités et critères d'évaluation des résultats obtenus au regard des objectifs fixés ;

5° Les règles de calcul et l'évolution des charges de gestion de la caisse.

La convention d'objectifs et de gestion est conclue pour une période minimale de quatre ans. Elle est signée, pour le compte de la caisse, par le président du conseil et par le directeur.

III. – Un décret fixe la nature et le contenu des conventions qui organisent les relations entre la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et les organismes nationaux d'assurance maladie et d'assurance vieillesse et notamment les échanges réguliers d'informations portant sur l'action de la caisse.

Art. L. 112-3. – La protection de l'enfance a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs. Elle comporte à cet effet un ensemble d'interventions en faveur de ceux-ci et de leurs parents. Ces interventions peuvent également être destinées à des majeurs de moins de vingt et un ans connaissant des difficultés susceptibles de compromettre gravement leur équilibre. La protection de l'enfance a également pour but de prévenir les difficultés que peuvent rencontrer les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et d'assurer leur prise en charge.

Art. L. 221-1. – Le service de l'aide sociale à l'enfance est un service non personnalisé du département chargé des missions suivantes :

1° Apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique tant aux mineurs et à leur famille ou à tout détenteur de l'autorité parentale, confrontés à des difficultés risquant de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité de ces mineurs ou de compromettre gravement leur éducation ou leur développement physique, affectif, intellectuel et social, qu'aux mineurs émancipés et majeurs de moins de vingt et un ans confrontés à des difficultés familiales, sociales et éducatives susceptibles de compromettre gravement leur équilibre ;

2° Organiser, dans les lieux où se manifestent des risques d'inadaptation sociale, des actions collectives visant à prévenir la marginalisation et à faciliter l'insertion ou la promotion sociale des jeunes et des familles, notamment celles visées au 2° de l'article L. 121-2 ;

3° Mener en urgence des actions de protection en faveur des mineurs mentionnés au 1° du présent article ;

4° Pourvoir à l'ensemble des besoins des mineurs confiés au service et veiller à leur orientation, en collaboration avec leur famille ou leur représentant légal ;

5° Mener, notamment à l'occasion de l'ensemble de ces interventions, des actions de prévention des situations de danger à l'égard des mineurs et, sans préjudice des compétences de l'autorité judiciaire, organiser le recueil et la transmission, dans les conditions prévues à l'article L. 226-3, des informations préoccupantes relatives aux mineurs dont la santé, la

sécurité, la moralité sont en danger ou risquent de l'être ou dont l'éducation ou le développement sont compromis ou risquent de l'être, et participer à leur protection ;

6° Veiller à ce que les liens d'attachement noués par l'enfant avec d'autres personnes que ses parents soient maintenus, voire développés, dans son intérêt supérieur.

Pour l'accomplissement de ses missions, et sans préjudice de ses responsabilités vis-à-vis des enfants qui lui sont confiés, le service de l'aide sociale à l'enfance peut faire appel à des organismes publics ou privés habilités dans les conditions prévues aux articles L. 313-8, L. 313-8-1 et L. 313-9 ou à des personnes physiques.

Le service contrôle les personnes physiques ou morales à qui il a confié des mineurs, en vue de s'assurer des conditions matérielles et morales de leur placement.

Art. L. 221-3. – Les conditions dans lesquelles le service de l'aide sociale à l'enfance d'un département accède aux demandes de renseignements relatives à une famille ou à un mineur formulées par le service de l'aide sociale à l'enfance d'un autre département pour l'accomplissement de ses missions, sont déterminées par voie réglementaire.

Art. L. 222-3. – L'aide à domicile comporte, ensemble ou séparément :

- l'action d'un technicien ou d'une technicienne de l'intervention sociale et familiale ou d'une aide ménagère ;

- un accompagnement en économie sociale et familiale ;

- l'intervention d'un service d'action éducative ;

- le versement d'aides financières, effectué sous forme soit de secours exceptionnels, soit d'allocations mensuelles, à titre définitif ou sous condition de remboursement, éventuellement délivrés en espèces.

Art. L. 226-3-1. – Dans chaque département, un observatoire départemental de la protection de l'enfance, placé sous l'autorité du président du conseil général, a pour missions :

1° De recueillir, d'examiner et d'analyser les données relatives à l'enfance en danger dans le département, au regard notamment des informations anonymes transmises dans les conditions prévues à l'article L. 226-3. Ces données sont ensuite adressées par chaque département à l'Observatoire national de l'enfance en danger ;

2° D'être informé de toute évaluation des services et établissements intervenant dans le domaine de la protection de l'enfance et assurée en application de l'article L. 312-8 ;

3° De suivre la mise en oeuvre du schéma départemental prévu à l'article L. 312-5 en tant qu'il concerne les établissements et services mentionnés aux 1° et 4° du I de l'article L. 312-1, et de formuler des avis ;

4° De formuler des propositions et avis sur la mise en oeuvre de la politique de protection de l'enfance dans le département.

L'observatoire départemental de la protection de l'enfance comprend notamment des représentants des services du conseil général, de l'autorité judiciaire dans le département et des autres services de l'État ainsi que des représentants de tout service et établissement dans ce département qui participe ou apporte son concours à la protection de l'enfance, et des représentants des associations concourant à la protection de l'enfance et de la famille.

L'observatoire départemental de la protection de l'enfance établit des statistiques qui sont portées à la connaissance de l'assemblée départementale et transmises aux représentants de l'État et de l'autorité judiciaire.

Art. L. 226-6. – L'État, les départements et des personnes morales de droit public ou privé constituent un groupement d'intérêt public pour gérer un service d'accueil téléphonique gratuit ainsi qu'un Observatoire de l'enfance en danger afin d'exercer, à l'échelon national, les missions d'observation, d'analyse et de prévention des mauvais traitements et de protection des mineurs en danger prévues au présent chapitre.

Le service d'accueil téléphonique répond, à tout moment, aux demandes d'information ou de conseil concernant les situations de mineurs en danger ou présumés l'être. Il transmet immédiatement au président du conseil général, selon le dispositif mis en place en application de l'article L. 226-3, les informations qu'il recueille et les appréciations qu'il formule à propos de ces mineurs. A cette fin, le président du conseil général informe le groupement des modalités de fonctionnement permanent du dispositif départemental.

L'Observatoire de l'enfance en danger contribue au recueil et à l'analyse des données et des études concernant la protection de l'enfance, en provenance de l'État, des collectivités territoriales, des établissements publics, des fondations et des associations oeuvrant en ce domaine. Il contribue à la mise en cohérence des différentes données et informations, à l'amélioration de la connaissance des phénomènes de mise en danger des mineurs et recense les pratiques de prévention ainsi que de dépistage et de prise en charge médico-sociale et judiciaire des mineurs en danger, dont les résultats évalués ont été jugés concluants, afin d'en assurer la promotion auprès de l'État, des collectivités territoriales, des établissements publics, des fondations et des associations oeuvrant dans ce domaine. Il présente au Gouvernement et au Parlement un rapport annuel rendu public.

Art. L. 232-2. – L'allocation personnalisée d'autonomie, qui a le caractère d'une prestation en nature, est accordée, sur sa demande, dans les limites de tarifs fixés par voie réglementaire, à toute personne attestant d'une résidence stable et régulière et remplissant les conditions d'âge et de perte d'autonomie, évaluée à l'aide d'une grille nationale, également définies par voie réglementaire.

Art. L. 251-1. – Tout étranger résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale et dont les ressources ne dépassent pas le plafond mentionné à l'article L. 861-1 de ce code et droit, pour lui-même et les personnes à sa charge au sens de l'article L. 161-14 et des 1° à 3° de l'article L. 313-3 de ce code, à l'aide médicale de l'État, sous réserve, s'il est majeur, de s'être acquitté, à son propre titre et au titre des personnes majeures à sa charge telles que définies ci-dessus, du droit annuel mentionné à l'article 968 E du code général des impôts.

En outre, toute personne qui, ne résidant pas en France, est présente sur le territoire français, et dont l'état de santé le justifie, peut, par décision individuelle prise par le ministre chargé de l'action sociale, bénéficier de l'aide médicale de l'État dans les conditions prévues par l'article L. 252-1. Dans ce cas, la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 251-2 peut être partielle.

De même, toute personne gardée à vue sur le territoire français, qu'elle réside ou non en France, peut, si son état de santé le justifie, bénéficier de l'aide médicale de l'État, dans des conditions définies par décret.

Art. L. 254-1. – Les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître et qui sont dispensés par les établissements de santé à ceux des étrangers résidant en France sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L. 380-1 du

code de la sécurité sociale et qui ne sont pas bénéficiaires de l'aide médicale de l'État en application de l'article L. 251-1 sont pris en charge dans les conditions prévues à l'article L. 251-2. Une dotation forfaitaire est versée à ce titre par l'État à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Art. L. 312-1. – I. – Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du présent code, les établissements et les services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après :

1° Les établissements ou services prenant en charge habituellement, y compris au titre de la prévention, des mineurs et des majeurs de moins de vingt et un ans relevant des articles L. 221-1, L. 222-3 et L. 222-5 ;

2° Les établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation ;

3° Les centres d'action médico-sociale précoce mentionnés à l'article L. 2132-4 du code de la santé publique ;

4° Les établissements ou services mettant en oeuvre les mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire en application de l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ou des articles 375 à 375-8 du code civil ou concernant des majeurs de moins de vingt et un ans ou les mesures d'investigation préalables aux mesures d'assistance éducative prévues au code de procédure civile et par l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ;

5° Les établissements ou services :

a) D'aide par le travail, à l'exception des structures conventionnées pour les activités visées à l'article L. 322-4-16 du code du travail et des entreprises adaptées définies aux articles L. 323-30 et suivants du même code ;

b) De réadaptation, de réorientation et de rééducation professionnelle mentionnés à l'article L. 323-15 du code du travail ;

6° Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ;

7° Les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes adultes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ;

8° Les établissements ou services comportant ou non un hébergement, assurant l'accueil, notamment dans les situations d'urgence, le soutien ou l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active ou l'insertion sociale et professionnelle des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse ;

9° Les établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et

de suivi médical, dont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue, les structures dénommées " lits halte soins santé " et les appartements de coordination thérapeutique ;

10° Les foyers de jeunes travailleurs qui relèvent des dispositions des articles L. 351-2 et L. 353-2 du code de la construction et de l'habitation ;

11° Les établissements ou services, dénommés selon les cas centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité, mettant en oeuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers, ou d'autres établissements et services ;

12° Les établissements ou services à caractère expérimental ;

13° Les centres d'accueil pour demandeurs d'asile mentionnés à l'article L. 348-1 ;

14° Les services mettant en oeuvre les mesures de protection des majeurs ordonnées par l'autorité judiciaire au titre du mandat spécial auquel il peut être recouru dans le cadre de la sauvegarde de justice ou au titre de la curatelle, de la tutelle ou de la mesure d'accompagnement judiciaire ;

15° Les services mettant en oeuvre les mesures judiciaires d'aide à la gestion du budget familial.

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux délivrent des prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge. Ils assurent l'accueil à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, semi-internat ou externat.

II. – Les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements et services relevant des catégories mentionnées au présent article, à l'exception du 12° du I, sont définies par décret après avis de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale.

Les établissements mentionnés aux 1°, 2°, 6° et 7° du I s'organisent en unités de vie favorisant le confort et la qualité de séjour des personnes accueillies, dans des conditions et des délais fixés par décret.

Les établissements et services mentionnés au 1° du même I s'organisent de manière à garantir la sécurité de chacun des mineurs ou des majeurs de moins de vingt et un ans qui y sont accueillis.

Les prestations délivrées par les établissements et services mentionnés aux 1° à 15° du I sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées. Ces établissements et services sont dirigés par des professionnels dont le niveau de qualification est fixé par décret et après consultation de la branche professionnelle ou, à défaut, des fédérations ou organismes représentatifs des organismes gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux concernés.

Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles dans les établissements sociaux et médico-sociaux publics ou privés doivent conclure avec ces établissements une convention qui détermine les modalités de cette intervention.

III. – Les lieux de vie et d'accueil qui ne constituent pas des établissements et services sociaux ou médico-sociaux au sens du I doivent faire application des articles L. 311-4 à L. 311-8. Ils sont également soumis à l'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1 et aux dispositions des articles L. 313-13 à L. 313-25, dès lors qu'ils ne relèvent ni des dispositions prévues au titre II du livre IV relatives aux assistants maternels, ni de celles relatives aux particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées prévues au titre IV dudit livre. Un décret fixe le nombre minimal et maximal des personnes que ces structures peuvent accueillir et leurs règles de financement et de tarification.

IV. – Les équipes de prévention spécialisée relevant du 1° du I ne sont pas soumises aux dispositions des articles L. 311-4 à L. 311-7. Ces dispositions ne s'appliquent pas non plus aux mesures d'investigation préalables aux mesures d'assistance éducative prévues au code de procédure civile et par l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante.

V. – Participent de la formation professionnelle les actions de préformation, de formation et de préparation à la vie professionnelle menées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés aux 2°, a du 5° et 12° du I du présent article accueillant des jeunes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation et au 4° du même I, ainsi que dans les établissements et services conventionnés ou habilités par la protection judiciaire de la jeunesse.

Art. L. 423-4. – Les éléments et le montant minimal des indemnités et fournitures destinées à l'entretien de l'enfant sont déterminés par décret.

Code civil

Art. 2224. – Les actions personnelles ou mobilières se prescrivent par cinq ans à compter du jour où le titulaire d'un droit a connu ou aurait dû connaître les faits lui permettant de l'exercer.

Code du commerce

Art. L. 526-6. – Tout entrepreneur individuel peut affecter à son activité professionnelle un patrimoine séparé de son patrimoine personnel, sans création d'une personne morale.

Ce patrimoine est composé de l'ensemble des biens, droits, obligations ou sûretés dont l'entrepreneur individuel est titulaire, nécessaires à l'exercice de son activité professionnelle. Il peut comprendre également les biens, droits, obligations ou sûretés dont l'entrepreneur individuel est titulaire, utilisés pour l'exercice de son activité professionnelle et qu'il décide d'y affecter. Un même bien, droit, obligation ou sûreté ne peut entrer dans la composition que d'un seul patrimoine affecté.

Par dérogation à l'alinéa précédent, l'entrepreneur individuel exerçant une activité agricole au sens de l'article L. 311-1 du code rural et de la pêche maritime peut ne pas affecter les terres utilisées pour l'exercice de son exploitation à son activité professionnelle. Cette faculté s'applique à la totalité des terres dont l'exploitant est propriétaire.

Pour l'exercice de l'activité professionnelle à laquelle le patrimoine est affecté, l'entrepreneur individuel utilise une dénomination incorporant son nom, précédé ou suivi

immédiatement des mots : " Entrepreneur individuel à responsabilité limitée " ou des initiales : " EIRL ".

Art. 526-7. – La constitution du patrimoine affecté résulte du dépôt d'une déclaration effectué :

1° Soit au registre de publicité légale auquel l'entrepreneur individuel est tenu de s'immatriculer ;

2° Soit au registre de publicité légale choisi par l'entrepreneur individuel en cas de double immatriculation ; dans ce cas, mention en est portée à l'autre registre ;

3° Soit, pour les personnes physiques qui ne sont pas tenues de s'immatriculer à un registre de publicité légale, à un registre tenu au greffe du tribunal statuant en matière commerciale du lieu de leur établissement principal ;

4° Soit, pour les exploitants agricoles, auprès de la chambre d'agriculture compétente.

Art. 526-8. – Les organismes chargés de la tenue des registres mentionnés à l'article L. 526-7 n'acceptent le dépôt de la déclaration visée au même article qu'après avoir vérifié qu'elle comporte :

1° Un état descriptif des biens, droits, obligations ou sûretés affectés à l'activité professionnelle, en nature, qualité, quantité et valeur ;

2° La mention de l'objet de l'activité professionnelle à laquelle le patrimoine est affecté. La modification de l'objet donne lieu à mention au registre auquel a été effectué le dépôt de la déclaration prévue à l'article L. 527-7 ;

3° Le cas échéant, les documents attestant de l'accomplissement des formalités visées aux articles L. 526-9 à L. 526-11.

Art. 526-9. – L'affectation d'un bien immobilier ou d'une partie d'un tel bien est reçue par acte notarié et publiée au bureau des hypothèques ou, dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, au livre foncier de la situation du bien. L'entrepreneur individuel qui n'affecte qu'une partie d'un ou de plusieurs biens immobiliers désigne celle-ci dans un état descriptif de division.

L'établissement de l'acte notarié et l'accomplissement des formalités de publicité donnent lieu au versement d'émoluments fixes dans le cadre d'un plafond déterminé par décret.

Lorsque l'affectation d'un bien immobilier ou d'une partie d'un tel bien est postérieure à la constitution du patrimoine affecté, elle donne lieu au dépôt d'une déclaration complémentaire au registre auquel a été effectué le dépôt de la déclaration prévue à l'article L. 526-7. L'article L. 526-8 est applicable, à l'exception des 1° et 2°.

Le non-respect des règles prévues au présent article entraîne l'inopposabilité de l'affectation.

Art. L526-10. – Tout élément d'actif du patrimoine affecté, autre que des liquidités, d'une valeur déclarée supérieure à un montant fixé par décret fait l'objet d'une évaluation au vu d'un rapport annexé à la déclaration et établi sous sa responsabilité par un commissaire aux comptes, un expert-comptable, une association de gestion et de comptabilité ou un notaire désigné par l'entrepreneur individuel. L'évaluation par un notaire ne peut concerner qu'un bien immobilier.

Lorsque l'affectation d'un bien visé au premier alinéa est postérieure à la constitution du patrimoine affecté, elle fait l'objet d'une évaluation dans les mêmes formes et donne lieu au dépôt d'une déclaration complémentaire au registre auquel a été effectué le dépôt de la déclaration prévue à l'article L. 526-7. L'article L. 526-8 est applicable, à l'exception des 1° et 2°.

Lorsque la valeur déclarée est supérieure à celle proposée par le commissaire aux comptes, l'expert-comptable, l'association de gestion et de comptabilité ou le notaire, l'entrepreneur individuel est responsable, pendant une durée de cinq ans, à l'égard des tiers sur la totalité de son patrimoine, affecté et non affecté, à hauteur de la différence entre la valeur proposée par le commissaire aux comptes, l'expert-comptable, l'association de gestion et de comptabilité ou le notaire et la valeur déclarée.

En l'absence de recours à un commissaire aux comptes, à un expert-comptable, à une association de gestion et de comptabilité ou à un notaire, l'entrepreneur individuel est responsable, pendant une durée de cinq ans, à l'égard des tiers sur la totalité de son patrimoine, affecté et non affecté, à hauteur de la différence entre la valeur réelle du bien au moment de l'affectation et la valeur déclarée.

Art. L. 526-11. – Lorsque tout ou partie des biens affectés sont des biens communs ou indivis, l'entrepreneur individuel justifie de l'accord exprès de son conjoint ou de ses coindivisaires et de leur information préalable sur les droits des créanciers mentionnés au 1° de l'article L. 526-12 sur le patrimoine affecté. Un même bien commun ou indivis ou une même partie d'un bien immobilier commun ou indivis ne peut entrer dans la composition que d'un seul patrimoine affecté.

Lorsque l'affectation d'un bien commun ou indivis est postérieure à la constitution du patrimoine affecté, elle donne lieu au dépôt d'une déclaration complémentaire au registre auquel a été effectué le dépôt de la déclaration prévue à l'article L. 526-7. L'article L. 526-8 est applicable, à l'exception des 1° et 2°.

Art. L. 526-12. – La déclaration d'affectation mentionnée à l'article L. 526-7 est opposable de plein droit aux créanciers dont les droits sont nés postérieurement à son dépôt.

Elle est opposable aux créanciers dont les droits sont nés antérieurement à son dépôt à la condition que l'entrepreneur individuel à responsabilité limitée le mentionne dans la déclaration d'affectation et en informe les créanciers dans des conditions fixées par voie réglementaire.

Dans ce cas, les créanciers concernés peuvent former opposition à ce que la déclaration leur soit opposable dans un délai fixé par voie réglementaire. Une décision de justice rejette l'opposition ou ordonne soit le remboursement des créances, soit la constitution de garanties, si l'entrepreneur individuel en offre et si elles sont jugées suffisantes.

À défaut de remboursement des créances ou de constitution des garanties ordonnées, la déclaration est inopposable aux créanciers dont l'opposition a été admise.

L'opposition formée par un créancier n'a pas pour effet d'interdire la constitution du patrimoine affecté.

Par dérogation aux articles 2284 et 2285 du code civil :

1° Les créanciers auxquels la déclaration d'affectation est opposable et dont les droits sont nés à l'occasion de l'exercice de l'activité professionnelle à laquelle le patrimoine est affecté ont pour seul gage général le patrimoine affecté ;

2° Les autres créanciers auxquels la déclaration est opposable ont pour seul gage général le patrimoine non affecté.

Toutefois, l'entrepreneur individuel à responsabilité limitée est responsable sur la totalité de ses biens et droits en cas de fraude ou en cas de manquement grave aux règles prévues au deuxième alinéa de l'article L. 526-6 ou aux obligations prévues à l'article L. 526-13.

En cas d'insuffisance du patrimoine non affecté, le droit de gage général des créanciers mentionnés au 2° du présent article peut s'exercer sur le bénéfice réalisé par l'entrepreneur individuel à responsabilité limitée lors du dernier exercice clos.

Art. L526-13. – L'activité professionnelle à laquelle le patrimoine est affecté fait l'objet d'une comptabilité autonome, établie dans les conditions définies aux articles L. 123-12 à L. 123-23 et L. 123-25 à L. 123-27.

Par dérogation à l'article L. 123-28 et au premier alinéa du présent article, l'activité professionnelle des personnes bénéficiant des régimes définis aux articles 50-0, 64 et 102 ter du code général des impôts fait l'objet d'obligations comptables simplifiées.

L'entrepreneur individuel à responsabilité limitée est tenu de faire ouvrir dans un établissement de crédit un ou plusieurs comptes bancaires exclusivement dédiés à l'activité à laquelle le patrimoine a été affecté.

Art. L526-14. – Les comptes annuels de l'entrepreneur individuel à responsabilité limitée ou, le cas échéant, le ou les documents résultant des obligations comptables simplifiées prévues au deuxième alinéa de l'article L. 526-13 sont déposés chaque année au registre auquel a été effectué le dépôt de la déclaration prévue à l'article L. 526-7 pour y être annexés. Ils sont transmis, pour y être annexés, au registre prévu au 3° de l'article L. 526-7 lorsque le dépôt de la déclaration est effectué au répertoire des métiers dans le cas prévu au 1° du même article, et, s'il y a lieu, au registre du commerce et des sociétés dans le cas prévu au 2° du même article. A compter de leur dépôt, ils valent actualisation de la composition et de la valeur du patrimoine affecté.

En cas de non-respect de l'obligation mentionnée au premier alinéa, le président du tribunal, statuant en référé, peut, à la demande de tout intéressé ou du ministère public, enjoindre sous astreinte à l'entrepreneur individuel à responsabilité limitée de procéder au dépôt de ses comptes annuels ou, le cas échéant, du ou des documents résultant des obligations comptables simplifiées prévues au deuxième alinéa de l'article L. 526-13.

Art. L526-15. – En cas de renonciation de l'entrepreneur individuel à responsabilité limitée à l'affectation ou en cas de décès de celui-ci, la déclaration d'affectation cesse de produire ses effets. Toutefois, en cas de cessation, concomitante à la renonciation, de l'activité professionnelle à laquelle le patrimoine est affecté ou en cas de décès, les créanciers mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 526-12 conservent pour seul gage général celui qui était le leur au moment de la renonciation ou du décès.

En cas de renonciation, l'entrepreneur individuel en fait porter la mention au registre auquel a été effectué le dépôt de la déclaration prévue à l'article L. 526-7. En cas de décès, un héritier, un ayant droit ou toute personne mandatée à cet effet en fait porter la mention au même registre.

Art. L526-16. – Par dérogation à l'article L. 526-15, l'affectation ne cesse pas dès lors que l'un des héritiers ou ayants droit de l'entrepreneur individuel décédé, sous réserve du respect des dispositions successorales, manifeste son intention de poursuivre l'activité professionnelle à laquelle le patrimoine était affecté. La personne ayant manifesté son

intention de poursuivre l'activité professionnelle en fait porter la mention au registre auquel a été effectué le dépôt de la déclaration visée à l'article L. 526-7 dans un délai de trois mois à compter de la date du décès.

La reprise du patrimoine affecté, le cas échéant après partage et vente de certains des biens affectés pour les besoins de la succession, est subordonnée au dépôt d'une déclaration de reprise au registre auquel a été effectué le dépôt de la déclaration visée à l'article L. 526-7.

Art. L. 526-17. – I. – L'entrepreneur individuel à responsabilité limitée peut céder à titre onéreux, transmettre à titre gratuit entre vifs ou apporter en société l'intégralité de son patrimoine affecté et en transférer la propriété dans les conditions prévues aux II et III du présent article sans procéder à sa liquidation.

II. – La cession à titre onéreux ou la transmission à titre gratuit entre vifs du patrimoine affecté à une personne physique entraîne sa reprise avec maintien de l'affectation dans le patrimoine du cessionnaire ou du donataire. Elle donne lieu au dépôt par le cédant ou le donateur d'une déclaration de transfert au registre auquel a été effectué le dépôt de la déclaration visée à l'article L. 526-7 et fait l'objet d'une publicité. La reprise n'est opposable aux tiers qu'après l'accomplissement de ces formalités.

La cession du patrimoine affecté à une personne morale ou son apport en société entraîne transfert de propriété dans le patrimoine du cessionnaire ou de la société, sans maintien de l'affectation. Elle donne lieu à publication d'un avis. Le transfert de propriété n'est opposable aux tiers qu'après l'accomplissement de cette formalité.

III. – La déclaration ou l'avis mentionnés au II sont accompagnés d'un état descriptif des biens, droits, obligations ou sûretés composant le patrimoine affecté.

Les articles L. 141-1 à L. 141-22 ne sont pas applicables à la cession ou à l'apport en société d'un fonds de commerce intervenant par suite de la cession ou de l'apport en société d'un patrimoine affecté.

Le cessionnaire, le donataire ou le bénéficiaire de l'apport est débiteur des créanciers de l'entrepreneur individuel à responsabilité limitée mentionnés au 1° de l'article L. 526-12 en lieu et place de celui-ci, sans que cette substitution emporte novation à leur égard.

Les créanciers de l'entrepreneur individuel à responsabilité limitée mentionnés au 1° de l'article L. 526-12 dont la créance est antérieure à la date de la publicité mentionnée au II du présent article, ainsi que les créanciers auxquels la déclaration n'est pas opposable et dont les droits sont nés antérieurement au dépôt de la déclaration visée à l'article L. 526-7 lorsque le patrimoine affecté fait l'objet d'une donation entre vifs, peuvent former opposition à la transmission du patrimoine affecté dans un délai fixé par voie réglementaire. Une décision de justice rejette l'opposition ou ordonne soit le remboursement des créances, soit la constitution de garanties, si le cessionnaire ou le donataire en offre et si elles sont jugées suffisantes.

À défaut de remboursement des créances ou de constitution des garanties ordonnées, la transmission du patrimoine affecté est inopposable aux créanciers dont l'opposition a été admise.

L'opposition formée par un créancier n'a pas pour effet d'interdire la transmission du patrimoine affecté.

Art. L. 526-18. – L'entrepreneur individuel à responsabilité limitée détermine les revenus qu'il verse dans son patrimoine non affecté.

Art. L. 526-19. – Le tarif des formalités de dépôt des déclarations et d’inscription des mentions visées à la présente section ainsi que de dépôt des comptes annuels ou du ou des documents résultant des obligations comptables simplifiées prévues au deuxième alinéa de l’article L. 526-13 est fixé par décret.

La formalité de dépôt de la déclaration visée à l’article L. 526-7 est gratuite lorsque la déclaration est déposée simultanément à la demande d’immatriculation au registre de publicité légale.

Art. L. 526-20. – Le ministère public ainsi que tout intéressé peuvent demander au président du tribunal statuant en référé d’enjoindre sous astreinte à un entrepreneur individuel à responsabilité limitée de porter sur tous ses actes et documents sa dénomination, précédée ou suivie immédiatement et lisiblement des mots : " Entrepreneur individuel à responsabilité limitée " ou des initiales : " EIRL ".

Art. L. 526-21. – Les conditions d’application de la présente section sont fixées par décret en Conseil d’État.

Code de la construction et de l’habitation

Art. L. 351-6. – Le fonds national d’aide au logement est chargé de financer l’aide personnalisée au logement, la prime de déménagement prévue à l’article L. 351-5 et les dépenses de gestion qui s’y rapportent ainsi que les dépenses du conseil national de l’habitat.

Il finance également l’allocation de logement relevant du titre III du livre VIII du code de la sécurité sociale ainsi que les dépenses de gestion qui s’y rapportent.

Le fonds est administré par un conseil de gestion dont la composition, les modes de désignation des membres et les modalités de fonctionnement sont fixés par décret.

Sa gestion est assurée par la Caisse des dépôts et consignations.

Code de l’éducation

Art. 452-1. – L’Agence pour l’enseignement français à l’étranger est un établissement public national à caractère administratif placé sous la tutelle du ministre chargé des affaires étrangères et du ministre chargé de la coopération.

Code général des impôts

Art. L. 38. – 1. Sous réserve des dispositions des articles 33 ter, 40 à 43 bis et 151 sexies, le bénéficiaire imposable est le bénéficiaire net, déterminé d’après les résultats d’ensemble des opérations de toute nature effectuées par les entreprises, y compris notamment les cessions d’éléments quelconques de l’actif, soit en cours, soit en fin d’exploitation.

2. Le bénéficiaire net est constitué par la différence entre les valeurs de l’actif net à la clôture et à l’ouverture de la période dont les résultats doivent servir de base à l’impôt diminuée des suppléments d’apport et augmentée des prélèvements effectués au cours de cette période par l’exploitant ou par les associés. L’actif net s’entend de l’excédent des valeurs d’actif sur le total formé au passif par les créances des tiers, les amortissements et les provisions justifiées.

2 bis. Pour l'application des 1 et 2, les produits correspondant à des créances sur la clientèle ou à des versements reçus à l'avance en paiement du prix sont rattachés à l'exercice au cours duquel intervient la livraison des biens pour les ventes ou opérations assimilées et l'achèvement des prestations pour les fournitures de services.

Toutefois, ces produits doivent être pris en compte :

a. Pour les prestations continues rémunérées notamment par des intérêts ou des loyers et pour les prestations discontinues mais à échéances successives échelonnées sur plusieurs exercices, au fur et à mesure de l'exécution ;

b. Pour les travaux d'entreprise donnant lieu à réception complète ou partielle, à la date de cette réception, même si elle est seulement provisoire ou faite avec réserves, ou à celle de la mise à la disposition du maître de l'ouvrage si elle est antérieure.

La livraison au sens du premier alinéa s'entend de la remise matérielle du bien lorsque le contrat de vente comporte une clause de réserve de propriété.

Ces dispositions s'appliquent à la détermination des résultats imposables des exercices clos à compter du 31 décembre 1978. Les produits qui, en application de la législation précédemment en vigueur, ont déjà servi à la détermination des résultats d'exercices antérieurs sont déduits pour la détermination des résultats des exercices auxquels les sommes correspondantes doivent désormais être rattachées.

3. Pour l'application des 1 et 2, les stocks sont évalués au prix de revient ou au cours du jour de la clôture de l'exercice, si ce cours est inférieur au prix de revient.

Les travaux en cours sont évalués au prix de revient.

4. Pour l'application des 1 et 2, les écarts de conversion des devises ainsi que des créances et dettes libellées en monnaies étrangères par rapport aux montants initialement comptabilisés sont déterminés à la clôture de chaque exercice en fonction du dernier cours de change et pris en compte pour la détermination du résultat imposable de l'exercice.

Lorsque des établissements de crédit ou des entreprises d'investissement mentionnés au premier alinéa de l'article 38 bis A évaluent les titres libellés en monnaie étrangère à la clôture de chaque exercice en fonction du dernier cours de change connu, les écarts de conversion constatés sont pris en compte pour la détermination du résultat imposable de l'exercice. À la clôture de chaque exercice, le prix de revient des titres est augmenté ou diminué, selon les cas, des écarts de conversion mentionnés à ce même alinéa. Toutefois, lorsque les établissements ou les entreprises concernés détiennent des titres d'investissement mentionnés à l'article 38 bis B et des titres de participation, libellés en monnaie étrangère et dont l'acquisition a été financée en francs ou en euros, les écarts de conversion mentionnés au présent alinéa et constatés sur ces titres ne sont pas pris en compte dans le résultat fiscal de l'exercice ; dans ce cas, sur le plan fiscal, le prix de revient de ces titres ne tient pas compte des écarts de conversion. Ces dispositions sont applicables aux écarts de change relatifs à la période postérieure à l'ouverture du premier exercice clos à compter du 31 décembre 1990.

Pour l'exercice clos le 31 décembre 1998 ou la période d'imposition arrêtée à la même date, les écarts de conversion afférents aux devises, créances, dettes et titres mentionnés aux premier et deuxième alinéas et libellés en écus ou en unités monétaires des États participant à la monnaie unique, sont déterminés en fonction des taux de conversion définis à l'article 1^{er} du règlement n° 97/1103/ CE du Conseil, du 17 juin 1997, fixant certaines dispositions relatives à l'introduction de l'euro.

Les dispositions du premier alinéa ne sont pas applicables, sur option irrévocable, aux prêts libellés en monnaie étrangère consentis, à compter du 1^{er} janvier 2001, par des

entreprises autres que les établissements de crédit et les entreprises d'investissement mentionnés à l'article 38 bis A, pour une durée initiale et effective d'au moins trois ans, à une société dont le siège social est situé dans un État ne participant pas à la monnaie unique et dont elles détiennent directement ou indirectement plus de la moitié du capital de manière continue pendant toute la période du prêt. Corrélativement, la valeur fiscale de ces prêts ne tient pas compte des écarts de conversion constatés sur le plan comptable. Les dispositions du présent alinéa ne sont pas applicables aux prêts faisant l'objet d'une couverture du risque de change.

L'option mentionnée au quatrième alinéa est exercée pour chaque prêt. Elle résulte de la non-application des dispositions du premier alinéa au titre de l'exercice au cours duquel le prêt est consenti. Par exception, pour les entreprises ayant consenti des prêts en 2001 et clos un exercice avant le 31 décembre 2001, l'option résulte de la non-application des dispositions du premier alinéa au titre du premier exercice clos à compter de la même date.

4 bis. Pour l'application des dispositions du 2, pour le calcul de la différence entre les valeurs de l'actif net à la clôture et à l'ouverture de l'exercice, l'actif net d'ouverture du premier exercice non prescrit déterminé, sauf dispositions particulières, conformément aux premier, deuxième et troisième alinéas de l'article L. 169 du livre des procédures fiscales ne peut être corrigé des omissions ou erreurs entraînant une sous-estimation ou surestimation de celui-ci.

Les dispositions du premier alinéa ne s'appliquent pas lorsque l'entreprise apporte la preuve que ces omissions ou erreurs sont intervenues plus de sept ans avant l'ouverture du premier exercice non prescrit.

Elles ne sont pas non plus applicables aux omissions ou erreurs qui résultent de dotations aux amortissements excessives au regard des usages mentionnés au 2° du 1 de l'article 39 déduites sur des exercices prescrits ou de la déduction au cours d'exercices prescrits de charges qui auraient dû venir en augmentation de l'actif immobilisé.

Les corrections des omissions ou erreurs mentionnées aux deuxième et troisième alinéas restent sans influence sur le résultat imposable lorsqu'elles affectent l'actif du bilan. Toutefois, elles ne sont prises en compte ni pour le calcul des amortissements ou des provisions, ni pour la détermination du résultat de cession.

5.1° Le profit ou la perte résultant de cessions de titres par un fonds commun de placement est compris dans le résultat de l'exercice au cours duquel les parts du fonds sont cédées par l'entreprise. Le profit ou la perte est déterminé par différence entre le prix de cession et la valeur des parts au bilan de l'entreprise.

2° Par dérogation aux dispositions du 1°, les sommes correspondant à la répartition, prévue au IX de l'article L. 214-28 du code monétaire et financier d'une fraction des actifs d'un fonds commun de placement à risques qui remplit les conditions prévues au II ou au III bis de l'article 163 quinquies B, sont affectées en priorité au remboursement des apports. L'excédent des sommes réparties sur le montant des apports ou sur le prix d'acquisition des parts s'il est différent du montant des apports est compris dans le résultat imposable de l'exercice au cours duquel cet excédent apparaît. Il est soumis au régime fiscal des plus-values à long terme dans la proportion existant entre le montant des apports effectués depuis au moins deux ans à la date de la répartition et le montant total des apports effectués à cette même date. Le prix de revient des parts est corrélativement diminué à concurrence des sommes réparties qui n'ont pas été imposées en application du présent alinéa.

Le premier alinéa du présent 2° s'applique également aux sommes reçues par un fonds commun de placement à risques, qui remplit les conditions prévues au II ou au III bis de l'article 163 quinquies B, provenant :

a) Des répartitions d'une fraction des actifs d'un fonds commun de placement à risques, prévues au 9 de l'article L. 214-36 du code monétaire et financier ;

b) Des distributions d'une entité mentionnée au 2° du II de l'article L. 214-28 du même code, autre qu'un fonds commun de placement à risques, constituée dans un État ou territoire ayant conclu avec la France une convention fiscale qui contient une clause d'assistance administrative en vue de lutter contre la fraude ou l'évasion fiscale, prélevées sur des plus-values réalisées par l'entité lors de la cession de titres intervenue au cours de l'exercice précédent.

5 bis. Le profit ou la perte résultant de l'échange de titres consécutif à la fusion ou à la scission de sociétés d'investissement à capital variable et de fonds communs de placement est compris dans le résultat imposable de l'exercice au cours duquel les titres reçus en échange sont cédés. Dans ce cas, le profit ou la perte résultant de la cession ultérieure de ces titres est déterminé par rapport à la valeur que les titres remis à l'échange avaient du point de vue fiscal.

Toutefois, en cas d'échange avec soulte, le profit réalisé est, à concurrence du montant de la soulte reçue, compris dans le bénéfice de l'exercice au cours duquel intervient l'échange.

Les dispositions des premier et deuxième alinéas ne sont pas applicables si la soulte excède 10 p. 100 de la valeur nominale des parts ou actions reçues, ou si elle excède le profit réalisé.

Ces dispositions s'appliquent au profit ou à la perte résultant de l'échange de titres consécutif à la fusion ou à la scission de sociétés de placement à prépondérance immobilière à capital variable mentionnées au 3° nonies de l'article 208 et de fonds de placement immobilier mentionnés à l'article 239 nonies.

6.1° Par exception aux 1 et 2, le profit ou la perte résultant de l'exécution de contrats à terme d'instruments financiers en cours à la clôture de l'exercice est compris dans les résultats de cet exercice ; il est déterminé d'après le cours constaté au jour de la clôture sur le marché sur lequel le contrat a été conclu.

Ces dispositions s'appliquent aux contrats, options et autres instruments financiers à terme conclus en France ou à l'étranger, qui sont cotés sur une bourse de valeurs ou traités sur un marché ou par référence à un marché à l'exception des contrats visés au quatrième alinéa du 7, reçus dans le cadre d'une opération d'échange visée à ce même alinéa ;

2° Dans le cas où un contrat à terme d'instruments financiers en cours à la clôture de l'exercice a pour clause exclusive de compenser le risque d'une opération de l'un des deux exercices suivants, traitée sur un marché de nature différente, l'imposition du profit réalisé sur le contrat est reportée au dénouement de celui-ci, à condition que les opérations dont la compensation est envisagée figurent sur le document prévu au 3° ;

2° bis Le profit sur un contrat à terme portant sur des devises et ayant pour seul objet la couverture du risque de change d'une opération future est imposé au titre du ou des mêmes exercices que l'opération couverte à la condition que cette dernière soit identifiée dès l'origine par un acte ou un engagement précis et mesurable pris à l'égard d'un tiers. Les profits concernés et l'opération couverte doivent être mentionnés sur un document annexé à la déclaration des résultats de chaque exercice et établi conformément au modèle fixé par l'administration ;

3° Lorsqu'une entreprise a pris des positions symétriques, la perte sur une de ces positions n'est déductible du résultat imposable que pour la partie qui excède les gains non encore imposés sur les positions prises en sens inverse.

Pour l'application de ces dispositions, une position s'entend de la détention, directe ou indirecte, de contrats à terme d'instruments financiers, de valeurs mobilières, de devises, de titres de créances négociables, de prêts ou d'emprunts ou d'un engagement portant sur ces éléments.

Des positions sont qualifiées de symétriques si leurs valeurs ou leurs rendements subissent des variations corrélées telles que le risque de variation de valeur ou de rendement de l'une d'elles est compensé par une autre position, sans qu'il soit nécessaire que les positions concernées soient de même nature ou prises sur la même place, ou qu'elles aient la même durée.

Les positions symétriques prises au cours de l'exercice et celles qui sont en cours à la clôture doivent être mentionnées sur un document annexé à la déclaration de résultats de l'exercice. À défaut, la perte sur une position n'est pas déductible du résultat imposable.

7. Le profit ou la perte résultant de l'échange d'actions effectué dans le cadre d'une offre publique d'échange, de la conversion ou de l'échange d'obligations en actions, réalisé conformément à la réglementation en vigueur, est compris dans le résultat de l'exercice au cours duquel les actions reçues en échange sont cédées. Dans ce cas, le profit ou la perte résultant de la cession ultérieure de ces titres est déterminé par rapport à la valeur que les actions remises à l'échange ou les obligations converties ou échangées avaient du point de vue fiscal ; le délai de deux ans mentionné à l'article 39 duodecies s'apprécie à compter de la date d'acquisition des actions remises à l'échange.

Toutefois, en cas d'échange ou de conversion avec soulte, la plus-value réalisée est, à concurrence du montant de la soulte reçue, comprise dans le bénéfice de l'exercice au cours duquel intervient l'échange ou la conversion. Il en est de même en cas d'échange d'actions assorties de droits de souscription d'obligations, attachés ou non, et de conversion d'obligations en actions assorties des mêmes droits, de la fraction de la plus-value qui correspond à la valeur réelle de ces droits à la date de l'opération d'échange ou de conversion ou au prix de ces droits calculé dans les conditions du deuxième alinéa du 1° du 8 du présent article s'ils sont échangés ou convertis pour un prix unique. Le montant imposable peut bénéficier du régime des plus-values à long terme prévu à l'article 39 duodecies, dans la limite de la plus-value réalisée sur les actions détenues depuis deux ans au moins.

Ces dispositions ne sont pas applicables si le total de la soulte et, le cas échéant, du prix des droits mentionnés au deuxième alinéa dépasse 10 p. 100 de la valeur nominale des actions attribuées ou si ce total excède la plus-value réalisée.

Lorsque, à l'occasion d'une opération d'échange d'actions mentionnée au premier alinéa, l'un des coéchangistes garantit, par un contrat d'instrument financier, à une date fixée dans l'offre et comprise entre douze et soixante mois suivant la date de clôture de cette offre, le cours des actions remises à l'échange dont il est l'émetteur, le profit ou la perte résultant de l'échange d'actions est soumis aux dispositions de ce premier alinéa et le profit résultant de l'attribution de ce contrat d'instrument financier n'est pas compris dans les résultats de l'exercice de l'échange ; les sommes reçues par le coéchangiste sont comprises, selon le cas, dans les résultats de l'exercice de cession du contrat ou de celui de la mise en oeuvre de la garantie prévue par le contrat. Dans ce dernier cas, les sommes reçues peuvent bénéficier du régime des plus-values à long terme prévu à l'article 39 duodecies si les actions remises et reçues à l'échange relèvent de ce régime, respectivement à la date de l'opération d'échange et à l'échéance du contrat en cause, et si l'action dont le cours est garanti par ce contrat ainsi que ce dernier ont été conservés jusqu'à cette échéance. Pour l'appréciation de cette dernière condition, les contrats conservés jusqu'à la date de leur échéance sont affectés par priorité aux actions encore détenues à cette date.

Lorsqu'une entreprise remet à l'échange plusieurs titres en application des modalités d'échange, la valeur mentionnée à la deuxième phrase du premier alinéa correspond au total de la valeur que chacun de ces titres avait du point de vue fiscal ; le délai de deux ans mentionné au même alinéa s'apprécie à compter de la date d'acquisition ou de souscription la plus récente des actions remises à l'échange par cette entreprise.

Lorsqu'une entreprise reçoit à l'occasion d'une opération d'échange ou de conversion plusieurs titres en application des modalités d'échange ou des bases de la conversion, la valeur mentionnée à la deuxième phrase du premier alinéa est répartie proportionnellement à la valeur réelle à la date de cette opération ou à la valeur résultant de leur première cotation si les titres reçus sont des actions assorties de droits de souscription d'actions, attachés ou non, émises pour un prix unique à l'occasion d'une telle opération.

Pour les opérations réalisées au cours d'exercices clos à compter du 31 décembre 1994, les dispositions du présent 7 ne sont pas applicables si l'un des coéchangistes remet à l'échange des actions émises lors d'une augmentation de capital réalisée depuis moins de trois ans par une société qui détient directement ou indirectement une participation supérieure à 5 p. 100 du capital de l'autre société avec laquelle l'échange est réalisé ou par une société dont plus de 5 p. 100 du capital est détenu directement ou indirectement par cette autre société.

Les augmentations de capital visées au septième alinéa sont celles résultant :

A -d'un apport en numéraire ;

B -d'un apport de créances ou de titres exclus du régime des plus-values à long terme en application du I de l'article 219 ;

C -de l'absorption d'une société dont l'actif est composé principalement de numéraire ou de droits cités au b ou de l'apport d'actions ou de parts d'une telle société.

Les dispositions du présent article s'appliquent aux opérations d'échange portant sur des certificats d'investissement, des certificats coopératifs d'investissement, des certificats pétroliers, des certificats de droit de vote, des actions à dividende prioritaire sans droit de vote et des actions de préférence, ainsi qu'à la conversion d'actions ordinaires en actions à dividende prioritaire sans droit de vote ou en actions de préférence, d'actions de préférence en actions de préférence d'une autre catégorie, d'actions à dividende prioritaire sans droit de vote ou d'actions de préférence en actions ordinaires.

Les dispositions du présent 7 s'appliquent au remboursement, par la société émettrice, des porteurs d'obligations remboursables en actions, lorsque cette même société procède à l'opération susvisée par émission concomitante d'actions.

7 bis. Le profit ou la perte réalisé lors de l'échange de droits sociaux résultant d'une fusion ou d'une scission de sociétés peut être compris dans le résultat de l'exercice au cours duquel les droits sociaux reçus en échange sont cédés. Dans ce cas, le profit ou la perte résultant de la cession ultérieure de ces droits sociaux est déterminé par rapport à la valeur que les droits sociaux remis à l'échange avaient du point de vue fiscal.

En cas de scission de société, la valeur fiscale des titres de chaque société bénéficiaire des apports reçus en contrepartie de ceux-ci est égale au produit de la valeur fiscale des titres de la société scindée par le rapport existant à la date de l'opération de scission entre la valeur réelle des titres de chaque société bénéficiaire dans le cadre de cette opération et la valeur réelle des titres de la société scindée.

Toutefois, en cas d'échange avec soulte, la plus-value réalisée est, à concurrence du montant de la soulte reçue, comprise dans le bénéfice de l'exercice au cours duquel intervient l'échange. Le montant imposable peut bénéficier du régime des plus-values à long

terme prévu à l'article 39 duodecimes, dans la limite de la plus-value réalisée sur les titres détenus depuis deux ans au moins.

Ces dispositions ne sont pas applicables si la soulte dépasse 10 p. 100 de la valeur nominale des parts ou des actions attribuées ou si la soulte excède la plus-value réalisée.

8.1° La plus-value de cession séparée de valeurs mobilières et de droits de souscription qui leur sont attachés, acquis pour un prix unique, est calculée par référence à la fraction du prix d'acquisition afférente à chacun de ces éléments.

La fraction afférente aux droits de souscription est égale à la différence entre le prix unique et le prix de la valeur mobilière à la date de la souscription ou de l'acquisition. Le prix s'entend de la valeur actuelle pour les obligations ;

2° La différence entre la valeur actuelle d'une obligation assortie de droits de souscription et sa valeur de remboursement est considérée, pour l'imposition du souscripteur, comme une prime de remboursement. Toutefois, pour les titres émis avant le 1^{er} janvier 1993, celle-ci n'est soumise aux dispositions du I de l'article 238 septies B que si son montant excède 15 p. 100 de la valeur actuelle de l'obligation ;

3° Les sommes reçues par une entreprise lors de l'émission de droits de souscription ou d'acquisition de valeurs mobilières sont comprises dans ses résultats imposables de l'exercice de péremption de ces droits lorsqu'ils n'ont pas été exercés.

9.1° L'application de la méthode d'évaluation prévue à l'article L. 232-5 du code de commerce n'a pas d'incidence sur les résultats imposables, par dérogation aux 1 et 2 du présent article ;

2° Toutefois, les dispositions du dix-septième alinéa du 5° du 1 de l'article 39 sont applicables à la fraction de la provision constituée à raison de l'écart d'équivalence négatif, qui correspond à la dépréciation définie au dix-huitième alinéa du 5° du 1 de l'article 39, des titres évalués selon cette méthode. L'excédent éventuel de cette provision n'est pas déductible pour l'assiette de l'impôt.

Les provisions qui sont transférées au poste d'écart d'équivalence ainsi que celles devenues sans objet en raison de l'application de la méthode d'évaluation mentionnée au 1°, sont immédiatement rapportées aux résultats imposables. Les provisions pour dépréciation des titres ainsi transférées sont comprises dans les plus-values à long terme de l'exercice visées au 1 du I de l'article 39 quindecies ;

3° En cas de cession de titres mentionnés au 2°, la plus-value ou la moins-value est déterminée en fonction de leur prix de revient ;

4° Un décret définit les modalités d'application du présent article ainsi que les obligations déclaratives des entreprises qui appliquent la méthode d'évaluation prévue au 1°.

10. La plus-value de cession d'un immeuble par une société civile immobilière non soumise à l'impôt sur les sociétés dont les parts ont été affectées par une société d'assurance à la couverture de contrats d'assurance sur la vie à capital variable prévus par l'article L. 131-1 du code des assurances est comprise dans le résultat imposable de la société d'assurance sous déduction des profits de réévaluation constatés lors des estimations annuelles de ces parts dans les comptes de la société d'assurance.

La moins-value de même nature est retenue dans les mêmes conditions, et ne peut venir en diminution des profits de réévaluation des parts de la société civile, constatés par la société d'assurance.

11. Le transfert dans une comptabilité auxiliaire d'affectation d'éléments d'actifs pour lesquels sont applicables les règles de l'article L. 142-4, de l'article L. 143-7, de

l'article L. 441-8, ou du VII de l'article L. 144-2 du code des assurances est assimilé à une cession. Il en est de même en cas de retrait d'actifs de l'une de ces comptabilités.

Toutefois, le profit ou la perte constaté à l'occasion du transfert d'éléments d'actif dans la comptabilité auxiliaire d'affectation soumis aux règles de l'article L. 143-7 du code des assurances n'est pas compris dans le résultat de l'exercice au cours duquel le transfert est intervenu si les conditions suivantes sont réunies :

a) L'opération est réalisée conformément aux dispositions de l'article L. 143-8 du code des assurances ;

b) Les éléments sont inscrits dans la comptabilité auxiliaire d'affectation pour leur valeur comptable telle qu'elle figure dans les comptes de l'entreprise procédant à l'opération.

Dans ce cas, le profit ou la perte résultant de la cession ultérieure de ces éléments est calculé d'après la valeur qu'ils avaient, du point de vue fiscal, dans les écritures de l'entreprise ayant procédé à l'opération.

Art. L. 108. – Les dispositions des articles 109 à 117 fixent les règles suivant lesquelles sont déterminés les revenus distribués par :

1° Les personnes morales passibles de l'impôt prévu au chapitre II du présent titre;

2° Les personnes morales et sociétés en participation qui se sont volontairement placées sous le même régime fiscal en exerçant l'option prévue au 3 de l'article 206.

Elles s'appliquent, même en l'absence de l'option visée ci-dessus, aux revenus distribués aux commanditaires dans les sociétés en commandite simple, et aux associés autres que ceux indéfiniment responsables dans les sociétés en participation.

Les revenus distribués par les personnes morales exonérées de l'impôt prévu au chapitre II susvisé sont également déterminés conformément aux mêmes règles.

Art. L. 109. – 1. Sont considérés comme revenus distribués :

1° Tous les bénéfices ou produits qui ne sont pas mis en réserve ou incorporés au capital ;

2° Toutes les sommes ou valeurs mises à la disposition des associés, actionnaires ou porteurs de parts et non prélevées sur les bénéfices.

Les sommes imposables sont déterminées pour chaque période retenue pour l'établissement de l'impôt sur les sociétés par la comparaison des bilans de clôture de ladite période et de la période précédente selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État.

2. (Abrogé)

Art. 110. – Pour l'application du 1° du 1 de l'article 109 les bénéfices s'entendent de ceux qui ont été retenus pour l'assiette de l'impôt sur les sociétés.

Toutefois, ces bénéfices sont augmentés de ceux qui sont légalement exonérés dudit impôt, y compris les produits déductibles du bénéfice net en vertu du I de l'article 216, ainsi que des bénéfices que la société a réalisés dans des entreprises exploitées hors de France et diminués des sommes payées au titre de l'impôt sur les sociétés.

Art. 111. – Sont notamment considérés comme revenus distribués :

a. Sauf preuve contraire, les sommes mises à la disposition des associés directement ou par personnes ou sociétés interposées à titre d'avances, de prêts ou d'acomptes.

Nonobstant toutes dispositions contraires, lorsque ces sommes sont remboursées postérieurement au 1^{er} janvier 1960, à la personne morale qui les avait versées, la fraction des impositions auxquelles leur attribution avait donné lieu est restituée aux bénéficiaires ou à leurs ayants cause dans des conditions et suivant des modalités fixées par décret ;

b. Les sommes ou valeurs attribuées aux porteurs de parts bénéficiaires ou de fondateur au titre de rachat de ces parts ;

c. Les rémunérations et avantages occultes ;

d. La fraction des rémunérations qui n'est pas déductible en vertu du 1^o du 1 de l'article 39 ;

e. Les dépenses et charges dont la déduction pour l'assiette de l'impôt sur les sociétés est interdite en vertu des dispositions des du premier alinéa et du c du 4 de l'article 39.

Art 111 bis. – Lorsqu'une personne morale soumise à l'impôt sur les sociétés cesse d'y être assujettie, ses bénéfices et réserves, capitalisés ou non, sont réputés distribués aux associés en proportion de leurs droits.

Cette disposition est applicable, le cas échéant, au prorata des résultats qui cessent d'être soumis à cet impôt.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux sociétés admises au bénéfice du régime prévu à l'article 208 C ni aux sociétés soumises à l'impôt sur les sociétés qui se transforment en sociétés de placement à prépondérance immobilière à capital variable mentionnées au 3^o nonies de l'article 208.

Art. 111 ter. – La transformation en société d'investissement à capital variable d'une société non exonérée de l'impôt sur les sociétés entraîne les mêmes conséquences fiscales que la répartition de son boni de liquidation.

Art. 112. – Ne sont pas considérés comme revenus distribués :

1^o Les répartitions présentant pour les associés ou actionnaires le caractère de remboursements d'apports ou de primes d'émission. Toutefois, une répartition n'est réputée présenter ce caractère que si tous les bénéfices et les réserves autres que la réserve légale ont été auparavant répartis. Les dispositions prévues à la deuxième phrase ne s'appliquent pas lorsque la répartition est effectuée au titre du rachat par la société émettrice de ses propres titres.

Sous réserve des dispositions du 3^o, ne sont pas considérés comme des apports pour l'application de la présente disposition :

a. Les réserves incorporées au capital ;

b. Les sommes incorporées au capital ou aux réserves (primes de fusion ou de scission) à l'occasion d'une fusion ou d'une scission de sociétés ou d'un apport partiel d'actif donnant lieu à l'attribution de titres aux associés dans les conditions prévues au 2 de l'article 115.

2^o Les amortissements de tout ou partie de leur capital social, parts d'intérêt ou commandites, effectués par les sociétés concessionnaires de l'État, des départements, des

communes ou autres collectivités publiques, lorsque ces amortissements sont justifiés par la caducité de tout ou partie de l'actif social notamment par dépérissement progressif ou par obligation de remise de concessions à l'autorité concédante. Le caractère d'amortissement de l'opération et la légitimité de l'exonération seront constatés, dans chaque cas, dans des conditions fixées par décret.

3° Les remboursements consécutifs à la liquidation de la société et portant :

a. Sur les réserves incorporées au capital antérieurement au 1^{er} janvier 1949 ;

b. Sur le capital amorti, à concurrence de la fraction ayant, lors de l'amortissement, supporté l'impôt sur le revenu des valeurs mobilières ou l'impôt sur le revenu ;

c. Sur les sommes incorporées au capital ou aux réserves (primes de fusion) à l'occasion d'une fusion antérieure au 1^{er} janvier 1949 si et dans la mesure où elles ont supporté, à raison de la fusion, l'impôt sur le revenu des valeurs mobilières ou la taxe additionnelle au droit d'apport.

4° Les sommes mises à la disposition des associés dès lors qu'elles constituent la rémunération d'un prêt, d'un service ou d'une fonction et sont valablement comprises dans les charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur les sociétés.

5° (Abrogé)

6° Les sommes ou valeurs attribuées aux actionnaires au titre du rachat de leurs actions, lorsque ce rachat est effectué dans les conditions prévues aux articles L. 225-208 ou L. 225-209 à L. 225-212 du code de commerce. Le régime des plus-values prévu, selon les cas, aux articles 39 duodecimes, 150-0 A ou 150 UB est alors applicable.

7° L'attribution d'actions ou de parts sociales opérée en conséquence de l'incorporation de réserves au capital.

8° La fraction d'intérêts non déductible en application du sixième alinéa du 1 du II de l'article 212.

Art. 113. – Pour l'application des articles 109 et 112, l'incorporation directe de bénéfiques au capital est assimilée à une incorporation de réserves.

Art. 115. – En cas de fusion ou de scission de sociétés, l'attribution de titres, sommes ou valeurs aux membres de la société apporteuse en contrepartie de l'annulation des titres de cette société n'est pas considérée comme une distribution de revenus mobiliers.

Ces dispositions s'appliquent aux opérations de fusion ou de scission de sociétés de placement à prépondérance immobilière à capital variable mentionnées au 3° nonies de l'article 208, sous réserve que la société bénéficiaire des apports s'engage, dans l'acte de fusion, à se substituer à la société absorbée pour les obligations de distribution prévues au II de l'article L. 214-128 du code monétaire et financier. En cas de scission, ces obligations doivent être reprises par les sociétés bénéficiaires des apports au prorata du montant de l'actif réel apporté, apprécié à la date d'effet de l'opération.

2. Les dispositions du 1 s'appliquent également sur agrément délivré à la société apporteuse dans les conditions prévues à l'article 1649 nonies, en cas d'attribution de titres représentatifs d'un apport partiel d'actif aux membres de la société apporteuse, lorsque cette attribution, proportionnelle aux droits des associés dans le capital, a lieu dans un délai d'un an à compter de la réalisation de l'apport.

L'agrément est délivré lorsque, compte tenu des éléments respectivement transférés et conservés par la société apporteuse :

a. L'apport et l'attribution sont justifiés par un motif économique, se traduisant notamment par l'exercice par chacune des deux sociétés d'au moins une activité autonome ou l'amélioration de leurs structures, ainsi que par une association entre les parties ;

b. L'apport est placé sous le régime de l'article 210 A ;

c. L'apport et l'attribution n'ont pas comme objectif principal ou comme un de leurs objectifs principaux la fraude ou l'évasion fiscales.

Lorsque l'attribution est faite au profit d'une entreprise, les titres répartis doivent être inscrits au bilan pour une valeur égale au produit de la valeur comptable des titres de la société apporteuse et du rapport existant, à la date de l'opération d'apport, entre la valeur réelle des titres répartis et celle des titres de la société apporteuse. La valeur comptable des titres de la société apporteuse est réduite à due concurrence.

Lorsque la valeur fiscale des titres de la société apporteuse est différente de leur valeur comptable, la plus-value de cession de ces titres ainsi que celle des titres répartis sont déterminées à partir de cette valeur fiscale qui doit être répartie selon les mêmes modalités que celles qui sont prévues au sixième alinéa.

3. Les dispositions du 1 et 2 ne sont pas applicables aux opérations de fusion, scission et apport partiel d'actif par lesquelles une société non exonérée de l'impôt sur les sociétés fait apport de tout ou partie de ses biens à une société d'investissement à capital variable.

Art. 151 septies. – I. – Sous réserve des dispositions du VII, les dispositions du présent article s'appliquent aux activités commerciales, industrielles, artisanales, libérales ou agricoles, exercées à titre professionnel.

L'exercice à titre professionnel implique la participation personnelle, directe et continue à l'accomplissement des actes nécessaires à l'activité.

II. - Les plus-values de cession soumises au régime des articles 39 duodecies à 39 quindicies, à l'exception de celles afférentes aux biens entrant dans le champ d'application du A de l'article 1594-0 G, et réalisées dans le cadre d'une des activités mentionnées au I sont, à condition que l'activité ait été exercée pendant au moins cinq ans, exonérées pour :

1° La totalité de leur montant lorsque les recettes annuelles sont inférieures ou égales à :

a) 250 000 euros s'il s'agit d'entreprises dont le commerce principal est de vendre des marchandises, objets, fournitures et denrées à emporter ou à consommer sur place ou de fournir le logement, à l'exclusion de la location directe ou indirecte de locaux d'habitation meublés ou destinés à être loués meublés, ou s'il s'agit d'entreprises exerçant une activité agricole ;

b) 90 000 euros s'il s'agit d'autres entreprises ou de titulaires de bénéfices non commerciaux ;

2° Une partie de leur montant lorsque les recettes sont supérieures à 250 000 euros et inférieures à 350 000 euros pour les entreprises mentionnées au a du 1° et, lorsque les recettes sont supérieures à 90 000 euros et inférieures à 126 000 euros, pour les entreprises mentionnées au b du 1°. Pour l'application de ces dispositions, le montant exonéré de la plus-value est déterminé en lui appliquant :

a) Pour les entreprises mentionnées au a du 1°, un taux égal au rapport entre, au numérateur, la différence entre 350 000 euros et le montant des recettes et, au dénominateur, le montant de 100 000 euros ;

b) Pour les entreprises mentionnées au b du 1°, un taux égal au rapport entre, au numérateur, la différence entre 126 000 euros et le montant des recettes et, au dénominateur, le montant de 36 000 euros.

Lorsque l'activité de l'entreprise se rattache aux deux catégories définies aux a et b du 1°, l'exonération totale n'est applicable que si le montant global des recettes est inférieur ou égal à 250 000 euros et si le montant des recettes afférentes aux activités définies au b du 1° est inférieur ou égal à 90 000 euros.

Lorsque ces conditions ne sont pas remplies, si le montant global des recettes est inférieur à 350 000 euros et si le montant des recettes afférentes aux activités définies au b du 1° est inférieur à 126 000 euros, le montant exonéré de la plus-value est déterminé en appliquant le moins élevé des deux taux qui aurait été déterminé dans les conditions fixées au 2° si l'entreprise avait réalisé le montant global de ses recettes dans les catégories visées au a du 1° ou si l'entreprise n'avait réalisé que des activités visées au b du 1°.

III. – Les plus-values réalisées à l'occasion de la cession de matériels agricoles ou forestiers par des entreprises de travaux agricoles ou forestiers sont exonérées dans les conditions applicables aux entreprises mentionnées au a du 1° du II. Un décret précise les modalités d'application du présent III.

IV. – Le montant des recettes annuelles s'entend de la moyenne des recettes, appréciées hors taxes, réalisées au titre des exercices clos, ramenés le cas échéant à douze mois, au cours des deux années civiles qui précèdent l'exercice de réalisation des plus-values.

Pour les entreprises dont les recettes correspondent à des sommes encaissées, le montant des recettes annuelles s'entend de la moyenne des recettes, appréciées hors taxes, au cours des deux années civiles qui précèdent l'année de réalisation des plus-values.

Lorsque le contribuable exerce plusieurs activités, il est tenu compte du montant total des recettes réalisées dans l'ensemble de ces activités.

Il est également tenu compte des recettes réalisées par les sociétés mentionnées aux articles 8 et 8 ter et les groupements non soumis à l'impôt sur les sociétés dont il est associé ou membre, à proportion de ses droits dans les bénéfices de ces sociétés et groupements.

Pour l'application des troisième et quatrième alinéas, la globalisation des recettes est effectuée par catégorie de revenus.

Lorsque les plus-values sont réalisées par une société ou un groupement mentionnés au quatrième alinéa, le montant des recettes annuelles s'apprécie au niveau de la société ou du groupement.

V. – Pour les plus-values réalisées à la suite d'une expropriation ou de la perception d'indemnités d'assurance, la condition d'exercice de l'activité pendant au moins cinq ans n'est pas requise.

Les terrains expropriés qui ne remplissent pas les conditions mentionnées aux a et b du 1° du II de l'article L. 13-15 du code de l'expropriation pour cause d'utilité publique ne sont pas considérés comme des biens entrant dans le champ d'application du I du A de l'article 1594-0 G du présent code.

VI. – Les plus-values mentionnées aux II et III s'entendent des plus-values nettes déterminées après compensation avec les moins-values de même nature.

VII. – Les articles 150 U à 150 VH sont applicables aux plus-values réalisées lors de la cession de locaux d'habitation meublés ou destinés à être loués meublés et faisant l'objet d'une location directe ou indirecte lorsque cette activité n'est pas exercée à titre

professionnel. L'activité de location directe ou indirecte de locaux d'habitation meublés ou destinés à être loués meublés est exercée à titre professionnel lorsque les trois conditions suivantes sont réunies :

1° Un membre du foyer fiscal au moins est inscrit au registre du commerce et des sociétés en qualité de loueur professionnel ;

2° Les recettes annuelles retirées de cette activité par l'ensemble des membres du foyer fiscal excèdent 23 000 €;

3° Ces recettes excèdent les revenus du foyer fiscal soumis à l'impôt sur le revenu dans les catégories des traitements et salaires au sens de l'article 79, des bénéfices industriels et commerciaux autres que ceux tirés de l'activité de location meublée, des bénéfices agricoles, des bénéfices non commerciaux et des revenus des gérants et associés mentionnés à l'article 62.

Pour l'application de la troisième condition, les recettes afférentes à une location ayant commencé avant le 1^{er} janvier 2009 ou portant sur un local d'habitation acquis ou réservé avant cette date dans les conditions prévues aux articles L. 261-2, L. 261-3, L. 261-15 ou L. 262-1 du code de la construction et de l'habitation sont comptées pour un montant quintuple de leur valeur, diminué de deux cinquièmes de cette valeur par année écoulée depuis le début de la location, dans la limite de dix années à compter du début de celle-ci.

La location du local d'habitation est réputée commencer à la date de son acquisition ou, si l'acquisition a eu lieu avant l'achèvement du local, à la date de cet achèvement. L'année où commence la location, les recettes y afférentes sont, le cas échéant, ramenées à douze mois pour l'appréciation des seuils mentionnés aux 2° et 3°. Il en est de même l'année de cessation totale de l'activité de location.

VIII. – Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux transferts de biens ou de droits dans un patrimoine fiduciaire effectués dans le cadre d'une opération de fiducie définie à l'article 2011 du code civil.

Art. 154 bis. – I. – Pour la détermination des bénéfices industriels et commerciaux et des bénéfices des professions non commerciales, sont admises en déduction du bénéfice imposable les cotisations à des régimes obligatoires, de base ou complémentaires, d'allocations familiales, d'assurance vieillesse, y compris les cotisations versées en exercice des facultés de rachat prévues aux articles L. 633-11, L. 634-2-2, L. 642-2-2, L. 643-2 et L. 723-5 du code de la sécurité sociale, invalidité, décès, maladie et maternité.

Il en est également de même des primes versées au titre des contrats d'assurance groupe, y compris ceux gérés par une institution mentionnée à l'article L. 370-1 du code des assurances pour les contrats mentionnés à l'article L. 143-1 dudit code, prévus à l'article L. 144-1 du code des assurances par les personnes mentionnées au 1° de ce même article et des cotisations aux régimes facultatifs mis en place dans les conditions fixées par les articles L. 644-1 et L. 723-14 du code de la sécurité sociale par les organismes visés aux articles L. 644-1 et L. 723-1 du code de la sécurité sociale pour les mêmes risques et gérés dans les mêmes conditions, dans une section spécifique au sein de l'organisme, à condition, lorsque ces cotisations ou primes financent des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du même code.

II. – Les cotisations versées aux régimes obligatoires complémentaires d'assurance vieillesse mentionnés au premier alinéa du I, pour la part de ces cotisations excédant la cotisation minimale obligatoire, et les cotisations ou primes mentionnées au deuxième alinéa du I sont déductibles :

1° Pour l'assurance vieillesse, dans une limite égale au plus élevé des deux montants suivants :

a) 10 % de la fraction du bénéfice imposable retenu dans la limite de huit fois le montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, auxquels s'ajoutent 15 % supplémentaires sur la fraction de ce bénéfice comprise entre une fois et huit fois le montant annuel précité ;

b) Ou 10 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale.

Cette limite est réduite, le cas échéant, des sommes versées par l'entreprise au plan d'épargne pour la retraite collectif défini aux articles L. 3334-1 à L. 3334-16 du code du travail et exonérées en application du a du 18° de l'article 81 ;

2° Pour la prévoyance, dans la limite d'un montant égal à la somme de 7 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale et de 3,75 % du bénéfice imposable, sans que le total ainsi obtenu puisse excéder 3 % de huit fois le montant annuel du plafond précité ;

3° Pour la perte d'emploi subie, dans une limite égale au plus élevé des deux montants suivants :

a) 1,875 % du bénéfice imposable retenu dans la limite de huit fois le montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale ;

b) Ou 2,5 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale.

Les revenus exonérés en application des articles 44 sexies à 44 undecies, 44 terdecies à 44 quindecies ou au 9 de l'article 93 sont retenus pour l'appréciation du montant du bénéfice imposable mentionné aux 1°, 2° et 3°. Il n'est pas tenu compte des plus-values et moins-values professionnelles à long terme.

III. – Toutefois, par dérogation aux I et II et pour la détermination des résultats des exercices clos ou des périodes d'imposition arrêtées jusqu'au 31 décembre 2010, les dispositions du présent article dans sa rédaction en vigueur jusqu'à l'imposition des revenus de 2003 continuent de s'appliquer, si elles sont plus favorables, aux cotisations mentionnées au premier alinéa du I et aux cotisations ou primes versées dans le cadre de contrats ou de régimes facultatifs mentionnés au second alinéa du I conclus ou institués avant le 25 septembre 2003 et, pour ces dernières cotisations ou primes, pour leur taux en vigueur avant la même date.

Art. 158. – 1. Les revenus nets des diverses catégories entrant dans la composition du revenu net global sont évalués d'après les règles fixées aux articles 12 et 13 et dans les conditions prévues aux 2 à 6 ci-après, sans qu'il y ait lieu de distinguer suivant que ces revenus ont leur source en France ou hors de France.

Toutefois, en ce qui concerne les entreprises et exploitations situées hors de France, les règles fixées par le présent code pour la détermination forfaitaire des bénéfices imposables ne sont pas applicables.

2. Le revenu net foncier est déterminé conformément aux dispositions des articles 14 à 33 quinquies.

3.1° Les revenus de capitaux mobiliers comprennent tous les revenus visés au VII de la 1ère sous-section de la présente section, à l'exception des revenus expressément affranchis de l'impôt en vertu de l'article 157 et des revenus ayant supporté les prélèvements visés aux articles 117 quater et 125 A.

Lorsqu'ils sont payables en espèces les revenus visés au premier alinéa sont soumis à l'impôt sur le revenu au titre de l'année soit de leur paiement en espèces ou par chèques, soit de leur inscription au crédit d'un compte.

2° Les revenus mentionnés au 1° distribués par les sociétés passibles de l'impôt sur les sociétés ou d'un impôt équivalent ou soumises sur option à cet impôt, ayant leur siège dans un État de la Communauté européenne ou dans un État ou territoire ayant conclu avec la France une convention fiscale en vue d'éviter les doubles impositions en matière d'impôt sur les revenus et résultant d'une décision régulière des organes compétents, sont réduits, pour le calcul de l'impôt sur le revenu, d'un abattement égal à 40 % de leur montant brut perçu. A compter du 1^{er} janvier 2009 pour les sociétés étrangères n'ayant pas leur siège dans un État de la Communauté européenne, cette disposition est réservée aux revenus distribués par des sociétés établies dans un État ou territoire ayant conclu une convention fiscale qui contient une clause d'assistance administrative en vue de lutter contre la fraude ou l'évasion fiscale ;

3° Les dispositions du 2° ne s'appliquent pas :

a. Aux produits des actions des sociétés d'investissement mentionnées au 1° ter de l'article 208 et des sociétés de capital-risque mentionnées au 3° septies du même article prélevés sur des bénéficiaires exonérés d'impôt sur les sociétés ;

b. Aux produits des actions des sociétés mentionnées au 1° bis A de l'article 208 et des sociétés d'investissement de même nature établies hors de France et soumises à un régime fiscal équivalent ;

c. Aux revenus distribués qui ne constituent pas la rémunération du bénéficiaire en sa qualité d'associé ou d'actionnaire. Pour l'application de cette disposition, est considéré comme actionnaire ou associé le preneur bénéficiaire de revenus mentionnés au 2° distribués par la société dont il loue les actions ou parts sociales en application des articles L. 239-1 à L. 239-5 du code de commerce. De même, en cas d'acquisition d'actions sur un marché d'instruments financiers, dont le fonctionnement est assuré par une entreprise de marché ou un prestataire de services d'investissement ou tout autre organisme similaire, est considéré comme actionnaire ou associé, dès le jour de l'exécution de l'ordre, l'acheteur bénéficiaire de revenus mentionnés au 2° ;

d. Aux revenus distribués mentionnés au a de l'article 111 ;

e. Aux bénéficiaires ou revenus mentionnés à l'article 123 bis ;

f. lorsque, au cours de la même année, le contribuable a perçu des revenus sur lesquels a été opéré le prélèvement prévu à l'article 117 quater.

4° Les dispositions du 2° sont également applicables pour la part des revenus de la nature et de l'origine de ceux mentionnés au 2°, sous réserve du 3°, prélevés sur des bénéficiaires n'ayant pas supporté l'impôt sur les sociétés ou un impôt équivalent, distribués ou répartis par :

a. Les organismes de placement collectif en valeurs mobilières régis par les articles L. 214-2 et suivants du code monétaire et financier ;

b. Les organismes de placement collectif en valeurs mobilières établis dans d'autres États membres de la Communauté européenne, ou dans un État non membre de cette Communauté partie à l'accord sur l'Espace économique européen ayant conclu une convention fiscale qui contient une clause d'assistance administrative en vue de lutter contre la fraude ou l'évasion fiscale, qui bénéficient de la procédure de reconnaissance mutuelle des agréments prévue par la directive 85/611/ CE du Conseil du 20 décembre 1985 portant

coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant certains organismes de placement collectif en valeurs mobilières (OPCVM) ;

c. Les sociétés mentionnées aux 1^o ter et 3^o septies de l'article 208.

d. Les fonds de placement immobilier mentionnés à l'article 239 nonies.

Pour la détermination de cette part, il est également tenu compte des revenus mentionnés au premier alinéa distribués ou répartis au profit de l'organisme ou de la société concerné par l'intermédiaire d'autres organismes ou sociétés mentionnés aux a à d.

L'application de ces dispositions est conditionnée à la ventilation par les organismes ou sociétés en cause de leurs distributions ou répartitions en fonction de leur nature et origine ;

5^o Il est opéré un abattement annuel de 1 525 euros pour les contribuables célibataires, divorcés ou veufs et de 3 050 euros pour les contribuables mariés soumis à une imposition commune sur le montant net des revenus déterminé dans les conditions du 2^o et après déduction des dépenses effectuées en vue de leur acquisition ou conservation.

4. Les bénéfices des professions industrielles, commerciales, artisanales et ceux de l'exploitation minière sont déterminés conformément aux dispositions des articles 34 à 61 A, 237 ter A, et 302 septies A bis ; les rémunérations mentionnées à l'article 62 sont déterminées conformément aux dispositions de cet article ; les bénéfices de l'exploitation agricole sont déterminés conformément aux dispositions des articles 63 à 78 et des articles L1 à L4 du livre des procédures fiscales ; les bénéfices tirés de l'exercice d'une profession non commerciale sont déterminés conformément aux dispositions des articles 92 à 103. Toutefois, les plus-values à long terme définies aux articles 39 duodécies et au 1 de l'article 39 terdecies sont distraites des bénéfices en vue d'être distinctement taxées à l'impôt sur le revenu dans les conditions prévues au 2 de l'article 39 terdecies et aux articles 39 quindecies et 93 quater.

Dans le cas des entreprises industrielles, commerciales, artisanales ou agricoles qui sont soumises à l'impôt d'après leur bénéfice réel et dont les résultats d'ensemble comprennent des revenus relevant de plusieurs catégories ou provenant d'exploitations situées hors de France, il est fait état de ces résultats d'ensemble sans qu'il y ait lieu de les décomposer entre leurs divers éléments dans la déclaration prévue à l'article 170.

4 bis. (abrogé)

4 ter. (disposition devenue sans objet).

5. a. Les revenus provenant de traitements publics et privés, indemnités, émoluments, salaires et pensions ainsi que de rentes viagères autres que celles mentionnées au 6 sont déterminés conformément aux dispositions des articles 79 à 90.

Les pensions et retraites font l'objet d'un abattement de 10 % qui ne peut excéder 3 660 €. Ce plafond s'applique au montant total des pensions et retraites perçues par l'ensemble des membres du foyer fiscal. Chaque année, il est révisé selon les mêmes modalités que la limite supérieure de la première tranche du barème de l'impôt sur le revenu.

L'abattement indiqué au deuxième alinéa ne peut être inférieur à 374 € sans pouvoir excéder le montant brut des pensions et retraites. Cette disposition s'applique au montant des pensions ou retraites perçu par chaque retraité ou pensionné membre du foyer fiscal. La somme de 374 € est révisée chaque année dans la même proportion que la limite supérieure de la première tranche du barème de l'impôt sur le revenu.

b. Les dispositions du a sont applicables aux allocations mentionnées aux articles L. 3232-6, L. 5122-1, L. 5122-2, L. 5123-2, L. 5422-1, L. 5423-1 et L. 5423-8 du code du

travail, aux participations en espèces et, à compter du 1^{er} janvier 1991, aux dividendes des actions de travail, alloués aux travailleurs mentionnés au 18° bis de l'article 81, lorsque ces sommes sont imposables.

Sous réserve de l'exonération prévue à l'article 163 bis AA, les dispositions du a sont également applicables aux sommes revenant aux salariés au titre de la participation aux résultats de l'entreprise en application du titre II du livre III de la troisième partie du code du travail.

b bis. Les dispositions du a sont applicables aux prestations servies sous forme de rentes ou pour perte d'emploi subie, au titre des contrats d'assurance groupe ou des régimes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article 154 bis.

b ter. (abrogé)

b quater. Les dispositions du a sont applicables aux pensions servies au titre des plans d'épargne retraite populaire prévus à l'article L. 144-2 du code des assurances ;

b quinquies. Sous réserve de l'application du 6° bis de l'article 120, le a est applicable aux prestations de retraite versées sous forme de capital, à l'exception de celles versées en exercice des facultés de rachat prévues aux troisième à septième alinéas de l'article L. 132-23 du code des assurances. Le bénéficiaire peut toutefois demander le bénéfice des dispositions du II de l'article 163 bis.

c. Lorsque, étant en instance de séparation de corps ou de divorce, les époux font l'objet d'impositions distinctes par application des dispositions du b du 4 de l'article 6, la provision alimentaire qui est allouée à l'un d'eux pour son entretien et celui des enfants dont il a la charge est comptée dans les revenus imposables de l'intéressé ;

d. (abrogé à compter du 30 juin 2000) ;

e. Pour l'établissement de l'impôt des redevables pensionnés au 31 décembre 1986 dont la pension a fait l'objet d'un premier versement mensuel en 1987, la déclaration porte chaque année sur les arrérages correspondant à la période de douze mois qui suit la période à laquelle se rapportent les arrérages imposables au titre de l'année précédente.

Pour l'application de cette règle, les arrérages échus en 1987 sont répartis également sur le nombre de mois auxquels ils correspondent, arrondi au nombre entier le plus proche.

Les dispositions des deux alinéas précédents sont également applicables pour l'établissement de l'impôt des redevables pensionnés au 31 décembre 2003 dont la pension a fait l'objet d'un premier versement mensuel en 2004, les arrérages mentionnés au deuxième alinéa s'entendant des arrérages échus en 2004.

6. Les rentes viagères constituées à titre onéreux ne sont considérées comme un revenu, pour l'application de l'impôt sur le revenu dû par le crédientier, que pour une fraction de leur montant. Cette fraction, déterminée d'après l'âge du crédientier lors de l'entrée en jouissance de la rente, est fixée à :

-70 % si l'intéressé est âgé de moins de 50 ans ;

-50 % s'il est âgé de 50 à 59 ans inclus ;

-40 % s'il est âgé de 60 à 69 ans inclus ;

-30 % s'il est âgé de plus de 69 ans.

La fraction de rentes viagères définie ci-dessus est imposée dans les mêmes conditions que les revenus énumérés à l'article 124.

Ces dispositions ne sont pas applicables aux arrérages correspondant aux cotisations ayant fait l'objet de la déduction prévue au I de l'article 163 quater viciés.

7. Le montant des revenus et charges énumérés ci-après, retenu pour le calcul de l'impôt selon les modalités prévues à l'article 197, est multiplié par 1,25. Ces dispositions s'appliquent :

1° Aux titulaires de revenus passibles de l'impôt sur le revenu, dans la catégorie des bénéficiaires industriels et commerciaux ou des bénéficiaires non commerciaux ou des bénéficiaires agricoles, réalisés par des contribuables soumis à un régime réel d'imposition :

a) Qui ne sont pas adhérents d'un centre de gestion ou association agréés définis aux articles 1649 quater C à 1649 quater H, à l'exclusion des membres d'un groupement ou d'une société mentionnés aux articles 8 à 8 quinquies et des conjoints exploitants agricoles de fonds séparés ou associés d'une même société ou groupement adhérant à l'un de ces organismes ;

b) Ou qui ne font pas appel aux services d'un expert-comptable, d'une société membre de l'ordre ou d'une association de gestion et de comptabilité, autorisé à ce titre par l'administration fiscale et ayant conclu avec cette dernière une convention en application des articles 1649 quater L et 1649 quater M ;

2° Aux revenus distribués mentionnés aux c à e de l'article 111, aux bénéficiaires ou revenus mentionnés à l'article 123 bis et aux revenus distribués mentionnés à l'article 109 résultant d'une rectification des résultats de la société distributrice ;

3° Aux sommes mentionnées au 2° du II de l'article 156 versées en vertu d'une décision de justice devenue définitive avant le 1^{er} janvier 2006 ;

4° Aux revenus soumis à l'évaluation forfaitaire définie aux articles 64 et suivants.

Art 256 A – Sont assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée les personnes qui effectuent de manière indépendante une des activités économiques mentionnées au cinquième alinéa, quels que soient le statut juridique de ces personnes, leur situation au regard des autres impôts et la forme ou la nature de leur intervention.

Ne sont pas considérés comme agissant de manière indépendante :

-les salariés et les autres personnes qui sont liés par un contrat de travail ou par tout autre rapport juridique créant des liens de subordination en ce qui concerne les conditions de travail, les modalités de rémunération et la responsabilité de l'employeur ;

-les travailleurs à domicile dont les gains sont considérés comme des salaires, lorsqu'ils exercent leur activité dans les conditions prévues aux articles L. 7412-1, L. 7412-2 et L. 7413-2 du code du travail.

Les activités économiques visées au premier alinéa se définissent comme toutes les activités de producteur, de commerçant ou de prestataire de services, y compris les activités extractives, agricoles et celles des professions libérales ou assimilées. Est notamment considérée comme activité économique une opération comportant l'exploitation d'un bien meuble corporel ou incorporel en vue d'en retirer des recettes ayant un caractère de permanence.

Art. 287. – 1. Tout redevable de la taxe sur la valeur ajoutée est tenu de remettre au service des impôts dont il dépend et dans le délai fixé par arrêté une déclaration conforme au modèle prescrit par l'administration.

2. Les redevables soumis au régime réel normal d'imposition déposent mensuellement la déclaration visée au 1 indiquant, d'une part, le montant total des

opérations réalisées, d'autre part, le détail des opérations taxables. La taxe exigible est acquittée tous les mois.

Ces redevables peuvent, sur leur demande, être autorisés, dans des conditions qui sont fixées par arrêté du ministre de l'économie et des finances, à disposer d'un délai supplémentaire d'un mois.

Lorsque la taxe exigible annuellement est inférieure à 4 000 euros, ils sont admis à déposer leurs déclarations par trimestre civil.

3. Les redevables placés sous le régime simplifié d'imposition prévu à l'article 302 septies A déposent au titre de chaque exercice une déclaration qui détermine la taxe due au titre de la période et le montant des acomptes trimestriels pour la période ultérieure.

Des acomptes trimestriels sont versés en avril, juillet, octobre et décembre. Ils sont égaux au quart de la taxe due au titre de l'exercice précédent avant déduction de la taxe sur la valeur ajoutée relative aux biens constituant des immobilisations, à l'exception de l'acompte dû en décembre qui est égal au cinquième de cette taxe. Le complément d'impôt éventuellement exigible est versé lors du dépôt de la déclaration annuelle mentionnée au premier alinéa.

S'il estime que le montant des acomptes déjà versés au titre de l'exercice est égal ou supérieur au montant de la taxe qui sera finalement due, le redevable peut se dispenser de nouveaux versements en remettant au comptable chargé du recouvrement de ladite taxe, avant la date d'exigibilité du prochain versement à effectuer, une déclaration datée et signée.

S'il estime que la taxe due à raison des opérations réalisées au cours d'un trimestre, après imputation de la taxe sur la valeur ajoutée relative aux biens constituant des immobilisations, est inférieure d'au moins 10 % au montant de l'acompte correspondant, calculé selon les modalités prévues au deuxième alinéa, le redevable peut diminuer à due concurrence le montant de cet acompte, en remettant au comptable chargé du recouvrement, au plus tard à la date d'exigibilité de l'acompte, une déclaration datée et signée. Si ces opérations ont été réalisées au cours d'une période inférieure à trois mois, la modulation n'est admise que si la taxe réellement due est inférieure d'au moins 10 % à l'acompte réduit au prorata du temps.

S'il estime que la taxe sera supérieure d'au moins 10 % à celle qui a servi de base aux acomptes, il peut modifier le montant de ces derniers.

Les redevables sont dispensés du versement d'acomptes lorsque la taxe due au titre de l'exercice précédent, avant déduction de la taxe sur la valeur ajoutée relative aux biens constituant des immobilisations, est inférieure à 1 000 euros. Dans ce cas, le montant total de l'impôt exigible est acquitté lors du dépôt de la déclaration annuelle mentionnée au premier alinéa.

Les nouveaux redevables sont autorisés, lors de leur première année d'imposition, à acquitter la taxe sur la valeur ajoutée par acomptes trimestriels dont ils déterminent eux-mêmes le montant mais dont chacun doit représenter au moins 80 % de l'impôt réellement dû pour le trimestre correspondant.

Les conditions d'application du présent 3, notamment les modalités de versement et de remboursement des acomptes, sont fixées par décret en Conseil d'État.

4. En cas de cession ou de cessation d'une activité professionnelle, les redevables sont tenus de souscrire dans les trente jours la déclaration prévue au 1. Toutefois, ce délai est porté à soixante jours pour les entreprises placées sous le régime simplifié d'imposition.

5. Dans la déclaration prévue au 1, doivent notamment être identifiés :

a) D'une part, le montant total, hors taxe sur la valeur ajoutée, des livraisons de bien exonérées en vertu du I de l'article 262 ter, des livraisons de biens installés ou montés sur le territoire d'un autre État membre de la Communauté européenne, des livraisons de gaz naturel, d'électricité, de chaleur ou de froid imposables sur le territoire d'un autre État membre de la Communauté européenne et des livraisons dont le lieu n'est pas situé en France en application des dispositions de l'article 258 A ;

b) D'autre part, le montant total, hors taxe sur la valeur ajoutée, des acquisitions intracommunautaires mentionnées au I de l'article 256 bis, et, le cas échéant, des livraisons de biens expédiés ou transportés à partir d'un autre État membre de la Communauté européenne et installés ou montés en France, des livraisons de biens dont le lieu est situé en France en application des dispositions de l'article 258 B, des livraisons de biens effectuées en France pour lesquelles le destinataire de la livraison est désigné comme redevable de la taxe en application des dispositions du 2 ter de l'article 283 et des livraisons de gaz naturel, d'électricité, de chaleur ou de froid pour lesquelles l'acquéreur est désigné comme redevable de la taxe conformément aux dispositions du 2 quinquies de ce dernier article ;

b bis) Le montant hors taxes des opérations mentionnées au 2 sexies de l'article 283 réalisées ou acquises par l'assujetti ;

b ter) Le montant total, hors taxe sur la valeur ajoutée, des services pour lesquels le preneur est redevable de la taxe en application, d'une part, du second alinéa du 1, d'autre part et distinctement, du 2 de l'article 283 ;

c) Enfin, le montant total hors taxes des transmissions mentionnées à l'article 257 bis, dont a bénéficié l'assujetti ou qu'il a réalisées.

Art. 302 septies A. – I. – Il est institué par décret en Conseil d'État un régime simplifié de liquidation des taxes sur le chiffre d'affaires dues par les personnes dont le chiffre d'affaires, ajusté s'il y a lieu au prorata du temps d'exploitation au cours de l'année civile, n'excède pas 777 000 € s'il s'agit d'entreprises dont le commerce principal est de vendre des marchandises, objets, fournitures et denrées à emporter ou à consommer sur place ou de fournir le logement, ou 234 000 € s'il s'agit d'autres entreprises. Ces limites s'apprécient en faisant abstraction de la taxe sur la valeur ajoutée et des taxes assimilées.

II. – Le régime simplifié prévu au I demeure applicable pour l'établissement de l'imposition due au titre de la première année au cours de laquelle les chiffres d'affaires limites prévus pour ce régime sont dépassés. Cette imposition est établie compte tenu de ces dépassements.

Ces dispositions ne sont pas applicables si le chiffre d'affaires excède 856 000 euros s'il s'agit d'entreprises dont le commerce principal est de vendre des marchandises, objets, fournitures et denrées à emporter ou à consommer sur place ou de fournir le logement, et 265 000 euros s'il s'agit d'autres entreprises.

II bis. – Les seuils mentionnés aux I et II sont actualisés chaque année dans la même proportion que la limite supérieure de la première tranche du barème de l'impôt sur le revenu et arrondis au millier d'euros le plus proche.

III. – La régularisation de la taxe sur la valeur ajoutée due au titre d'un exercice doit intervenir dans les trois mois qui suivent la clôture de cet exercice. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application pratique du présent paragraphe; il procède aux adaptations nécessaires de la législation en vigueur, notamment pour les entreprises qui n'ont clôturé aucun exercice au cours d'une année civile.

Cette obligation s'applique pour la première fois pour les exercices clos à compter du 30 septembre 2011.

Art. 302 G. – I. – Doit exercer son activité comme entrepositaire agréé :

1° Toute personne qui produit ou transforme des alcools, des produits intermédiaires, des produits visés à l'article 438 ou des bières ;

2° Toute personne qui reçoit, détient ou expédie des tabacs manufacturés en suspension des droits d'accises ;

3° Toute personne qui détient des produits mentionnés au 1° qu'elle a reçus ou achetés et qui sont destinés à l'expédition ou à la revente par quantités qui, pour le même destinataire ou le même acquéreur, sont supérieures aux niveaux fixés par décret.

II. – La production ou la transformation des produits mentionnés au 1° du I est obligatoirement réalisée en suspension des droits d'accises, dans un entrepôt suspensif de ces droits.

La réception, la détention ou l'expédition des tabacs manufacturés en suspension des droits d'accises au sens du 2° du I est réalisée dans un entrepôt suspensif de ces droits ou sous le couvert du document mentionné au I de l'article 302 M.

La réception ou l'achat, la détention, l'expédition ou la revente au sens du 3° du I des produits mentionnés au 1° du I sont réalisés en suspension des droits d'accises dans un entrepôt suspensif de ces droits ou sous le couvert du document mentionné au I de l'article 302 M. Ces opérations peuvent également être effectuées en droits acquittés, auquel cas elles circulent sous couvert du document d'accompagnement mentionné au II de l'article 302 M ou sous couvert de capsules, empreintes, vignettes ou autres marques fiscales représentatives de droits indirects, sous réserve des dispositions du troisième alinéa du II de l'article 302 M.

Sont également considérés comme se trouvant en régime suspensif des droits d'accises, les alcools, les boissons alcooliques et les tabacs manufacturés placés ou destinés à être placés sous l'un des régimes suivants prévus par les règlements communautaires en vigueur : magasins et aires de dépôt temporaire, entrepôt d'importation, zone franche, entrepôt franc, perfectionnement actif, admission temporaire en exonération totale, transformation sous douane et transit communautaire externe.

Par dérogation aux dispositions du I, les personnes autorisées par les services des douanes et droits indirects à placer des alcools, des boissons alcooliques et des tabacs manufacturés sous ces régimes, et qui sont soumises à toutes les obligations prévues pour l'application de ces régimes douaniers, n'ont pas à prendre la qualité d'entrepositaire agréé et ne sont pas soumises aux obligations prévues aux III, IV et V.

III. – L'entrepositaire agréé tient, par entrepôt fiscal suspensif des droits d'accises, une comptabilité matières des productions, transformations, stocks et mouvements de produits mentionnés aux 1° et 2° du I, ainsi que des produits vitivinicoles, autres que les vins, mentionnés à la partie XII de l'annexe I au règlement (CE) modifié n° 1234 / 2007 du Conseil du 22 octobre 2007 portant organisation commune des marchés dans le secteur agricole et dispositions spécifiques en ce qui concerne certains produits de ce secteur. L'entrepositaire agréé présente ladite comptabilité matières et lesdits produits à toute réquisition.

IV. – Un entrepositaire agréé détenant des produits mentionnés aux 1° et 2° du I qu'il a acquis ou reçus tous droits acquittés, ou pour lesquels il a précédemment acquitté les droits, peut les replacer en suspension de droits dans son entrepôt fiscal suspensif des droits d'accises. Sur demande, les droits acquittés ou supportés lui sont remboursés ou sont compensés avec des droits exigibles.

V. – L'administration accorde la qualité d'entrepositaire agréé à la personne qui justifie être en mesure de remplir les obligations prévues au III et qui fournit une caution

solidaire garantissant le paiement des droits dus. Peuvent être dispensés de caution en matière de production, de transformation et de détention les récoltants dont les sociétés coopératives agricoles et leurs unions, ainsi que les brasseurs. Peuvent également être dispensés de caution à la circulation les petits récoltants de vin y compris les sociétés coopératives agricoles et leurs unions dans les limites et conditions fixées par décret.

En cas de violation par l'entrepositaire de ses obligations, de défaillance de la caution ou de dénonciation par cette caution de son engagement, l'administration peut retirer l'agrément.

VI. – Un décret en Conseil d'État fixe les conditions et modalités d'application du présent article.

Art. 302 H ter. – Les personnes qui n'ont pas la qualité d'entrepositaire agréé peuvent, dans l'exercice de leur profession, recevoir des produits expédiés en suspension de droits d'accise en provenance d'un autre État membre de la Communauté européenne, si elles ont été préalablement agréées par le directeur régional des douanes et droits indirects territorialement compétent en tant que destinataire enregistré.

I. – La qualité de destinataire enregistré est accordée à la personne qui fournit une caution solidaire garantissant le paiement des droits. Une dispense de caution peut être accordée aux destinataires enregistrés dans les limites et conditions fixées par décret.

L'impôt est exigible dès la réception des produits. Il est dû par le destinataire enregistré. Ce dernier transmet à l'administration des douanes et droits indirects, au plus tard le dixième jour de chaque mois, une déclaration indiquant le montant de l'impôt dû au titre des réceptions du mois précédent. L'impôt est acquitté lors du dépôt de la déclaration.

Le destinataire enregistré tient une comptabilité des livraisons de produits et la présente à toute réquisition des services de contrôle.

En cas de violation par le destinataire enregistré de ses obligations, de défaillance de la caution ou de dénonciation par cette caution de son engagement, le directeur régional des douanes et droits indirects peut retirer l'agrément.

II. – Le destinataire enregistré ne recevant des produits soumis à accise qu'à titre occasionnel doit, préalablement à l'expédition, y être autorisé par l'administration des douanes et droits indirects et consigner auprès d'elle le paiement des droits dus au titre de cette opération. Cette autorisation est limitée, pour une opération, à la quantité de produits pour laquelle les droits d'accise ont été consignés, à un seul expéditeur et est valable le temps nécessaire à l'acheminement et à la réception des marchandises par le destinataire.

Les droits d'accise sont acquittés sur la base d'une déclaration, dès la réception des produits par l'opérateur.

Il est joint au document d'accompagnement une attestation de l'administration des douanes et droits indirects pour les produits reçus en France établissant que l'impôt a été acquitté ou qu'une garantie de son paiement a été acceptée.

Lorsqu'un entrepositaire agréé ou un expéditeur enregistré expédie des produits à un destinataire enregistré, établi dans un autre État membre de la Communauté européenne, il doit joindre au document d'accompagnement une attestation délivrée par l'autorité compétente de l'État de destination justifiant que l'impôt a été acquitté ou qu'une garantie de son paiement a été acceptée.

Art. 401. – I. – Pour l'application des dispositions du présent code relatives aux contributions indirectes sont dénommés :

a) produits intermédiaires : les produits relevant des codes N.C. 2204, 2205, 2206 du tarif des douanes qui ont un titre alcoométrique acquis compris entre 1,2 p. 100 vol. et 22 p. 100 vol. et qui ne sont pas des bières, des vins ou des produits mentionnés aux b et c du 2° et au 3° de l'article 438 ;

b) alcools : les produits qui relèvent des codes NC 2207 et 2208 du tarif des douanes et qui ont un titre alcoométrique acquis supérieur à 1,2 % vol., même lorsque ces produits font partie d'un produit relevant d'un chapitre autre que le chapitre 22 du tarif des douanes, ainsi que les produits désignés au a qui ont un titre alcoométrique acquis supérieur à 22 % vol. et les eaux-de-vie contenant des produits en solution ou non.

Art. 564 decies . – Sont assimilés aux tabacs manufacturés :

1°) Les produits destinés à être fumés, prisés ou mâchés, même s'ils ne sont que partiellement constitués de tabac ;

2°) Les cigarettes et produits à fumer, même s'ils ne contiennent pas de tabac, à la seule exclusion des produits qui sont destinés à à un usage médicamenteux.

Art. 565. – 1. L'importation, l'introduction et la commercialisation en gros en France métropolitaine des tabacs manufacturés peuvent être effectuées par toute personne physique ou morale qui s'établit en qualité de fournisseur en vue d'exercer cette activité dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État.

2. Sur ce même territoire, la fabrication des tabacs manufacturés peut être effectuée par toute personne physique ou morale qui s'établit en qualité de fabricant en vue d'exercer cette activité dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État. Les dispositions des articles 570 et 571 lui sont applicables en tant que fournisseur. La vente au détail des tabacs manufacturés est réservée à l'État.

3. Les personnes physiques ou morales qui approvisionnent les titulaires du statut d'acheteur-revendeur prévu au dixième alinéa de l'article 568 ne sont pas tenues de s'établir en qualité de fournisseur pour introduire, commercialiser en gros et, le cas échéant, importer des tabacs manufacturés. Ces personnes physiques ou morales doivent prendre la qualité d'entrepositaire agréé mentionnée à l'article 302 G.

Art. 575. – Les tabacs manufacturés vendus dans les départements de la France continentale et les tabacs ainsi que le papier à rouler les cigarettes qui y sont importés sont soumis à un droit de consommation.

Le droit de consommation sur les cigarettes comporte une part spécifique par unité de produit et une part proportionnelle au prix de détail. Toutefois, pour les cigarettes de la classe de prix de référence, le montant du droit de consommation est déterminé globalement en appliquant le taux normal de ce droit, prévu à l'article 575 A, à leur prix de vente au détail.

La classe de prix de référence correspond au prix moyen pondéré de vente au détail exprimé pour mille cigarettes et arrondi à la demi-dizaine d'euros immédiatement supérieure.

Le prix moyen pondéré de vente au détail est calculé en fonction de la valeur totale de l'ensemble des cigarettes mises à la consommation, basée sur le prix de vente au détail toutes taxes comprises, divisée par la quantité totale de cigarettes mises à la consommation.

Le prix moyen pondéré de vente au détail et la classe de prix de référence sont établis au plus tard le 31 janvier de chaque année, sur la base des données concernant toutes

les mises à la consommation effectuées l'année civile précédente, par arrêté du ministre chargé du budget.

La part spécifique est égale à 9 % de la charge fiscale totale afférente aux cigarettes de la classe de prix de référence et comprenant le droit de consommation et la taxe sur la valeur ajoutée.

Pour les cigarettes de la classe de prix de référence, la part proportionnelle est réputée égale à la différence entre le montant total du droit de consommation et la part spécifique définie ci-dessus. Le rapport entre cette part proportionnelle et le prix de vente au détail de ces cigarettes constitue le taux de base.

Pour les autres cigarettes, la part proportionnelle est déterminée en appliquant le taux de base à leur prix de vente au détail.

Le montant du droit de consommation applicable aux cigarettes ne peut être inférieur à un minimum de perception fixé par 1 000 unités, majoré de 10 % pour les cigarettes dont le prix de vente est inférieur à 94 % de la classe de prix de référence.

Les tabacs manufacturés autres que les cigarettes sont soumis à un taux normal applicable à leur prix de vente au détail, sous réserve d'un minimum de perception fixé par mille unités ou par mille grammes.

Lorsque le prix de vente au détail homologué des cigarettes ou des tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes est inférieur, respectivement, à 95 % et 97 % du prix moyen de ces produits constaté par le dernier arrêté de prix, le montant des minimums de perception prévu à l'article 575 A peut être relevé par arrêté du ministre chargé du budget, dans la limite de 25 %.

Lorsque la classe de prix de référence est inférieure de plus de 3 % à la moyenne des prix homologués, le pourcentage de 94 % mentionné au sixième alinéa peut être augmenté jusqu'à 110 % au titre de l'année en cours par arrêté du ministre chargé du budget.

Art. 1001. – Le tarif de la taxe spéciale sur les contrats d'assurances est fixé :

1° Pour les assurances contre l'incendie :

À 7 % pour les assurances contre l'incendie relatives à des risques agricoles non exonérés ; sont, d'une manière générale, considérées comme présentant le caractère d'assurance de risques agricoles, les assurances de tous les risques des personnes physiques ou morales exerçant exclusivement ou principalement une profession agricole ou connexe à l'agriculture telles que ces professions sont définies par les articles L722-9 et L722-28 du code rural et de la pêche maritime, ainsi que les assurances des risques des membres de leurs familles vivant avec eux sur l'exploitation et de leur personnel et les assurances des risques, par leur nature, spécifiquement agricoles ou connexes ;

À 24 % pour les assurances contre l'incendie souscrites auprès des caisses départementales ;

À 30 % pour toutes les autres assurances contre l'incendie ;

Toutefois les taux de la taxe sont réduits à 7 % pour les assurances contre l'incendie des biens affectés de façon permanente et exclusive à une activité industrielle, commerciale, artisanale ou agricole, ainsi que des bâtiments administratifs des collectivités locales ;

2° Pour les assurances garantissant les pertes d'exploitation consécutives à l'incendie dans le cadre d'une activité industrielle, commerciale, artisanale ou agricole :

À 7 % ;

2° bis

À 7 % pour les contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative à la condition que l'organisme ne recueille pas d'informations médicales auprès de l'assuré au titre de ce contrat ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que pour les contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire à la condition que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées au même article L. 871-1 ;

3° à 19 % pour les assurances contre les risques de toute nature de navigation maritime ou fluviale des bateaux de sport ou de plaisance ;

4° (Abrogé) ;

5° (Abrogé) ;

5° bis à 18 % pour les assurances contre les risques de toute nature relatifs aux véhicules terrestres à moteur ;

6° Pour toutes autres assurances :

À 9 %.

Les risques d'incendie couverts par des assurances ayant pour objet des risques de transport sont compris dans les risques désignés sous le 3° ou sous le 5° bis.

Le produit de la taxe est affecté aux départements, à l'exception du produit de la taxe afférente aux contrats visés au 2° bis, qui est affecté, par parts égales, à la Caisse nationale des allocations familiales et à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Art. 1586 sexies – I. – Pour la généralité des entreprises, à l'exception des entreprises visées aux II à VI :

1. Le chiffre d'affaires est égal à la somme :

-des ventes de produits fabriqués, prestations de services et marchandises ;

-des redevances pour concessions, brevets, licences, marques, procédés, logiciels, droits et valeurs similaires ;

-des plus-values de cession d'immobilisations corporelles et incorporelles, lorsqu'elles se rapportent à une activité normale et courante ;

-des refacturations de frais inscrites au compte de transfert de charges.

2. Le chiffre d'affaires des titulaires de bénéfices non commerciaux qui n'exercent pas l'option mentionnée à l'article 93 A s'entend du montant hors taxes des honoraires ou recettes encaissés en leur nom, diminué des rétrocessions, ainsi que des gains divers.

3. Le chiffre d'affaires des personnes dont les revenus imposables à l'impôt sur le revenu relèvent de la catégorie des revenus fonciers définie à l'article 14 comprend les recettes brutes hors taxes au sens de l'article 29.

4. La valeur ajoutée est égale à la différence entre :

a) D'une part, le chiffre d'affaires tel qu'il est défini au 1, majoré :

- des autres produits de gestion courante à l'exception, d'une part, de ceux pris en compte dans le chiffre d'affaires et, d'autre part, des quotes-parts de résultat sur opérations faites en commun ;

- de la production immobilisée, à hauteur des seules charges qui ont concouru à sa formation et qui figurent parmi les charges déductibles de la valeur ajoutée ; il n'est pas tenu compte de la production immobilisée, hors part des coproducteurs, afférente à des œuvres audiovisuelles ou cinématographiques inscrites à l'actif du bilan d'une entreprise de production audiovisuelle ou cinématographique, ou d'une entreprise de distribution cinématographique pour le montant correspondant au versement du minimum garanti au profit d'un producteur, à condition que ces œuvres soient susceptibles de bénéficier de l'amortissement fiscal pratiqué sur une durée de douze mois ;

- des subventions d'exploitation et des abandons de créances à caractère financier à la hauteur du montant déductible des résultats imposables à l'impôt sur le revenu ou à l'impôt sur les sociétés de l'entreprise qui les consent ;

- de la variation positive des stocks ;

- des transferts de charges déductibles de la valeur ajoutée, autres que ceux pris en compte dans le chiffre d'affaires ;

- des rentrées sur créances amorties lorsqu'elles se rapportent au résultat d'exploitation ;

b) Et, d'autre part :

- les achats stockés de matières premières et autres approvisionnements, les achats d'études et prestations de services, les achats de matériel, équipements et travaux, les achats non stockés de matières et fournitures, les achats de marchandises et les frais accessoires d'achat ;

- diminués des rabais, remises et ristournes obtenus sur achats ;

- la variation négative des stocks ;

- les services extérieurs diminués des rabais, remises et ristournes obtenus, à l'exception des loyers ou redevances afférents aux biens corporels pris en location ou en sous-location pour une durée de plus de six mois ou en crédit-bail ainsi que les redevances afférentes à ces biens lorsqu'elles résultent d'une convention de location-gérance ; toutefois, lorsque les biens pris en location par le redevable sont donnés en sous-location pour une durée de plus de six mois, les loyers sont retenus à concurrence du produit de cette sous-location ;

- les taxes sur le chiffre d'affaires et assimilées, les contributions indirectes, la taxe intérieure de consommation sur les produits énergétiques [Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2009-599 DC du 29 décembre 2009] ;

- les autres charges de gestion courante, autres que les quotes-parts de résultat sur opérations faites en commun ;

- les abandons de créances à caractère financier, à la hauteur du montant déductible des résultats imposables à l'impôt sur le revenu ou à l'impôt sur les sociétés ;

- les dotations aux amortissements pour dépréciation afférentes aux biens corporels donnés en location ou sous-location pour une durée de plus de six mois, donnés en crédit-bail ou faisant l'objet d'un contrat de location-gérance, en proportion de la seule période de location, de sous-location, de crédit-bail ou de location-gérance ;

- les moins-values de cession d'éléments d'immobilisations corporelles et incorporelles, lorsqu'elles se rapportent à une activité normale et courante.

5. La valeur ajoutée des contribuables mentionnés au 2 est constituée par l'excédent du chiffre d'affaires défini au 2 sur les dépenses de même nature que les charges admises en déduction de la valeur ajoutée en application du 4, à l'exception de la taxe sur la valeur ajoutée déductible ou décaissée.

6. La valeur ajoutée des contribuables mentionnés au 3 est égale à l'excédent du chiffre d'affaires défini au 3 diminué des charges de la propriété énumérées à l'article 31, à l'exception des charges énumérées aux c et d du 1° du I du même article 31.

7. La valeur ajoutée définie aux 4, 5 et 6 ne peut excéder un pourcentage du chiffre d'affaires mentionné respectivement aux 1, 2 et 3 égal à :

80 % pour les contribuables dont le chiffre d'affaires est inférieur ou égal à 7, 6 millions d'euros ;

85 % pour les contribuables dont le chiffre d'affaires est supérieur à 7, 6 millions d'euros.

Pour l'application du présent 7, la période retenue pour le chiffre d'affaires est la même que celle retenue pour la valeur ajoutée.

II. – Par exception au I, les produits et les charges mentionnés au même I et se rapportant à une activité de location ou de sous-location d'immeubles nus réputée exercée à titre professionnel au sens de l'article 1447 ne sont pris en compte, pour le calcul de la valeur ajoutée, qu'à raison de 10 % de leur montant en 2010, 20 % en 2011, 30 % en 2012, 40 % en 2013, 50 % en 2014, 60 % en 2015, 70 % en 2016, 80 % en 2017 et 90 % en 2018.

III. – Pour les établissements de crédit et, lorsqu'elles sont agréées par l'Autorité de contrôle prudentiel, les entreprises mentionnées à l'article L. 531-4 du code monétaire et financier :

1. Le chiffre d'affaires comprend l'ensemble des produits d'exploitation bancaires et des produits divers d'exploitation autres que les produits suivants :

- a) 95 % des dividendes sur titres de participation et parts dans les entreprises liées ;
- b) Plus-values de cession sur immobilisations figurant dans les produits divers d'exploitation autres que celles portant sur les autres titres détenus à long terme ;
- c) Reprises de provisions spéciales et de provisions sur immobilisations ;
- d) Quotes-parts de subventions d'investissement ;
- e) Quotes-parts de résultat sur opérations faites en commun.

2. La valeur ajoutée est égale à la différence entre :

a) D'une part, le chiffre d'affaires tel qu'il est défini au 1, majoré des reprises de provisions spéciales et des récupérations sur créances amorties lorsqu'elles se rapportent aux produits d'exploitation bancaire ;

b) Et, d'autre part :

-les charges d'exploitation bancaires autres que les dotations aux provisions sur immobilisations données en crédit-bail ou en location simple ;

-les services extérieurs, à l'exception des loyers ou redevances afférents aux biens corporels pris en location ou en sous-location pour une durée de plus de six mois ou en crédit-bail ainsi que les redevances afférentes à ces biens lorsqu'elles résultent d'une convention de location-gérance ; toutefois, lorsque les biens pris en location par le redevable

sont donnés en sous-location pour une durée de plus de six mois, les loyers sont retenus à concurrence du produit de cette sous-location ;

- les charges diverses d'exploitation, à l'exception des moins-values de cession sur immobilisations autres que celles portant sur les autres titres détenus à long terme et des quotes-parts de résultat sur opérations faites en commun ;

- les pertes sur créances irrécouvrables lorsqu'elles se rapportent aux produits d'exploitation bancaire.

IV. – Pour les entreprises, autres que celles mentionnées aux III et VI, qui ont pour activité principale la gestion d'instruments financiers au sens de l'article L. 211-1 du code monétaire et financier :

1. Le chiffre d'affaires comprend :

- le chiffre d'affaires tel qu'il est déterminé pour la généralité des entreprises au 1 du I ;

- les produits financiers, à l'exception des reprises sur provisions et de 95 % des dividendes sur titres de participation ;

- et les plus-values sur cession des titres, à l'exception des plus-values de cession de titres de participation.

2. La valeur ajoutée est égale à la différence entre :

- d'une part, le chiffre d'affaires tel qu'il est défini au 1, majoré des rentrées sur créances amorties lorsqu'elles se rapportent au chiffre d'affaires défini au 1 ;

- et, d'autre part, les services extérieurs mentionnés au 4 du I ; les charges financières, à l'exception des dotations aux amortissements et aux provisions ; les moins-values de cession de titres autres que les titres de participation ; les pertes sur créances irrécouvrables lorsqu'elles se rapportent au chiffre d'affaires défini au 1.

Les entreprises ayant pour activité principale la gestion d'instruments financiers sont celles qui remplissent au moins une des deux conditions suivantes :

- les immobilisations financières ainsi que les valeurs mobilières de placement détenues par l'entreprise ont représenté en moyenne au moins 75 % de l'actif au cours de la période mentionnée à l'article 1586 quinquies ;

- le chiffre d'affaires de l'activité de gestion d'instruments financiers correspondant aux produits financiers et aux produits sur cession de titres réalisé au cours de la période mentionnée à l'article 1586 quinquies est supérieur au total des chiffres d'affaires des autres activités.

Sauf pour les entreprises dont au moins 50 % des droits de vote sont détenus, directement ou indirectement, par une entreprise mentionnée aux III ou VI ou conjointement par des entreprises mentionnées aux mêmes III ou VI, les conditions mentionnées aux cinquième et sixième alinéas s'apprécient, le cas échéant, au regard de l'actif et du chiffre d'affaires du groupe auquel appartient la société au sens de l'article L. 233-16 du code de commerce sur la base des comptes consolidés prévus au I du même article.

V. – Pour les sociétés et groupements créés pour la réalisation d'une opération unique de financement d'immobilisations corporelles :

a) Qui sont détenus à 95 % au moins par un établissement de crédit et qui réalisent l'opération pour le compte de l'établissement de crédit ou d'une société elle-même détenue à 95 % au moins par l'établissement de crédit ;

b) Ou qui sont soumis au I du II de l'article 39 C ou aux articles 217 undecies ou 217 duodecies :

1. Le chiffre d'affaires comprend :

- le chiffre d'affaires tel qu'il est déterminé pour la généralité des entreprises au I du I ;

- les produits financiers et les plus-values résultant de la cession au crédit-preneur des immobilisations financées dans le cadre de l'opération visée au premier alinéa du présent V.

2. La valeur ajoutée est égale à la différence entre :

- d'une part, le chiffre d'affaires tel qu'il est défini au 1, majoré des rentrées sur créances amorties lorsqu'elles se rapportent au chiffre d'affaires défini au 1 ;

- et, d'autre part, les services extérieurs et les dotations aux amortissements mentionnés au 4 du I, les charges financières et les moins-values résultant de la cession au crédit-preneur des immobilisations financées dans le cadre de l'opération visée au premier alinéa du présent V et les pertes sur créances irrécouvrables lorsqu'elles se rapportent au chiffre d'affaires défini au 1.

VI. – Pour les mutuelles et unions régies par le livre II du code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ou par le titre VII du livre VII du code rural et de la pêche maritime et les entreprises d'assurance et de réassurance régies par le code des assurances :

1. Le chiffre d'affaires comprend :

-les primes ou cotisations ;

-les autres produits techniques ;

-les commissions reçues des réassureurs ;

- les produits non techniques, à l'exception de l'utilisation ou de reprises des provisions ;

et les produits des placements, à l'exception des reprises de provisions pour dépréciation, des plus-values de cession et de 95 % des dividendes afférents aux placements dans des entreprises liées ou avec lien de participation, des plus-values de cession d'immeubles d'exploitation et des quotes-parts de résultat sur opérations faites en commun.

2. La valeur ajoutée est égale à la différence entre :

a) D'une part, le chiffre d'affaires tel qu'il est défini au 1, majoré :

- des subventions d'exploitation ;

- de la production immobilisée, à hauteur des seules charges qui ont concouru à sa formation et qui sont déductibles de la valeur ajoutée ;

- des transferts ;

b) Et, d'autre part, sous réserve des précisions mentionnées aux alinéas suivants, les prestations et frais payés, les achats, le montant des secours exceptionnels accordés par décision du conseil d'administration ou de la commission des secours lorsque celle-ci existe, les autres charges externes, les autres charges de gestion courante, les variations des provisions pour sinistres ou prestations à payer et des autres provisions techniques, y compris les provisions pour risque d'exigibilité pour la seule partie qui n'est pas admise en déduction du résultat imposable en application du 5° du I de l'article 39, la participation aux résultats, les charges des placements à l'exception des moins-values de cession des

placements dans des entreprises liées ou avec lien de participation et des moins-values de cession d'immeubles d'exploitation.

Ne sont toutefois pas déductibles de la valeur ajoutée :

- les loyers ou redevances afférents aux biens corporels pris en location ou en sous-location pour une durée de plus de six mois ou en crédit-bail ainsi que les redevances afférentes à ces immobilisations lorsqu'elles résultent d'une convention de location-gérance ; toutefois, lorsque les biens pris en location par le redevable sont donnés en sous-location pour une durée de plus de six mois, les loyers sont retenus à concurrence du produit de cette sous-location ;

- les charges de personnel ;

- les impôts, taxes et versements assimilés, à l'exception des taxes sur le chiffre d'affaires et assimilées, des contributions indirectes, de la taxe intérieure de consommation sur les produits énergétiques [Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2009-599 DC du 29 décembre 2009] ;

- les quotes-parts de résultat sur opérations faites en commun ;

- les charges financières afférentes aux immeubles d'exploitation ;

- les dotations aux amortissements d'exploitation ;

- les dotations aux provisions autres que les provisions techniques.

VII. – Lorsque les plus-values de cession d'immobilisations ou de titres de nature à être comprises dans le chiffre d'affaires et la valeur ajoutée en application des I et III à VI sont réalisées l'année de création de l'entreprise, elles sont comprises dans le chiffre d'affaires et la valeur ajoutée retenus au titre de l'année suivante.

Code des juridictions financières

Art. L.O. 132-2-1. – Chaque année, la Cour des comptes établit un rapport présentant le compte rendu des vérifications qu'elle a opérées en vue de certifier la régularité, la sincérité et la fidélité des comptes des organismes nationaux du régime général et des comptes combinés de chaque branche et de l'activité de recouvrement du régime général, relatifs au dernier exercice clos, établis conformément aux dispositions du livre Ier du code de la sécurité sociale. Ce rapport est remis au Parlement et au Gouvernement sitôt son arrêt par la Cour des comptes, et au plus tard le 30 juin de l'année suivant celle afférente aux comptes concernés.

Art. R. 137-1. – Pour la mise en oeuvre des dispositions du 5° de l'article 58 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 et de l'article LO 132-2-1, les résultats provisoires des vérifications peuvent, à tout moment des travaux préparatoires à la certification, être transmis aux autorités administratives concernées, à fin de validation de ces résultats ou d'information de ces autorités. Cette transmission est effectuée, préalablement à l'examen de ces travaux par la formation compétente de la Cour des comptes, par des magistrats, des conseillers maîtres en service extraordinaire ou des rapporteurs extérieurs.

Art. R. 137-2. – Le président de la formation compétente peut, après délibération de celle-ci, communiquer aux autorités administratives concernées ceux des résultats provisoires qui, en l'état de la préparation des comptes et des vérifications déjà opérées,

paraissent devoir donner lieu à un examen particulier ou à une action de ces autorités en vue de permettre la certification des comptes.

Art. R. 137-3. – I. – Le projet de rapport établi en vue de la certification prévue par le 5° de l'article 58 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 et le compte rendu des vérifications sont examinés par la formation compétente.

Ils sont ensuite adressés aux secrétaires généraux, aux directeurs généraux et directeurs d'administration centrale compétents et aux autres autorités administratives compétentes. Sans préjudice du droit d'être entendu prévu à l'article L. 135-4, le délai de réponse qui leur est imparti est fixé à dix jours au plus. Ces autorités administratives adressent directement copie de leurs réponses aux directeurs chargés du budget et de la comptabilité publique.

II. – La procédure prévue au I s'applique au projet de rapport de certification de la régularité, de la sincérité et de la fidélité des comptes des organismes nationaux du régime général et des comptes combinés de chaque branche et de l'activité de recouvrement du régime général prévu par l'article LO 132-2-1. Le projet est adressé aux directeurs compétents auprès des ministres chargés de la sécurité sociale, des comptes publics et du budget ainsi que, chacun pour ce qui le concerne, aux directeurs des caisses nationales du régime général. Ces directeurs adressent copie de leurs réponses au directeur chargé de la sécurité sociale.

III. – Les projets éventuellement modifiés sont ensuite transmis au comité du rapport public et des programmes conformément à l'article R. 136-1.

Art. R. 137-4. – I. – Après leur examen par le comité du rapport public et des programmes et avant la transmission à la chambre du conseil, le projet de rapport établi en vue de la certification prévue par le 5° de l'article 58 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 et le compte rendu des vérifications sont adressés au ministre chargé du budget.

II. – La même procédure s'applique au projet de rapport de certification prévu par l'article LO 132-2-1. Ce projet est adressé au ministre chargé de la sécurité sociale, au ministre chargé du budget et, chacun pour la partie qui le concerne, aux directeurs des caisses nationales du régime général de sécurité sociale. Ces derniers adressent copie de leur réponse au ministre chargé de la sécurité sociale.

III. – Sans préjudice du droit d'être entendu prévu à l'article L. 135-4, le délai de réponse prévu à l'article R. 136-1 peut être ramené à dix jours.

Code monétaire et financier

Art. L. 531-4. – Les entreprises d'investissement sont des personnes morales, autres que les établissements de crédit, qui fournissent des services d'investissement à titre de profession habituelle.

Art. L. 561-15. – I. – Les personnes mentionnées à l'article L. 561-2 sont tenues, dans les conditions fixées par le présent chapitre, de déclarer au service mentionné à l'article L. 561-23 les sommes inscrites dans leurs livres ou les opérations portant sur des sommes dont elles savent, soupçonnent ou ont de bonnes raisons de soupçonner qu'elles proviennent d'une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an ou participent au financement du terrorisme.

II. – Par dérogation au I, les personnes mentionnées à l'article L. 561-2 déclarent au service mentionné à l'article L. 561-23 les sommes ou opérations dont ils savent,

soupçonnent ou ont de bonnes raisons de soupçonner qu'elles proviennent d'une fraude fiscale lorsqu'il y a présence d'au moins un critère défini par décret.

III. – À l'issue de l'examen renforcé prescrit au II de l'article L. 561-10-2, les personnes mentionnées à l'article L. 561-2 effectuent, le cas échéant, la déclaration prévue au I du présent article.

IV. – Les personnes mentionnées à l'article L. 561-2 sont également tenues de déclarer au service mentionné à l'article L. 561-23 toute opération pour laquelle l'identité du donneur d'ordre ou du bénéficiaire effectif ou du constituant d'un fonds fiduciaire ou de tout autre instrument de gestion d'un patrimoine d'affectation reste douteuse malgré les diligences effectuées conformément à l'article L. 561-5.

V. – Toute information de nature à infirmer, conforter ou modifier les éléments contenus dans la déclaration est portée, sans délai, à la connaissance du service mentionné à l'article L. 561-23.

VI. – Un décret peut étendre l'obligation de déclaration mentionnée au I aux opérations pour compte propre ou pour compte de tiers effectuées par les personnes mentionnées aux 1° à 7° de l'article L. 561-2 avec des personnes physiques ou morales, y compris leurs filiales ou établissements, domiciliées, enregistrées ou établies dans l'ensemble des États ou territoires dont les insuffisances de la législation ou les pratiques font obstacle à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Ce décret fixe le montant minimum des opérations soumises à déclaration.

VII. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de cette déclaration.

Code pénal

Art. 226-13. – La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

Code rural et de la pêche maritime

Art. L. 321-5. – Le conjoint du chef d'une exploitation ou d'une entreprise agricole qui n'est pas constituée sous forme d'une société ou d'une coexploitation entre conjoints peut y exercer son activité professionnelle en qualité de collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricole.

Lorsque le chef ou un associé d'une exploitation ou d'une entreprise agricole exerce également une activité non salariée non agricole et est affilié au seul régime agricole en application de l'article L. 171-3 du code de la sécurité sociale, son conjoint peut également prétendre au statut de collaborateur au titre de sa participation à l'activité non salariée non agricole.

Sous réserve de l'application des dispositions de l'article L. 321-1, le conjoint de l'associé d'une exploitation ou d'une entreprise agricole constituée sous la forme d'une société peut également prétendre au statut de collaborateur lorsqu'il y exerce son activité professionnelle et n'est pas associé de ladite société.

L'option pour le statut de conjoint collaborateur est formulée selon des modalités précisées par décret et prend effet à compter de la date à laquelle l'intéressé remplit les conditions prévues au présent article.

Par dérogation, l'option formulée avant le 1^{er} janvier 2001 prend effet au 1^{er} janvier 1999 si le conjoint remplissait, à cette dernière date, les conditions fixées à l'article L. 732-34. Pour les personnes bénéficiant du statut de conjoint collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricole à compter du 1^{er} janvier 1999, la cotisation prévue au b de l'article L. 731-42 due pour l'année 2000 est majorée au titre de l'année 1999 dans des conditions fixées par décret.

Le collaborateur bénéficie du droit à l'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles dans les conditions prévues aux chapitres IV et IV-1 du titre II du livre VII lorsque son conjoint relève du régime agricole, ainsi que d'une créance de salaire différé dans les conditions prévues au chapitre I^{er} du titre II du livre III (nouveau).

À compter du 1^{er} janvier 2006, le conjoint du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole exerçant sur l'exploitation ou au sein de l'entreprise une activité professionnelle régulière opte, selon des modalités précisées par décret, pour l'une des qualités suivantes :

- collaborateur du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ;
- salarié de l'exploitation ou de l'entreprise agricole ;
- chef d'exploitation ou d'entreprise agricole.

Les dispositions du présent article sont également applicables aux personnes qui sont liées par un pacte civil de solidarité ou qui vivent en concubinage avec le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole.

Art. 722-8. – Le régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles comprend quatre branches :

- 1° Les prestations familiales ;
- 2° L'assurance maladie, invalidité et maternité ;
- 3° L'assurance vieillesse et veuvage ;
- 4° L'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Art. 722-10. – Les dispositions relatives à l'assurance obligatoire maladie, invalidité et maternité des personnes non salariées des professions agricoles sont applicables, sous réserve des traités et accords internationaux :

1° Aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 722-4 à condition que l'exploitation ou l'entreprise soit située sur le territoire métropolitain et qu'elle ait au moins l'importance définie à l'article L. 722-5, sous réserve des dérogations prévues aux articles L. 722-6 et L. 722-7.

Sont assimilées aux chefs d'exploitation mentionnés à l'alinéa précédent pour le bénéfice des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité, les personnes ayant cessé leur activité non salariée agricole et qui répondent à des conditions d'âge et de durée d'activité professionnelle fixées par décret. Le maintien de ces droits leur est assuré jusqu'à l'âge auquel elles peuvent prétendre à bénéficier de la pension de retraite prévue à l'article L. 732-18 ;

2° Aux aides familiaux non salariés et associés d'exploitation, définis par l'article L. 321-6, des chefs d'exploitation ou d'entreprise mentionnés au 1°.

Par aides familiaux, on entend les ascendants, descendants, frères, soeurs et alliés au même degré du chef d'exploitation ou d'entreprise ou de son conjoint, âgés de plus de seize ans, vivant sur l'exploitation ou l'entreprise et participant à sa mise en valeur comme non-salariés.

La personne qui devient aide familial à compter du 18 mai 2005 ne peut conserver cette qualité plus de cinq ans ;

3° Aux anciens exploitants et à leurs conjoints titulaires de la pension de retraite prévue à l'article L. 732-18, ainsi qu'aux titulaires de la pension de retraite forfaitaire prévue à l'article L. 732-34 ;

4° a) Aux conjoints des personnes visées aux 1°, 2°, 3°, 5°, 6° et 7° du présent article, ainsi qu'aux collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 321-5, sous réserve qu'ils ne soient pas couverts à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie, maternité ;

b) Aux enfants de moins de seize ans à la charge des personnes visées aux 1°, 2°, 3°, 5°, 6° et 7° du présent article ou de leur conjoint, qu'ils soient légitimes, naturels reconnus ou non, recueillis, adoptifs ou pupilles de la nation dont l'assuré est le tuteur.

Sont assimilés aux enfants de moins de seize ans :

-ceux de moins de vingt ans qui poursuivent leurs études, cette limite d'âge pouvant être reculée dans des conditions fixées par voie réglementaire pour les enfants ayant dû interrompre leurs études pour cause de maladie,

-ceux de moins de vingt ans qui sont, par suite d'infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité permanente de se livrer à une activité rémunératrice,

-ceux de moins de vingt ans qui bénéficient de l'article L. 542-2 du code de la sécurité sociale ;

5° Aux membres non salariés de toute société, quelles qu'en soient la forme et la dénomination, lorsque ces membres consacrent leur activité, pour le compte de la société, à une exploitation ou entreprise agricole située sur le territoire métropolitain, lesdites sociétés étant assimilées, pour l'application du présent régime, aux chefs d'exploitation ou d'entreprise mentionnés au 1° ;

6° Aux titulaires des pensions d'invalidité versées aux victimes d'accidents survenus ou de maladies professionnelles constatées avant le 1^{er} avril 2002 ;

7° Aux titulaires des rentes mentionnées à l'article L. 752-6.

Art. 722-27. – Le régime de protection sociale des personnes salariées des professions agricoles comprend trois branches :

1° Les prestations familiales ;

2° Les assurances sociales des salariés qui font l'objet du titre IV ;

3° L'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des salariés qui fait l'objet du chapitre Ier du titre V.

Art. 725-3. – Les caisses de mutualité sociale agricole sont chargées du recouvrement des cotisations et des majorations et pénalités de retard dues au titre des régimes de protection sociale agricole dont elles assurent l'application.

Indépendamment de la procédure contentieuse prévue aux articles L. 142-1 à L. 144-2 du code de la sécurité sociale et de l'action en constitution de partie civile prévue aux articles 418 et 536 du code de procédure pénale, les caisses de mutualité sociale agricole peuvent, après avoir mis en demeure les redevables de régulariser leur situation, recouvrer les cotisations et éventuellement les pénalités dues en utilisant l'une ou plusieurs des procédures suivantes :

1° La contrainte qui comporte, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, dans des délais et selon des conditions fixées par décret, tous les effets d'un jugement et qui confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire ;

2° L'état exécutoire signé par le préfet dans le cadre d'une procédure sommaire dont le recouvrement est effectué comme en matière de contributions directes.

Art. L725-3-1. – Les organismes de la mutualité sociale agricole peuvent, pour le recouvrement des sommes indûment versées, engager une action en recouvrement dans les conditions prévues aux sixième à huitième alinéas de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale.

Art. L.725-3-2. – L'article L. 243-7-3 du code de la sécurité sociale est applicable aux cotisations et contributions sociales ainsi qu'aux majorations et pénalités dues par les employeurs de salariés agricoles à la suite du constat de l'infraction de travail dissimulé.

Art. L.725-3-3. – En cas de recouvrement partiel des cotisations et contributions dues par les personnes non salariées des professions agricoles, y compris dans le cas de recouvrement forcé, les contributions mentionnées aux articles L. 136-4 du code de la sécurité sociale et 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale sont prélevées par priorité et dans des proportions identiques sur les sommes recouvrées. Le solde éventuel est affecté aux cotisations selon un ordre fixé par décret.

Art. L725-4. – Les organismes visés à l'article L. 731-30 sont chargés des mêmes missions et disposent des mêmes voies et moyens que les caisses de mutualité sociale agricole en ce qui concerne le recouvrement des cotisations prévues aux articles L. 731-35 à L. 731-38, ainsi que des majorations et pénalités de retard.

Art. 732-18-2. – La condition d'âge prévue à l'article L. 732-18 est abaissée dans des conditions fixées par décret pour les assurés handicapés qui ont accompli, alors qu'ils étaient atteints d'une incapacité permanente au moins égale à un taux fixé par décret ou qu'ils bénéficiaient de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé mentionnée à l'article L. 5213-1 du code du travail, une durée d'assurance dans le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au moins égale à une limite définie par décret, tout ou partie de cette durée ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré.

La pension des intéressés est majorée en fonction de la durée ayant donné lieu à cotisations considérée, dans des conditions précisées par décret.

Art. 732-18-3. – I. – La condition d'âge prévue à l'article L. 732-18 est abaissée, dans les conditions fixées par décret, pour les assurés qui justifient d'une incapacité permanente au sens de l'article L. 752-6 au moins égale à un taux déterminé par décret, lorsque cette incapacité est reconnue au titre d'une maladie professionnelle mentionnée au second alinéa de l'article L. 752-2 ou d'un accident du travail mentionné au premier alinéa du même article et ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle.

II. – La pension de vieillesse liquidée en application du présent article est calculée au taux plein même si l'assuré ne justifie pas de la durée requise d'assurance ou de périodes équivalentes dans le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles et un ou plusieurs autres régimes obligatoires.

III. – Les I et II sont également applicables à l'assuré justifiant d'une incapacité permanente d'un taux inférieur à celui mentionné au I, sous réserve :

1° Que le taux d'incapacité permanente de l'assuré soit au moins égal à un taux déterminé par décret ;

2° Que l'assuré ait été exposé, pendant un nombre d'années déterminé par décret, à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4121-3-1 du code du travail ;

3° Qu'il puisse être établi que l'incapacité permanente dont est atteint l'assuré est directement liée à l'exposition à ces facteurs de risques professionnels.

Une commission pluridisciplinaire dont l'avis s'impose à l'organisme débiteur de la pension de retraite est chargée de valider les modes de preuve apportés par l'assuré et d'apprécier l'effectivité du lien entre l'incapacité permanente et l'exposition aux facteurs de risques professionnels. La composition, le fonctionnement et le ressort territorial de cette commission ainsi que les éléments du dossier au vu desquels elle rend son avis sont fixés par décret.

Art. L. 732-23. – La pension de retraite peut être accordée à partir de l'âge fixé en application de l'article L. 732-18 aux assurés reconnus inaptes au travail dans les conditions prévues à l'article L. 351-7 du code de la sécurité sociale ainsi qu'à ceux qui sont mentionnés aux 3°, 4 bis et 5° de l'article L. 351-8 du même code, dans des conditions fixées par décret.

Art. L. 732-25. – Pour les assurés qui demandent la liquidation de leurs droits à retraite avant l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale augmenté de cinq années et qui ne justifient pas, tant dans le régime institué par le présent chapitre que dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, d'une durée minimale d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes, il est appliqué un coefficient de minoration au montant de la pension de retraite forfaitaire et de la pension de retraite proportionnelle. Ce coefficient n'est pas applicable au montant de la pension de retraite forfaitaire et de la pension de retraite proportionnelle liquidées en application de l'article L. 732-23.

Art. L. 1143-2. – Si, au terme de la négociation, aucun accord n'est intervenu, l'employeur peut mettre en oeuvre le plan pour l'égalité professionnelle, sous réserve d'avoir préalablement consulté et recueilli l'avis du comité d'entreprise, ou, à défaut, des délégués du personnel.

Code de la santé publique

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

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'immunodéficience humaine en application de l'article L. 3122-1 ;

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

3° ter Le versement d'indemnités en application de l'article L. 1142-24-7 ;

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. 1142-24-4, L. 1221-14, 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 ;

2° Le produit des remboursements des frais d'expertise prévus aux articles L. 1142-24-4, L. 1221-14, L. 1142-14 et L. 1142-15 ;

3° Le produit des pénalités prévues aux articles L. 1142-14, L. 1142-15, L. 1142-24-6 et L. 1142-24-7 ;

4° Le produit des recours subrogatoires mentionnés aux articles L. 1221-14, L. 1142-15, L. 1142-17, L. 1142-24-7, L. 3131-4, L. 3111-9 et L. 3122-4 ;

5° Une dotation versée par l'État en application de l'article L. 3111-9 ;

6° Une dotation versée par l'État en application de l'article L. 3131-4 ;

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 ;

8° Une dotation versée par l'État en application de la section 4 bis du présent chapitre.

Art. L. 5121-1 – On entend par :

1° Préparation magistrale, tout médicament préparé selon une prescription médicale destinée à un malade déterminé, soit extemporanément en pharmacie, soit dans les conditions prévues à l'article L. 5125-1 ou à l'article L. 5126-2 ;

2° Préparation hospitalière, tout médicament, à l'exception des produits de thérapies génique ou cellulaire, préparé selon les indications de la pharmacopée et en conformité avec les bonnes pratiques mentionnées à l'article L. 5121-5, en raison de l'absence de spécialité pharmaceutique disponible ou adaptée par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé, ou par l'établissement pharmaceutique de cet établissement de santé autorisé en application de l'article L. 5124-9 ou dans les conditions prévues à l'article L. 5126-2. Les préparations hospitalières sont dispensées sur prescription médicale à un ou plusieurs patients par une pharmacie à usage intérieur dudit établissement. Elles font l'objet d'une déclaration auprès de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé ;

3° Préparation officinale, tout médicament préparé en pharmacie, inscrit à la pharmacopée ou au formulaire national et destiné à être dispensé directement aux patients approvisionnés par cette pharmacie ;

4° Produit officinal divisé, toute drogue simple, tout produit chimique ou toute préparation stable décrite par la pharmacopée, préparés à l'avance par un établissement pharmaceutique et divisés soit par lui, soit par la pharmacie d'officine qui le met en vente, soit par une pharmacie à usage intérieur, telle que définie au chapitre VI du présent titre ;

5° a) Sans préjudice des articles L. 611-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, spécialité générique d'une spécialité de référence, celle qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées. Une spécialité ne peut être qualifiée de spécialité de référence que si son autorisation de mise sur le marché a été délivrée au vu d'un dossier comportant, dans des conditions fixées par voie réglementaire, l'ensemble des données nécessaires et suffisantes à elles seules pour son évaluation. Pour l'application du présent alinéa, les différentes formes pharmaceutiques orales à libération immédiate sont considérées comme une même forme pharmaceutique. De même, les différents sels, esters, éthers, isomères, mélanges d'isomères, complexes ou dérivés d'un principe actif sont regardés comme ayant la même composition qualitative en principe actif, sauf s'ils présentent des propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité. Dans ce cas, des informations supplémentaires fournissant la preuve de la sécurité et de l'efficacité des différents sels, esters ou dérivés d'une substance active autorisée doivent être données par le demandeur de l'autorisation de mise sur le marché ;

b) Groupe générique, le regroupement d'une spécialité de référence et des spécialités qui en sont génériques. Toutefois, une spécialité remplissant les conditions pour être une spécialité de référence, qui présente la même composition qualitative en substance active, la même composition quantitative en substance active ou, à défaut, une fraction thérapeutique active identique dans les limites prévues à l'annexe I de la directive 2001 / 83 / CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain, et la même forme pharmaceutique qu'une spécialité de référence d'un groupe générique déjà existant, et dont la bioéquivalence avec cette spécialité est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées, peut aussi figurer dans ce groupe générique, à condition que ces deux spécialités soient considérées comme relevant d'une même autorisation de mise sur le marché globale, définie par voie réglementaire et qu'elles ne présentent pas de propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité. En l'absence de spécialité de référence, un groupe générique peut être constitué de spécialités ayant la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique et dont les caractéristiques en termes de sécurité et d'efficacité sont équivalentes. Pour l'application du présent b, sont inscrites au répertoire des groupes génériques les spécialités qui se présentent sous une forme pharmaceutique orale à libération modifiée différente de celle de la spécialité de référence, à condition que ces spécialités et la spécialité de référence appartiennent à la même catégorie de forme pharmaceutique à libération modifiée et qu'elles ne présentent pas de propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité ;

6° Médicament immunologique, tout médicament consistant en :

a) Allergène, défini comme tout produit destiné à identifier ou provoquer une modification spécifique et acquise de la réponse immunologique à un agent allergisant ;

b) Vaccin, toxine ou sérum, définis comme tous agents utilisés en vue de provoquer une immunité active ou passive ou en vue de diagnostiquer l'état d'immunité ;

7° Médicament radiopharmaceutique, tout médicament qui, lorsqu'il est prêt à l'emploi, contient un ou plusieurs isotopes radioactifs, dénommés radionucléides, incorporés à des fins médicales ;

8° Générateur, tout système contenant un radionucléide parent déterminé servant à la production d'un radionucléide de filiation obtenu par élution ou par toute autre méthode et utilisé dans un médicament radiopharmaceutique ;

9° Trousse, toute préparation qui doit être reconstituée ou combinée avec des radionucléides dans le produit radiopharmaceutique final ;

10° Précurseur, tout autre radionucléide produit pour le marquage radioactif d'une autre substance avant administration ;

11° Médicament homéopathique, tout médicament obtenu à partir de substances appelées souches homéopathiques, selon un procédé de fabrication homéopathique décrit par la pharmacopée européenne, la pharmacopée française ou, à défaut, par les pharmacopées utilisées de façon officielle dans un autre État membre de l'Union européenne. Un médicament homéopathique peut aussi contenir plusieurs principes ;

12° Préparation de thérapie génique, tout médicament autre que les spécialités pharmaceutiques et les médicaments fabriqués industriellement mentionnés à l'article L. 5121-8, servant à transférer du matériel génétique et ne consistant pas en des cellules d'origine humaine ou animale. Ces préparations sont préparées à l'avance et dispensées sur prescription médicale à un ou plusieurs patients. Elles font l'objet d'une autorisation de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé pour une indication thérapeutique donnée. Cette autorisation peut être assortie de conditions particulières ou de restrictions d'utilisation. Elle peut être modifiée, suspendue ou retirée ;

13° Préparation de thérapie cellulaire xénogénique, tout médicament autre que les spécialités pharmaceutiques et les médicaments fabriqués industriellement mentionnés à l'article L. 5121-8, consistant en des cellules d'origine animale et leurs dérivés utilisés à des fins thérapeutiques, y compris les cellules servant à transférer du matériel génétique, quel que soit leur niveau de transformation. Ces préparations sont préparées à l'avance et dispensées sur prescription médicale à un ou plusieurs patients. Elles font l'objet d'une autorisation de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé pour une indication thérapeutique donnée. Cette autorisation peut être assortie de conditions particulières ou de restrictions d'utilisation. Elle peut être modifiée, suspendue ou retirée. L'Agence de la biomédecine est informée des décisions relatives à ces préparations prises en application du présent alinéa ;

14° Médicament biologique, tout médicament dont la substance active est produite à partir d'une source biologique ou en est extraite et dont la caractérisation et la détermination de la qualité nécessitent une combinaison d'essais physiques, chimiques et biologiques ainsi que la connaissance de son procédé de fabrication et de son contrôle ;

15° Sans préjudice des articles L. 611-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, médicament biologique similaire, tout médicament biologique de même composition qualitative et quantitative en substance active et de même forme pharmaceutique qu'un médicament biologique de référence mais qui ne remplit pas les conditions prévues au a du 5° du présent article pour être regardé comme une spécialité générique en raison de différences liées notamment à la variabilité de la matière première ou aux procédés de fabrication et nécessitant que soient produites des données précliniques et cliniques supplémentaires dans des conditions déterminées par voie réglementaire ;

16° Médicament à base de plantes, tout médicament dont les substances actives sont exclusivement une ou plusieurs substances végétales ou préparations à base de plantes ou une association de plusieurs substances végétales ou préparations à base de plantes.

Art. L. 5121-3. – Les produits stables préparés à partir du sang et de ses composants constituent des médicaments dérivés du sang et sont soumis aux dispositions du présent titre, sous réserve des dispositions spécifiques qui leur sont applicables.

Art. L. 5121-8. – Toute spécialité pharmaceutique ou tout autre médicament fabriqué industriellement ou selon une méthode dans laquelle intervient un processus industriel ainsi que tout générateur, trousse ou précurseur qui ne fait pas l'objet d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne en application du règlement (CE) n° 726 / 2004 du Parlement européen et du Conseil, du 31 mars 2004, établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments doit faire l'objet, avant sa mise sur le marché ou sa distribution à titre gratuit, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. L'autorisation peut être assortie de conditions appropriées.

Le demandeur de l'autorisation peut être dispensé de produire certaines données et études dans des conditions fixées par voie réglementaire.

Une autorisation de mise sur le marché ne peut être délivrée qu'à un demandeur établi dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

L'autorisation est délivrée pour une durée de cinq ans et peut ensuite être renouvelée, le cas échéant, sans limitation de durée, dans des conditions fixées par un décret en Conseil d'État, sauf si l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé décide, pour des raisons justifiées ayant trait à la pharmacovigilance, de procéder à un renouvellement supplémentaire, sur la base d'une réévaluation des effets thérapeutiques positifs du médicament ou produit au regard des risques tels que définis au premier alinéa de l'article L. 5121-9. Ce décret détermine également les conditions dans lesquelles elle peut devenir caduque.

L'autorisation peut être modifiée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

L'accomplissement des formalités prévues au présent article n'a pas pour effet d'exonérer le fabricant et, s'il est distinct, le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché, de la responsabilité que l'un ou l'autre peut encourir dans les conditions du droit commun en raison de la fabrication ou de la mise sur le marché du médicament ou produit.

Art. L. 5121-13. – Ne sont pas soumis à l'autorisation de mise sur le marché prévue à l'article L. 5121-8, les médicaments homéopathiques qui satisfont à toutes les conditions énumérées ci-dessous :

- 1° Administration par voie orale ou externe ;
- 2° Absence d'indication thérapeutique particulière sur l'étiquetage ou dans toute information relative au médicament ;
- 3° Degré de dilution garantissant l'innocuité du médicament ; en particulier, le médicament ne peut contenir ni plus d'une partie par 10 000 de la teinture mère, ni plus d'un centième de la plus petite dose utilisée éventuellement en allopathie, pour les principes actifs

dont la présence dans un médicament allopathique entraîne l'obligation de présenter une prescription médicale.

Toutefois, ces médicaments homéopathiques doivent faire l'objet, avant leur commercialisation ou leur distribution à titre gratuit ou onéreux, en gros ou au détail, d'un enregistrement auprès de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Cet enregistrement peut être refusé, suspendu ou supprimé si les conditions prévues au présent article ne sont pas remplies ou en cas de danger pour la santé publique.

L'enregistrement précise la classification en matière de délivrance du médicament.

Art. L. 5121-14. – L'enregistrement prévu à l'article L. 5121-13 peut couvrir une série de médicaments homéopathiques obtenus à partir de la ou des mêmes souches homéopathiques.

La demande d'enregistrement doit être accompagnée de documents permettant de démontrer la qualité et l'homogénéité des lots de fabrication de ces médicaments homéopathiques.

Art. L. 5121-14-1 – Ne sont pas soumis à l'autorisation de mise sur le marché les médicaments traditionnels à base de plantes qui remplissent les critères suivants :

1° Ils sont conçus pour être utilisés sans l'intervention d'un médecin à des fins de diagnostic, de prescription ou de suivi du traitement ;

2° Ils sont exclusivement destinés à être administrés selon un dosage et une posologie spécifiés ;

3° Ils sont administrés par voie orale, externe ou par inhalation ;

4° La durée d'usage traditionnel est écoulée ;

5° Les données sur l'usage traditionnel du médicament sont suffisantes.

Ces médicaments font l'objet, avant leur mise sur le marché ou leur distribution à titre gratuit, d'un enregistrement auprès de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

Toutefois, si l'agence considère qu'un médicament traditionnel à base de plantes relève, compte tenu de ses caractéristiques, du régime de l'autorisation de mise sur le marché ou de celui de l'enregistrement de médicament homéopathique, l'enregistrement prévu à l'alinéa précédent n'est pas applicable.

Il est procédé à cet enregistrement si les critères mentionnés ci-dessus sont remplis et si le demandeur est établi dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen. Il peut être refusé en cas de danger pour la santé publique.

L'enregistrement est effectué pour une durée de cinq ans. Il peut être renouvelé, le cas échéant sans limitation de durée, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. Ce décret détermine également les conditions dans lesquelles il peut devenir caduc.

L'enregistrement peut être modifié par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

L'enregistrement peut être suspendu ou retiré par l'agence si les critères et les conditions auxquelles il est subordonné ne sont plus remplis ou en cas de danger pour la santé publique.

L'accomplissement des formalités prévues au présent article n'a pas pour effet d'exonérer le fabricant et, s'il est distinct, le titulaire de l'enregistrement, de la responsabilité

que l'un ou l'autre peut encourir dans les conditions du droit commun en raison de la fabrication ou de la mise sur le marché du médicament.

Art. L. 5121-15. – Toute demande d'enregistrement mentionnée aux articles L. 5121-13 et L. 5121-14 ou toute demande de modification ou de renouvellement de cet enregistrement donne lieu au versement, au profit de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, d'un droit progressif dont le montant est fixé par décret dans la limite de 7 600 euros.

Toute demande d'enregistrement mentionnée à l'article L. 5121-14-1 ou toute demande de modification ou de renouvellement de cet enregistrement donne lieu au versement, au profit de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, d'un droit progressif déterminé en fonction de l'objet de la demande et de l'existence, le cas échéant, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'agence antérieurement à la demande d'enregistrement et dont le montant est fixé par décret dans la limite de 10 110 euros.

Ces droits sont recouvrés selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'État.

Art. L. 5121-16. – Donnent lieu au versement d'un droit progressif dont le montant est fixé par décret dans la limite de 45 000 euros :

1° Toute demande d'autorisation de mise sur le marché mentionnée à l'article L. 5121-8 ;

2° Toute demande de reconnaissance par au moins un autre État membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé mentionnée à l'article L. 5121-8 ;

3° Toute modification d'autorisation de mise sur le marché mentionnée à l'article L. 5121-8 ;

4° Toute demande de renouvellement d'autorisation de mise sur le marché mentionnée à l'article L. 5121-8 ;

5° Toute demande d'autorisation d'importation parallèle délivrée dans les conditions fixées par le décret prévu par le 12° de l'article L. 5124-18 ;

6° Toute demande de renouvellement d'autorisation d'importation parallèle délivrée dans les conditions fixées par le décret prévu par le 12° de l'article L. 5124-18.

Son montant est versé à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

Ce droit est recouvré selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'État.

Art. L. 5121-17. – Les médicaments et les produits bénéficiaires d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ou par l'Union européenne, ou bénéficiaires d'une autorisation d'importation parallèle délivrée dans les conditions fixées par le décret prévu au 12° de l'article L. 5124-18, sont frappés d'une taxe annuelle perçue par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé à son profit et à celui des comités mentionnés à l'article L. 1123-1. Une fraction de cette taxe, égale à 11,4 % du produit perçu chaque année, est reversée, après recouvrement, à ces comités selon des modalités déterminées par arrêté du ministre chargé de la santé.

La taxe annuelle prévue à l'alinéa précédent est fixée par décret dans la limite de 26 000 € par spécialité pharmaceutique et produit bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché ou de l'autorisation d'importation parallèle mentionnée au premier alinéa. Elle est due par le titulaire de cette autorisation.

L'assiette de la taxe est constituée par le montant des ventes de chaque médicament ou produit réalisées au cours de l'année civile précédente, à l'exclusion des ventes à l'exportation. Le barème de la taxe comporte au moins cinq tranches.

Lorsqu'un médicament ou produit est présenté en plusieurs conditionnements d'une contenance différente, c'est le montant total des ventes du médicament ou produit, sous ses différents conditionnements, qui doit être retenu pour l'application des dispositions précédentes.

En ce qui concerne les médicaments à base de préparations homéopathiques ou d'allergènes, la taxe est perçue une seule fois pour une même famille de produits ; dans ce cas, le montant annuel des ventes à prendre en considération est celui qui est réalisé pour l'ensemble des produits de la même famille.

La taxe n'est pas exigible pour les 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.

Art. L. 5121-19. – Les inspecteurs de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé peuvent obtenir, sur place, de tout titulaire d'autorisation de mise sur le marché, communication des documents comptables nécessaires au contrôle de la taxe.

Art. L. 5122-5. – Toute demande de visa ou de renouvellement de visa de publicité mentionné aux articles L. 5122-8 et L. 5122-14, ainsi que tout dépôt de publicité mentionné aux articles L. 5122-9 et L. 5122-14, doit être accompagné du versement, au profit de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, d'une taxe dont le montant est fixé par décret dans la limite de 510 euros.

Cette taxe est recouvrée selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'État.

Art. L. 5122-9. – La publicité pour un médicament auprès des membres des professions de santé habilités à prescrire ou à dispenser des médicaments ou à les utiliser dans l'exercice de leur art doit faire l'objet, dans les huit jours suivant sa diffusion, d'un dépôt auprès de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

En cas de méconnaissance des dispositions des articles L. 5122-2 et L. 5122-3, l'agence peut :

- 1° Ordonner la suspension de la publicité ;
- 2° Exiger qu'elle soit modifiée ;
- 3° L'interdire et éventuellement exiger la diffusion d'un rectificatif.

Toute publicité auprès des professionnels de santé pour des vaccins est assortie, de façon clairement identifiée et sans renvoi, des recommandations in extenso de l'avis du Haut Conseil de la santé publique.

Art. L. 5122-14. – La publicité pour les produits autres que les médicaments présentés comme favorisant le diagnostic, la prévention ou le traitement des maladies, des affections relevant de la pathologie chirurgicale et des dérèglements physiologiques, le diagnostic ou la modification de l'état physique ou physiologique, la restauration, la

correction ou la modification des fonctions organiques est soumise aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 5122-2 et des articles L. 5122-8 et L. 5122-9.

Art. L. 5123-3. – La liste mentionnée à l'article L. 5123-2 est proposée par une commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale dont la composition et le fonctionnement sont fixés par décret en Conseil d'État.

Peuvent être entendus par la commission les personnalités médicales ou pharmaceutiques, ainsi que les représentants qualifiés des organismes ou services dont la commission désire avoir l'avis.

Art. L. 5124-13. – L'importation sur le territoire douanier des médicaments à usage humain et l'importation et l'exportation des préparations de thérapie génique ou des préparations de thérapie cellulaire xénogénique mentionnées au 12° et au 13° de l'article L. 5121-1 sont soumises à une autorisation préalable délivrée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

L'autorisation de mise sur le marché prévue à l'article L. 5121-8, les enregistrements prévus aux articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1, l'autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 ou l'autorisation prévue au 12° et au 13° de l'article L. 5121-1 valent autorisation au sens de l'alinéa précédent. L'autorisation prévue à l'article L. 1123-8 vaut autorisation d'importation pour tout médicament nécessaire à la réalisation de la recherche biomédicale autorisée.

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

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

Art. L. 5125-3. – Les créations, les transferts et les regroupements d'officines de pharmacie doivent permettre de répondre de façon optimale aux besoins en médicaments de la population résidant dans les quartiers d'accueil de ces officines. Les transferts et les regroupements ne peuvent être accordés que s'ils n'ont pas pour effet de compromettre l'approvisionnement nécessaire en médicaments de la population résidente de la commune ou du quartier d'origine.

Les créations, les transferts et les regroupements d'officines de pharmacie ne peuvent être effectués que dans un lieu qui garantit un accès permanent du public à la pharmacie et permet à celle-ci d'assurer un service de garde ou d'urgence mentionné à l'article L. 5125-22.

Art. L. 5125-4. – Toute création d'une nouvelle officine, tout transfert d'une officine d'un lieu dans un autre et tout regroupement d'officines sont subordonnés à l'octroi d'une licence délivrée par le directeur général de l'agence régionale de santé selon les critères prévus aux articles L. 5125-11, L. 5125-13, L. 5125-14 et L. 5125-15, après avis du représentant de l'État dans le département.

Dans le cas d'un transfert ou d'un regroupement d'officines de pharmacie d'une région à une autre, la licence est délivrée par décision conjointe des directeurs généraux des agences régionales de santé territorialement compétentes.

Dans tous les cas, la décision de création, de transfert ou de regroupement est prise par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis des syndicats représentatifs de la profession et du conseil régional de l'ordre des pharmaciens ou, dans le cas des départements d'outre-mer et de la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon, du conseil central de la section E de l'ordre national des pharmaciens.

Art. L. 5138-3. – Les matières premières à usage pharmaceutique répondent aux spécifications de la pharmacopée quand elles existent.

Pour la fabrication de médicaments, les établissements pharmaceutiques mentionnés à l'article L. 5124-1 ou à l'article L. 5142-1, les pharmacies à usage intérieur, les pharmacies d'officine, les médecins, les vétérinaires et les personnes autorisées à préparer des autovaccins à usage vétérinaire utilisent, en tant que matières premières à usage pharmaceutique, des substances actives fabriquées et distribuées conformément à des bonnes pratiques, y compris lorsqu'elles sont importées, dont les principes sont définis conformément au droit communautaire par décision de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, après avis de l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Ce dispositif est également applicable aux excipients entrant dans la fabrication des médicaments à usage humain, dont la liste et les conditions spécifiques qui leur sont applicables sont fixées par décision de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé conformément au droit communautaire.

Art. L. 5138-4. – Lorsque dans le cadre de ses pouvoirs d'inspection l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé constate que la fabrication ou le reconditionnement et le réétiquetage en vue de la distribution des matières premières à usage pharmaceutique respectent les bonnes pratiques prévues à l'article L. 5138-3, elle délivre un certificat de conformité.

Tout établissement réalisant une des activités mentionnées au premier alinéa peut demander à l'agence de certifier qu'il respecte ces bonnes pratiques.

Le modèle du certificat de conformité est établi par l'agence.

Art. L. 5138-5. – Toute inspection diligentée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé à la suite d'une demande expresse d'un établissement réalisant les activités mentionnées à l'article L. 5138-4 afin que l'agence vérifie le respect des bonnes pratiques mentionnées à l'article L. 5138-3 et délivre, le cas échéant, le certificat l'attestant donne lieu au versement d'un droit au profit de l'agence dont le montant est fixé par décret, dans la limite de 10 000 Euros. Ce droit se compose d'une part forfaitaire ne pouvant excéder 2 000 Euros et d'une part variable tenant compte des différences de situation géographique entre les établissements et de la durée nécessaire à la réalisation des inspections.

Ce droit est exigible, après réalisation de l'inspection, auprès de la personne physique ou de la personne morale exploitant l'établissement inspecté.

À défaut de versement dans les deux mois à compter de la date de la notification du montant à payer, la fraction non acquittée du droit est majorée de 10 %.

Ce droit et la majoration sont recouvrés par l'agent comptable de l'agence selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'État.

Art. L. 5211-1. – On entend par dispositif médical tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels nécessaires au bon fonctionnement de celui-ci, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens. Constitue également un dispositif médical le logiciel destiné par le fabricant à être utilisé spécifiquement à des fins diagnostiques ou thérapeutiques.

Les dispositifs médicaux qui sont conçus pour être implantés en totalité ou en partie dans le corps humain ou placés dans un orifice naturel, et qui dépendent pour leur bon fonctionnement d'une source d'énergie électrique ou de toute source d'énergie autre que celle qui est générée directement par le corps humain ou la pesanteur, sont dénommés dispositifs médicaux implantables actifs.

Art. L. 5211-5-2. – Toute inspection diligentée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé à la suite d'une demande expresse d'un établissement réalisant les activités mentionnées à l'article L. 5138-4 afin que l'agence vérifie le respect des bonnes pratiques mentionnées à l'article L. 5138-3 et délivre, le cas échéant, le certificat l'attestant donne lieu au versement d'un droit au profit de l'agence dont le montant est fixé par décret, dans la limite de 10 000 euros. Ce droit se compose d'une part forfaitaire ne pouvant excéder 2 000 euros et d'une part variable tenant compte des différences de situation géographique entre les établissements et de la durée nécessaire à la réalisation des inspections.

Ce droit est exigible, après réalisation de l'inspection, auprès de la personne physique ou de la personne morale exploitant l'établissement inspecté.

A défaut de versement dans les deux mois à compter de la date de la notification du montant à payer, la fraction non acquittée du droit est majorée de 10 %.

Ce droit et la majoration sont recouvrés par l'agent comptable de l'agence selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'État.

Art. L. 5221-1. – Constituent des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro les produits, réactifs, matériaux, instruments et systèmes, leurs composants et accessoires, ainsi que les récipients pour échantillons, destinés spécifiquement à être utilisés in vitro, seuls ou en combinaison, dans l'examen d'échantillons provenant du corps humain, afin de fournir une information concernant un état physiologique ou pathologique, avéré ou potentiel, ou une anomalie congénitale, pour contrôler des mesures thérapeutiques, ou pour déterminer la sécurité d'un prélèvement d'éléments du corps humain ou sa compatibilité avec des receveurs potentiels.

Art. L. 5211-7. – Les essais non cliniques destinés à évaluer les propriétés et l'innocuité des médicaments à usage humain doivent être conformes aux bonnes pratiques de laboratoire dont les principes sont fixés par décision de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

Les bonnes pratiques de laboratoire doivent garantir la qualité et l'intégrité des résultats des essais. Elles concernent l'organisation du laboratoire et les conditions dans lesquelles ces essais sont prévus, réalisés et rapportés. Les règles générales relatives aux

modalités d'inspection et de vérification des bonnes pratiques de laboratoire ainsi qu'à la délivrance de documents attestant de leur respect sont définies par décision de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

Art. L. 6112-1. – Les établissements de santé peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes :

- 1° La permanence des soins ;
- 2° La prise en charge des soins palliatifs ;
- 3° L'enseignement universitaire et post-universitaire ;
- 4° La recherche ;
- 5° Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- 6° La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;
- 7° Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- 8° L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
- 9° La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;
- 10° Les actions de santé publique ;
- 11° La prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du livre II de la troisième partie du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale ;
- 12° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret ;
- 13° Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- 14° Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médoc-judiciaires de sûreté.

Art. L. 6112-2. – Outre les établissements de santé, peuvent être chargés d'assurer ou de contribuer à assurer, en fonction des besoins de la population appréciés par le schéma régional d'organisation des soins, les missions de service public définies à l'article L. 6112-1 :

- les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé ;
- l'Institution nationale des invalides dans le cadre de ses missions définies au 2° de l'article L. 529 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;
- le service de santé des armées, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État ;
- les groupements de coopération sanitaire ;
- les autres personnes titulaires d'une autorisation d'équipement matériel lourd ;

-les praticiens exerçant dans les établissements ou structures mentionnés au présent article.

Lorsqu'une mission de service public n'est pas assurée sur un territoire de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé, sans préjudice des compétences réservées par la loi à d'autres autorités administratives, désigne la ou les personnes qui en sont chargées.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 6114-1 ou un contrat spécifique précise les obligations auxquelles est assujettie toute personne assurant ou contribuant à assurer une ou plusieurs des missions de service public définies au présent article et, le cas échéant, les modalités de calcul de la compensation financière de ces obligations.

La signature ou la révision du contrat afin d'y intégrer les missions de service public peut être à l'initiative de l'un ou l'autre des signataires. Elle fait l'objet au préalable d'une concertation avec les praticiens de l'établissement.

Les missions de service public qui, 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, sont déjà assurées par un établissement de santé sur un territoire donné peuvent faire l'objet d'une reconnaissance prioritaire dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Art. L. 6114-1. – L'agence régionale de santé conclut avec chaque établissement de santé ou titulaire de l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens d'une durée maximale de cinq ans. Lorsqu'il comporte des clauses relatives à l'exécution d'une mission de service public, le contrat est signé pour une durée de cinq ans.

Les contrats sont signés par le directeur général de l'agence régionale et les personnes physiques et morales mentionnées à l'alinéa précédent.

Ils peuvent faire l'objet d'une révision par avenant.

Des organismes concourant aux soins, des universités, des établissements publics scientifiques et technologiques ou d'autres organismes de recherche ainsi que des professionnels de santé exerçant à titre libéral, peuvent être appelés au contrat pour tout ou partie de ses clauses. En cas de pluralité d'organismes de recherche, le contrat est signé par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale.

La demande de renouvellement des contrats est déposée auprès de l'agence régionale de santé un an avant leur échéance. L'agence est tenue de se prononcer sur cette demande dans un délai de quatre mois à compter de sa réception. Le refus de renouvellement doit être motivé.

Le contrat peut être résilié par l'agence régionale de santé en cas de manquement grave de l'établissement de santé ou du titulaire de l'autorisation à ses obligations contractuelles.

Sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale, les contrats déterminent les pénalités applicables aux titulaires de l'autorisation au titre des articles L. 6114-2 et L. 6114-3 en cas d'inexécution partielle ou totale des engagements dont les parties sont convenues. Ces pénalités financières sont proportionnées à la gravité du manquement constaté et ne peuvent excéder, au cours d'une même année, 5 % des produits reçus, par l'établissement de santé ou par le titulaire de l'autorisation, des régimes obligatoires d'assurance maladie au titre du dernier exercice clos.

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. A 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. 6212-1. – Un laboratoire de biologie médicale est une structure au sein de laquelle sont effectués les examens de biologie médicale.

Sous réserve des règles d'implantation territoriale mentionnées à l'article L. 6222-5, un même laboratoire peut être implanté sur un ou plusieurs sites.

Art. L. 6221-10. – L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé assure un contrôle national de la qualité des résultats des examens de biologie médicale, dont les modalités sont fixées par un décret qui détermine notamment les catégories d'examens de biologie médicale soumises à ce contrôle.

Art. L. 6221-11. – Pour l'exécution du contrôle national de qualité prévu à l'article L. 6221-10, une taxe annuelle, prélevée au profit de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, est due par tout laboratoire de biologie médicale, dès lors qu'une ou

plusieurs des catégories d'examens de biologie médicale soumises à ce contrôle y sont effectuées.

Le montant de la taxe est fixé à 1 715 fois la valeur conventionnelle de la lettre clé B au 1^{er} janvier de l'année d'exigibilité ; il peut être révisé par voie réglementaire dans la limite de 1 955 fois la valeur conventionnelle de la lettre clé B.

Le versement de la taxe est effectué avant le 31 mars de l'année à laquelle elle se rapporte. Une majoration de 10 % est appliquée à toute somme restant due à la date limite de versement. La taxe et les pénalités sont recouvrées selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'État.

Art. L. 6312-5. – Sont déterminées par décret en Conseil d'État :

-les conditions d'agrément de toute personne effectuant un transport sanitaire prévu à l'article L. 6312-2 ;

-les conditions dans lesquelles le nombre théorique de véhicules mentionné à l'article L. 6312-4 est fixé, ainsi que les conditions de délivrance, de transfert et de retrait des autorisations de mise en service, notamment au regard de l'agrément ;

-les catégories de moyens de transport affectés aux transports sanitaires ;

-les catégories de personnes habilitées à effectuer des transports sanitaires, leurs missions respectives ainsi que la qualification et la composition des équipages ;

-les modalités de délivrance par l'agence régionale de santé aux personnes mentionnées à l'article L. 6312-2 de l'agrément pour effectuer des transports sanitaires ainsi que les modalités de son retrait ;

-les obligations de ces personnes à l'égard du service de garde organisé par l'agence régionale de santé et à l'égard des centres de réception et de régulation des appels mentionnés à l'article L. 6112-5 ;

-les conditions dans lesquelles l'agence régionale de santé organise la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire.

Art. L. 6314-1. – La mission de service public de permanence des soins est assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de leur activité libérale, et aux articles L. 162-5-10 et L. 162-32-1 du même code, dans les conditions définies à l'article L. 1435-5 du présent code. Tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique a vocation à y concourir selon des modalités fixées contractuellement avec l'agence régionale de santé.

Le directeur général de l'agence régionale de santé communique au représentant de l'État dans le département les informations permettant à celui-ci de procéder aux réquisitions éventuellement nécessaires à la mise en œuvre du premier alinéa.

La régulation téléphonique des activités de permanence des soins et d'aide médicale urgente est accessible sur l'ensemble du territoire par un numéro de téléphone national. Cette régulation téléphonique est également accessible, pour les appels relevant de la permanence des soins, par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plateformes d'appels interconnectées avec ce numéro national, dès lors que ces plateformes assurent une régulation médicale des appels.

Pour l'accomplissement de la mission de service public de permanence des soins, des modalités particulières de prescription sont fixées par voie réglementaire.

Code de la sécurité sociale

Art. L.O. 111-3. – I. – La loi de financement de la sécurité sociale de l'année comprend quatre parties :

- une partie comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos ;
- une partie comprenant les dispositions relatives à l'année en cours ;
- une partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir ;
- une partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir.

A. – Dans sa partie comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos, la loi de financement de la sécurité sociale :

1° Approuve les tableaux d'équilibre par branche du dernier exercice clos des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du régime général et des organismes concourant au financement de ces régimes, ainsi que les dépenses relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie constatées lors de cet exercice ;

2° Approuve, pour ce même exercice, les montants correspondant aux recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes au profit des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et ceux correspondant à l'amortissement de leur dette ;

3° Approuve le rapport mentionné au II de l'article L. O. 111-4 et, le cas échéant, détermine, dans le respect de l'équilibre financier de chaque branche de la sécurité sociale, les mesures législatives relatives aux modalités d'emploi des excédents ou de couverture des déficits du dernier exercice clos, tels que ces excédents ou ces déficits éventuels sont constatés dans les tableaux d'équilibre prévus au 1°.

B. – Dans sa partie comprenant les dispositions relatives à l'année en cours, la loi de financement de la sécurité sociale :

1° Rectifie les prévisions de recettes et les tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de base et du régime général par branche, ainsi que des organismes concourant au financement de ces régimes ;

2° Rectifie les objectifs de dépenses par branche de ces régimes, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base, ainsi que leurs sous-objectifs ayant été approuvés dans la précédente loi de financement de la sécurité sociale ;

3° Rectifie l'objectif assigné aux organismes chargés de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base et les prévisions de recettes affectées aux fins de mise en réserve à leur profit.

C. – Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale :

1° Approuve le rapport prévu au I de l'article L. O. 111-4 ;

2° Détermine, pour l'année à venir, de manière sincère, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale compte tenu notamment des conditions économiques générales et de leur évolution prévisible. Cet équilibre est défini au regard des données économiques, sociales et financières décrites dans le rapport prévu à l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances. À cette fin :

a) Elle prévoit, par branche, les recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, celles du régime général, ainsi que les recettes des organismes concourant au financement de ces régimes. L'évaluation de ces recettes, par catégorie, figure dans un état annexé ;

b) Elle détermine l'objectif d'amortissement au titre de l'année à venir des organismes chargés de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base et elle prévoit, par catégorie, les recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes à leur profit ;

c) Elle approuve le montant de la compensation mentionnée à l'annexe prévue au 5° du III de l'article L. O. 111-4 ;

d) Elle retrace l'équilibre financier de la sécurité sociale dans des tableaux d'équilibre présentés par branche et établis pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, pour le régime général ainsi que pour les organismes concourant au financement de ces régimes ;

e) Elle arrête la liste des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement habilités à recourir à des ressources non permanentes, ainsi que les limites dans lesquelles leurs besoins de trésorerie peuvent être couverts par de telles ressources.

D. – Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale :

1° Fixe les charges prévisionnelles des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base ;

2° Fixe, par branche, les objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, ceux du régime général, ainsi que, le cas échéant, leurs sous-objectifs. La liste des éventuels sous-objectifs et la détermination du périmètre de chacun d'entre eux sont fixées par le Gouvernement après consultation des commissions parlementaires saisies au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale ;

3° Fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs. La définition des composantes des sous-objectifs est d'initiative gouvernementale. Les commissions parlementaires saisies au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale sont consultées sur la liste des sous-objectifs et la définition des composantes de ces sous-objectifs. Le nombre de sous-objectifs ne peut être inférieur à cinq.

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.

Ce comité est placé auprès de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

Chaque année, au plus tard le 15 avril, le comité rend un avis public 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.

Chaque année, au plus tard le 1^{er} 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 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.

Le comité rend un avis, au plus tard le 15 octobre, dans lequel il contrôle les éléments ayant permis l'élaboration de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie envisagé pour l'année à venir et présente ses réserves s'il constate, compte tenu des données dont il dispose, que cet objectif ne peut pas être respecté au vu de l'évolution prévisionnelle des dépenses d'assurance maladie.

Cet avis est rendu public et transmis au Parlement.

Art. L. 114-8. – Les comptes des organismes nationaux de sécurité sociale, autres que ceux mentionnés à l'article L. O. 32-2-1 du code des juridictions financières, ainsi que ceux des organismes créés pour concourir au financement de l'ensemble des régimes, sont certifiés par un commissaire aux comptes. Lorsque ces organismes établissent des comptes combinés, la certification est effectuée par deux commissaires aux comptes au moins.

Une norme d'exercice professionnel homologuée par voie réglementaire précise les diligences devant être accomplies par les commissaires aux comptes. Les dispositions de l'article L. 141-3 du code des juridictions financières sont applicables à ces derniers.

Les commissaires aux comptes sont également tenus de communiquer leur rapport aux autorités administratives compétentes en ce qui concerne les comptes annuels et les comptes combinés mentionnés au premier alinéa du présent article.

Les autorités administratives compétentes peuvent demander aux commissaires aux comptes des organismes mentionnés au présent article tout renseignement sur l'activité de l'organisme contrôlé. Les commissaires aux comptes sont alors déliés, à leur égard, du secret professionnel. Les autorités administratives compétentes peuvent également transmettre aux commissaires aux comptes de ces organismes les informations nécessaires à l'accomplissement de leur mission. Ces informations sont couvertes par le secret professionnel.

Les autorités administratives compétentes peuvent en outre transmettre des observations écrites aux commissaires aux comptes qui sont alors tenus d'apporter des réponses en cette forme.

Les commissaires aux comptes sont tenus de signaler dans les meilleurs délais aux autorités administratives compétentes tout fait concernant l'organisme ou toute décision prise par ses organes de direction, dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leur mission, de nature :

1° À constituer une violation aux dispositions législatives et réglementaires qui leur sont applicables ;

2° À entraîner le refus de la certification de ses comptes ou l'émission de réserves.

La même obligation s'applique aux faits et aux décisions dont ils viendraient à avoir connaissance dans l'exercice de leur mission de commissaire aux comptes dans une entité entrant dans le périmètre d'établissement des comptes combinés au sens de l'article L. 114-6.

La responsabilité des commissaires aux comptes ne peut être engagée pour les informations ou divulgations de faits auxquelles ils procèdent en exécution des obligations imposées par le présent article.

Art. L. 114-12. – Les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, les caisses assurant le service des congés payés et l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du code du travail se communiquent les renseignements qui :

1° Sont nécessaires à l'appréciation de droits ou à l'exécution d'obligations entrant dans le fonctionnement normal du service public dont sont chargés ces organismes ;

2° Sont nécessaires à l'information des personnes sur l'ensemble de leurs droits en cas de partage de la gestion d'une prestation par ces organismes ;

3° Sont nécessaires au contrôle, à la justification dans la constitution des droits, notamment à pension de vieillesse et à la justification de la liquidation et du versement des prestations dont sont chargés respectivement ces organismes.

Art. L. 131-6-1. – Par dérogation aux cinquième et dernier alinéas de l'article L. 131-6, aux troisième et quatrième alinéas de l'article L. 136-3 et au premier alinéa de l'article L. 6331-51 du code du travail et lorsqu'il n'est pas fait application de l'article L. 133-6-8 du présent code, sur demande du travailleur non salarié, il n'est exigé aucune cotisation ou contribution, provisionnelle ou définitive, pendant les douze premiers mois suivant le début de l'activité non salariée.

Les cotisations définitives dues au titre de cette période peuvent faire l'objet, à la demande du travailleur non salarié, d'un paiement par fractions annuelles sur une période qui ne peut excéder cinq ans. Chaque fraction annuelle ne peut être inférieure à 20 % du montant total des cotisations dues. Le bénéfice de cet étalement n'empporte aucune majoration de retard.

Le bénéfice de ces dispositions ne peut être obtenu plus d'une fois par période de cinq ans, au titre d'une création ou reprise d'entreprise.

Le présent article n'est pas applicable à raison d'une modification des conditions dans lesquelles une entreprise exerce son activité.

Art. L. 133-4-1. – En cas de versement indu d'une prestation, hormis les cas mentionnés à l'article L. 133-4 et les autres cas où une récupération peut être opérée auprès d'un professionnel de santé, l'organisme chargé de la gestion d'un régime obligatoire ou volontaire d'assurance maladie ou d'accidents du travail et de maladies professionnelles récupère l'indu correspondant auprès de l'assuré. Celui-ci, y compris lorsqu'il a été fait dans le cadre de la dispense d'avance des frais, peut, sous réserve que l'assuré n'en conteste pas le caractère indu, être récupéré par un ou plusieurs versements ou par retenue sur les prestations à venir en fonction de la situation sociale du ménage.

L'organisme mentionné au premier alinéa informe le cas échéant, s'il peut être identifié, l'organisme d'assurance maladie complémentaire de l'assuré de la mise en oeuvre de la procédure visée au présent article.

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 l'article 293 B du même code sont dépassés.

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 :

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° 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 ;

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. 1233-68, 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 ;

10° Les sommes représentatives de la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base, dans le salaire de base mentionné à l'article L. 351-1, des indemnités journalières mentionnées au même article.

Les sommes mentionnées aux a, b, d, e et f du 4°, au 7° et au 10° 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 ainsi que du fonds mentionné à l'article L. 135-1.

Les sommes affectées au fonds sont mises en réserve jusqu'au 1^{er} janvier 2011. A 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. Le calendrier et les modalités de ces versements sont fixés par convention entre les deux établissements.

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. 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, L. 136-4 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 duodecimes du même code ;

e bis) Des plus-values mentionnées au I de l'article 167 bis du code général des impôts ;

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 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.

Il n'est pas fait application à la contribution du dégrèvement ou de la restitution prévus à l'expiration d'un délai de huit ans au 2 du VII de l'article 167 bis du code général des impôts et du dégrèvement prévu au premier alinéa du 4 du VIII du même article.

Sont également soumis à cette contribution :

1° (Abrogé)

2° Les gains nets exonérés en application du 3 du I et du I bis de l'article 150-0 A du même code ainsi que les plus-values exonérées en application du 3 du I et 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.

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. 137-5. – 1. Il est institué à la charge des employeurs et au profit du Fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1 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. 137-10. – I. – Il est institué, à la charge des employeurs et au profit de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, une contribution sur les avantages de préretraite ou de cessation anticipée d'activité versés, sous quelque forme que ce soit, à d'anciens salariés directement par l'employeur, ou pour son compte, par l'intermédiaire d'un tiers, en vertu d'une convention, d'un accord collectif, de toute autre stipulation contractuelle ou d'une décision unilatérale de l'employeur.

II. – Le taux de cette contribution est fixé à 50 %.

III. – Les dispositions des articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables s'agissant de la présente contribution.

IV. – Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux contributions des employeurs mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 322-4 du code du travail, ni aux allocations et contributions des employeurs mentionnées au quatrième alinéa de l'article L. 352-3 du même code.

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 une contribution assise, sur option de l'employeur :

1° Soit sur les rentes liquidées à compter du 1^{er} janvier 2001 ; la contribution, dont le taux est fixé à 16 %, 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 ;

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 existant à la date de publication de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 qui ont opté préalablement pour l'assiette mentionnée au 1° du I du présent article, l'option peut être exercée à nouveau entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2011. L'employeur qui exerce cette option est redevable d'un montant équivalent à la différence, si elle est positive, entre, d'une part, la somme des contributions qui auraient été acquittées depuis le 1^{er} janvier 2004 ou la date de création du régime si elle est postérieure s'il avait choisi l'assiette définie au 2° du même I dans les conditions prévues au présent II et, d'autre part, la somme des contributions effectivement versées depuis cette date. L'employeur acquitte cette somme au plus tard concomitamment au versement de la contribution due sur les sommes mentionnées au 2° dudit I de l'exercice 2011 ou de manière fractionnée, sur quatre années au plus, selon des modalités définies par arrêté. 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 1^{er} 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. 137-12. – Il est institué, à la charge de l'employeur et au profit de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, une contribution sur les indemnités versées en cas de mise à la retraite d'un salarié à l'initiative de l'employeur.

Le taux de cette contribution est fixé à 50 % ; toutefois, ce taux est limité à 25 % sur les indemnités versées du 11 octobre 2007 au 31 décembre 2008.

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

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 :

– sur les options consenties dans les conditions prévues aux articles L. 225-177 à L. 225-186 du code de commerce ;

– sur les actions attribuées dans les conditions prévues aux articles L. 225-197-1 à L. 225-197-5 du même code.

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 souscription ou d'achat d'actions qu'il attribue ; il est irrévocable durant cette période.

En cas d'attribution gratuite d'actions, cette contribution s'applique, au choix de l'employeur, sur une assiette égale soit à la juste valeur des actions 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 précité, soit à la valeur des actions à la date de la décision d'attribution par le conseil d'administration ou le directoire. Ce choix est exercé par l'employeur pour la durée de l'exercice pour l'ensemble des attributions gratuites d'actions ; il est irrévocable durant cette période.

II. – Le taux de cette contribution est fixé à 14 %. Toutefois, ce taux est fixé à 10 % sur les attributions d'actions mentionnées au I dont la valeur annuelle par salarié est inférieure à la moitié du plafond annuel mentionné à l'article L. 241-3. Elle est exigible le mois suivant la date de la décision d'attribution des options ou des actions visées au I.

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.

IV. – Les articles L. 137-3 et L. 137-4 s'appliquent à la présente contribution.

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.

Sont également soumises à cette contribution les sommes correspondant à la prise en charge par l'employeur de la part salariale des cotisations ou contributions destinées au financement des régimes de retraite complémentaire mentionnée au cinquième alinéa de l'article L. 242-1.

Art. L. 137-17. – Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement et au contrôle de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15.

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, 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, s'est accru, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, au titre des médicaments inscrits sur ladite liste, 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.

Ne sont pas pris en compte, pour la détermination de l'assiette de la contribution :

- le chiffre d'affaires hors taxes réalisé par les entreprises mentionnées au premier alinéa ayant passé convention avec le Comité économique des produits de santé dans les conditions définies au septième alinéa du présent I ;

- lorsqu'il n'excède pas 30 millions d'euros, le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au titre de tout médicament orphelin au sens du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins, inscrit sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17.

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, postérieurement au 1^{er} 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, 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 s'est accru, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, au titre des médicaments inscrits sur ces listes, 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.

Ne sont pas pris en compte, pour la détermination de l'assiette de la contribution :

- le chiffre d'affaires hors taxes réalisé par les entreprises mentionnées au premier alinéa ayant passé convention avec le Comité économique des produits de santé dans les conditions définies au septième alinéa du présent II ;

- lorsqu'il n'excède pas 30 millions d'euros, le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au titre de tout médicament orphelin au sens du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 précité inscrit sur une des listes mentionnées au premier alinéa du présent II.

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. 138-20. – Les contributions instituées aux articles L. 137-6, L. 138-1, L. 138-10, L. 245-1, L. 245-5-1 et L. 245-6 sont recouvrées et contrôlées, selon les règles et sous les sanctions et garanties applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les rémunérations, par des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Les agents chargés du contrôle sont habilités à recueillir auprès des assujettis tous les renseignements de nature à permettre le contrôle de l'assiette et du champ d'application des contributions.

Art. L. 138-22. – Les entreprises ou les groupes non établis en France désignent un représentant résidant en France personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues.

Art. L. 138-23. – Un décret en Conseil d'État fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application des dispositions du présent chapitre.

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'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 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 ou de leurs revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut leur rémunération, 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 est à jour du versement des cotisations et contributions sociales dues aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, ou a souscrit et respecte un plan d'apurement accordé par eux dans des conditions fixées 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.

Art. L. 162-14-3. – L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire peut participer à la négociation et à la conclusion d'un accord, d'une convention ou d'un avenant prévus aux articles L. 162-1-13, L. 162-12-17, L. 162-12-18, L. 162-12-20, L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-32-1, L. 165-6 et L. 322-5-1. L'Union nationale des caisses d'assurance maladie informe l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire de son intention d'ouvrir une négociation. L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire fait part, dans un délai fixé par décret, de sa décision d'y participer. En ce cas, elle peut demander à être auditionnée par le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Les accords, conventions ou avenants concernant des professions ou prestations, définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour lesquelles la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie est minoritaire, ne sont valides que s'ils sont également conclus par l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

En cas de refus de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire de conclure un accord, une convention ou un avenant, constaté dans des conditions fixées par décret, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie fait part aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale du constat de désaccord. S'il s'agit d'un accord, d'une convention ou d'un avenant mentionnés au deuxième alinéa, elle ne peut alors leur transmettre l'accord, la convention ou l'avenant en vue de l'approbation prévue à l'article L. 162-15 qu'après un délai minimal fixé par décret.

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

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 1^{er} 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 1^{er} 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. 162-22-10. – I. – Chaque année, l'État fixe, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-22-9, les éléments suivants :

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 peuvent être différenciés par

catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical ;

2° Les montants des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 ;

3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés ci-dessus, des établissements implantés dans certaines zones afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée.

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

II. – La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'État, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, des états provisoires et des états définitifs du montant total des charges mentionnées au I de l'article L. 162-22-9 en distinguant, d'une part, le montant annuel des charges afférentes à la fourniture des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 et, d'autre part, le montant annuel des autres charges en identifiant les dépenses relatives aux activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile.

II bis. – 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 de dépenses d'assurance maladie en application 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 l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9, l'État peut, après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, modifier les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 de manière à concourir au respect de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9. Cette modification est différenciée, le cas échéant, par catégories d'établissements et par tarifs de prestations.

III. – Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-9 détermine les modalités du suivi statistique des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

IV. – Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 sont fixés par l'État.

V. – Le Gouvernement présente avant le 15 septembre de chaque année au Parlement un rapport sur la tarification à l'activité des établissements de santé et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés. Le rapport précise notamment les dispositions prises :

- pour prendre en compte les spécificités des actes réalisés dans les établissements publics de santé et mesurer l'impact sur leurs coûts de leurs missions de service public ;

- pour mesurer et prévenir les conséquences de la tarification à l'activité sur le nombre des actes, la qualité des soins, les activités de santé publique et la prise en charge des pathologies chroniques ;

- pour tenir compte du cas particulier des établissements situés dans les zones de faible densité démographique, zones de revitalisation rurale ou zones de montagne.

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. 162-38. – Sans préjudice des dispositions relatives aux conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie et les professions de santé ou entre le comité institué par l'article L. 162-17-3 et les entreprises exploitant des médicaments ou les fabricants ou distributeurs de produits ou prestations, les ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale, ou ledit comité pour ce qui concerne les produits mentionnés à l'article L. 165-1, peuvent fixer par décision les prix et les marges des produits et les prix des prestations de services pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. Cette fixation tient compte de l'évolution des charges, des revenus et du volume d'activité des praticiens ou entreprises concernés.

Les dispositions du titre V du livre IV du code de commerce sont applicables aux infractions à ces décisions.

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. 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. 200-2. – 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 recouvrement des contributions, versements et cotisations mentionnés aux articles L. 1233-66, L. 1233-69, L. 351-3-1 et L. 143-11-6 du code du travail ;

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.

6° Le contrôle et le contentieux du recouvrement prévu aux 1°, 2°, 3° et 5°.

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. 241-1. – Les ressources des gestions mentionnées à l'article L. 221-1 du présent code sont constituées, indépendamment des contributions de l'État prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur, par des cotisations proportionnelles aux rémunérations ou gains perçus par les assurés et par une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1.

Art. L. 241-3. – La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage 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 une contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4, 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 et de l'assurance veuvage 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. 241-17. – I. – Toute heure supplémentaire ou complémentaire ou toute autre durée de travail effectuée, lorsque sa rémunération entre dans le champ d'application du I de l'article 81 quater du code général des impôts, ouvre droit, dans les conditions et limites fixées par cet article, à une réduction de cotisations salariales de sécurité sociale proportionnelle à sa rémunération, dans la limite des cotisations et contributions d'origine légale ou conventionnelle rendues obligatoires par la loi dont le salarié est redevable au titre de cette heure. Un décret détermine le taux de cette réduction.

Le premier alinéa est applicable aux heures supplémentaires ou complémentaires effectuées par les salariés relevant des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1 du présent code dans des conditions fixées par décret, compte tenu du niveau des cotisations dont sont redevables les personnes relevant de ces régimes et dans la limite mentionnée au premier alinéa.

II. – La réduction de cotisations salariales de sécurité sociale prévue au I est imputée sur le montant des cotisations salariales de sécurité sociale dues 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 peut dépasser ce montant.

III. – Le cumul de la réduction prévue au I avec l'application d'une exonération totale ou partielle de cotisations salariales de sécurité sociale ou avec l'application de taux réduits, d'assiettes forfaitaires ou de montants forfaitaires de cotisations ne peut être autorisé, dans la limite mentionnée au premier alinéa du I, que dans des conditions fixées par décret, compte tenu du niveau des cotisations dont sont redevables les salariés concernés.

IV. – Le bénéfice de la réduction prévue au I est subordonné à la mise à la disposition des agents du service des impôts compétent ou des agents chargés du contrôle mentionnés à l'article L. 243-7 du présent code et à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime, par l'employeur, d'un document en vue du contrôle de l'application du présent article dans des conditions fixées par décret. Pour les salaires pour lesquels il est fait usage des dispositifs mentionnés aux articles L. 133-5-2, L. 133-8, L. 133-8-3 et L. 531-8 du présent code et à l'article L. 812-1 du code du travail, les obligations déclaratives complémentaires sont prévues par décret.

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 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° 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° 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.

Art. L. 245-13. – Il est institué 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. 321-1. – L'assurance maladie comporte :

1° La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'examens de biologie médicale, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré et les membres de sa famille, au sens fixé par l'article L. 313-3, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'examens de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;

2° La couverture des frais de transport de l'assuré ou des ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, selon les règles définies par les articles L. 162-4-1 et L. 322-5 et dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'État ;

3° La couverture, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements mentionnés au 2° et au 12° du I de

l'article L. 312-1 du même code ainsi que celle des frais de traitement concourant à leur éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'État en application des articles L. 112-1 à L. 112-4, L. 123-4-1, L. 351-1 à L. 351-3 et L. 352-1 du code de l'éducation ;

4° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues à la section I du chapitre III bis du titre Ier du livre II du code de la santé publique ;

5° L'octroi d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant, selon les règles définies par l'article L. 162-4-1, de continuer ou de reprendre le travail ; l'incapacité peut être également constatée, dans les mêmes conditions, par la sage-femme dans la limite de sa compétence professionnelle et pour une durée fixée par décret ; toutefois, les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une cure thermale ne donnent pas lieu à indemnité journalière, sauf lorsque la situation de l'intéressé le justifie suivant des conditions fixées par décret.

6° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes mentionnés à l'article L. 1411-6 du code de la santé publique, et notamment des frais relatifs aux examens de dépistage et aux consultations de prévention effectués au titre des programmes prévus par l'article L. 1411-2 du même code ainsi que des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

7° (Abrogé) ;

8° (Abrogé) ;

9° La couverture des frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné à l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique.

Art. L. 322-5. – Les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire.

Les frais d'un transport effectué par une entreprise de taxi ne peuvent donner lieu à remboursement que si cette entreprise a préalablement conclu une convention avec un organisme local d'assurance maladie. Cette convention, conclue pour une durée au plus égale à cinq ans, conforme à une convention type établie par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur, détermine, pour les prestations de transport par taxi, les tarifs de responsabilité qui ne peuvent excéder les tarifs des courses de taxis résultant de la réglementation des prix applicable à ce secteur et fixe les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance des frais. Elle peut également prévoir la possibilité de subordonner le conventionnement à une durée d'existence préalable de l'autorisation de stationnement.

Art. L. 322-5-2. – Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les entreprises de transports sanitaires sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs organisations syndicales nationales les plus représentatives des ambulanciers et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Cette convention détermine notamment :

1° Les obligations respectives des organismes qui servent les prestations d'assurance maladie et des entreprises de transports sanitaires ;

2° Les modalités du contrôle de l'exécution par les entreprises de transports sanitaires des obligations qui découlent pour elles de l'application de la convention ;

3° Les conditions à remplir par les entreprises de transports sanitaires pour être conventionnées ;

4° Le financement des instances nécessaires à la mise en oeuvre de la convention et de ses annexes annuelles ;

5° Sans préjudice des compétences du pouvoir réglementaire, les modalités de détermination des sommes dues aux entreprises ;

6° Les conditions de rémunération des entreprises de transports sanitaires pour leur participation à la garde départementale organisée dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 6312-5 du code de la santé publique.

Art. L. 322-5-2. – Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les entreprises de transports sanitaires sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs organisations syndicales nationales les plus représentatives des ambulanciers et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Cette convention détermine notamment :

1° Les obligations respectives des organismes qui servent les prestations d'assurance maladie et des entreprises de transports sanitaires ;

2° Les modalités du contrôle de l'exécution par les entreprises de transports sanitaires des obligations qui découlent pour elles de l'application de la convention ;

3° Les conditions à remplir par les entreprises de transports sanitaires pour être conventionnées ;

4° Le financement des instances nécessaires à la mise en oeuvre de la convention et de ses annexes annuelles ;

5° Sans préjudice des compétences du pouvoir réglementaire, les modalités de détermination des sommes dues aux entreprises ;

6° Les conditions de rémunération des entreprises de transports sanitaires pour leur participation à la garde départementale organisée dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 6312-5 du code de la santé publique.

Art. L. 351-1-4. – I. – La condition d'âge prévue au premier alinéa de l'article L. 351-1 est abaissée, dans des conditions fixées par décret, pour les assurés qui justifient d'une incapacité permanente au sens de l'article L. 434-2 au moins égale à un taux déterminé par décret, lorsque cette incapacité est reconnue au titre d'une maladie professionnelle mentionnée à l'article L. 461-1 ou au titre d'un accident de travail mentionné à l'article L. 411-1 et ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle.

II. – La pension de retraite liquidée en application du présent article est calculée au taux plein même si l'assuré ne justifie pas de la durée requise d'assurance ou de périodes équivalentes dans le régime général et un ou plusieurs autres régimes obligatoires.

III. – Les I et II sont également applicables à l'assuré justifiant d'une incapacité permanente d'un taux inférieur à celui mentionné au I, sous réserve :

1° Que le taux d'incapacité permanente de l'assuré soit au moins égal à un taux déterminé par décret ;

2° Que l'assuré ait été exposé, pendant un nombre d'années déterminé par décret, à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4121-3-1 du code du travail ;

3° Qu'il puisse être établi que l'incapacité permanente dont est atteint l'assuré est directement liée à l'exposition à ces facteurs de risques professionnels.

Une commission pluridisciplinaire dont l'avis s'impose à l'organisme débiteur de la pension de retraite est chargée de valider les modes de preuve apportés par l'assuré et d'apprécier l'effectivité du lien entre l'incapacité permanente et l'exposition aux facteurs de risques professionnels. La composition, le fonctionnement et le ressort territorial de cette commission ainsi que les éléments du dossier au vu desquels elle rend son avis sont fixés par décret.

Art. L. 351-9. – Lorsque le montant de la pension est inférieur à un minimum, un versement forfaitaire unique est substitué à la pension, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État.

Art. L. 351-14-1. – Sont également prises en compte par le régime général de sécurité sociale, pour l'assurance vieillesse, sous réserve du versement de cotisations fixées dans des conditions définies par décret garantissant la neutralité actuarielle et dans la limite totale de douze trimestres d'assurance :

1° Les périodes d'études accomplies dans les établissements, écoles et classes mentionnés à l'article L. 381-4 et n'ayant pas donné lieu à affiliation à un régime d'assurance vieillesse lorsque le régime général est le premier régime d'affiliation à l'assurance vieillesse après lesdites études ; ces périodes d'études doivent avoir donné lieu à l'obtention d'un diplôme, l'admission dans les grandes écoles et classes du second degré préparatoires à ces écoles étant assimilée à l'obtention d'un diplôme ; les périodes d'études ayant permis l'obtention d'un diplôme équivalent délivré par un État membre de l'Union européenne peuvent également être prises en compte ;

2° Les années civiles ayant donné lieu à affiliation à l'assurance vieillesse du régime général à quelque titre que ce soit, au titre desquelles il est retenu, en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1, un nombre de trimestres inférieur à quatre.

Art. L. 355-2. – Les pensions et rentes prévues au titre IV et aux chapitres 1 à 4 du titre V du présent livre sont cessibles et saisissables dans les mêmes conditions et limites que les salaires. Toutefois, elles le sont dans la limite de 90 % au profit des établissements hospitaliers et des caisses de sécurité sociale pour le paiement des frais d'hospitalisation.

Le montant de la saisie sur rappel de pensions et rentes s'apprécie en rapportant la quotité saisissable au montant dû par échéance mensuelle ou trimestrielle quelle que soit la période de validité à laquelle se rapporte le rappel.

L'application des dispositions du présent article ne peut avoir pour effet de réduire les arrérages de la pension d'invalidité servie pour un trimestre à un montant inférieur au quart du taux minimum fixé à l'article L. 341-5.

Par dérogation aux dispositions du premier alinéa, la saisie peut s'élever à la totalité de la pension ou de la rente, réserve faite d'une somme d'un montant égal au tiers du minimum prévu au premier alinéa de l'article L. 351-10, lorsque cette saisie a pour objet d'exécuter les condamnations à des réparations civiles ou aux frais dus à la victime au titre de l'article 375 du code de procédure pénale et que ces condamnations ont été prononcées à l'encontre d'une personne qui a été jugée coupable de crime ou de complicité de crime contre l'humanité.

Art. L. 455-1. – Si l'accident dont le travailleur est victime dans les conditions prévues à l'article L. 411-2 est causé par l'employeur ou ses préposés ou, plus généralement, par une personne appartenant à la même entreprise que la victime, il est fait application, à l'encontre de l'auteur responsable de l'accident, des dispositions des articles L. 454-1 et L. 455-2.

Art. L. 455-1-1. – La victime, ou ses ayants droit et la caisse peuvent se prévaloir des dispositions des articles L. 454-1 et L. 455-2 lorsque l'accident défini à l'article L. 411-1 survient sur une voie ouverte à la circulation publique et implique un véhicule terrestre à moteur conduit par l'employeur, un préposé ou une personne appartenant à la même entreprise que la victime.

La réparation complémentaire prévue au premier alinéa est régie par les dispositions 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.

Art. L. 511-1. – Les prestations familiales comprennent :

- 1°) la prestation d'accueil du jeune enfant ;
- 2°) les allocations familiales ;
- 3°) le complément familial ;
- 4°) l'allocation de logement ;
- 5°) l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ;
- 6°) l'allocation de soutien familial ;
- 7°) l'allocation de rentrée scolaire ;
- 8°) (Abrogé) ;
- 9°) l'allocation journalière de présence parentale.

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 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°, 4° et 5° 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° à 3° 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 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.

IV. – Pour les enfants adoptés ou confiés en vue d'adoption, le complément est versé pendant une durée minimale à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer des adoptants, sous réserve des dispositions du II.

Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 531-1, le complément est également versé pour les enfants dont l'âge, au moment de leur arrivée au foyer des adoptants, est supérieur à l'âge limite mentionné à cet article. La durée de versement est, dans ce cas, égale à la durée minimale mentionnée à l'alinéa précédent, sous réserve des dispositions du 2° de l'article L. 512-3.

V. – L'âge limite de versement mentionné au premier alinéa de l'article L. 531-1 et la durée de versement prévue au IV du présent article sont augmentés en cas :

1° De naissances multiples d'enfants d'un nombre déterminé ;

2° D'arrivées simultanées d'un nombre déterminé d'enfants, adoptés ou confiés en vue d'adoption dans les conditions définies à l'article L. 512-4, au foyer des adoptants.

VI. – Par dérogation au premier alinéa du 1 du I et dans des conditions définies par décret, le complément de libre choix d'activité à taux plein peut être cumulé, pendant une durée déterminée, avec un revenu professionnel, en cas de reprise d'activité du parent bénéficiaire alors qu'il a un enfant à charge remplissant des conditions d'âge. Cette option, définitive, est ouverte au parent qui assume la charge d'un nombre déterminé d'enfants.

Par exception au 1 du I et dans des conditions définies par décret, le complément de libre choix d'activité à taux plein peut être attribué, à un montant majoré et pendant une durée déterminée, à la personne qui choisit de ne pas exercer d'activité professionnelle pendant cette même durée. Dans ce cas, l'activité professionnelle antérieure minimale prévue au III doit avoir été exercée au cours d'une période de référence fixée par décret. Cette option, définitive, est ouverte au parent qui assume la charge d'un nombre déterminé d'enfants. La période de droit ouverte par cette option peut être partagée entre les deux parents.

Par exception aux dispositions de l'article L. 552-1, le droit au complément de libre choix d'activité prévu à l'alinéa précédent est ouvert le mois de la naissance, de l'adoption ou de l'arrivée au foyer de l'enfant adopté ou confié en vue d'adoption.

VII. – Le montant du complément de libre choix d'activité est majoré lorsque la personne y ouvrant droit ne bénéficie pas de l'allocation de base mentionnée au 2° de l'article L. 531-1.

Art. L. 553-2. – Tout paiement indu de prestations familiales est récupéré, sous réserve que l'allocataire n'en conteste pas le caractère indu, par retenues sur les prestations à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. À défaut, l'organisme payeur peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues soit au titre de l'allocation de logement mentionnée à l'article L. 831-1, soit au titre de l'aide personnalisée au logement mentionnée à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation, soit au titre des prestations mentionnées au titre II du livre VIII du présent code, soit au titre du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles, tel qu'il résulte de la loi n° 2008-1249 du 1^{er} décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion.

Par dérogation aux dispositions précédentes, lorsqu'un indu a été constitué sur une prestation versée en tiers payant, l'organisme peut, si d'autres prestations sont versées directement à l'allocataire, recouvrer l'indu sur ces prestations selon des modalités et des conditions précisées par décret.

Dans des conditions définies par décret, les retenues mentionnées au premier alinéa, ainsi que celles mentionnées aux articles L. 835-3 du présent code et L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation, L. 821-5-1 du présent code et L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, tel qu'il résulte de la loi n° 2008-1249 du 1^{er} décembre 2008 précitée, sont déterminées en fonction de la composition de la famille, de ses ressources, des charges de logement, des prestations servies par les organismes débiteurs de prestations familiales, à l'exception de celles précisées par décret.

Les mêmes règles sont applicables en cas de non-remboursement d'un prêt subventionné ou consenti à quelque titre que ce soit par un organisme de prestations familiales, la caisse nationale des allocations familiales ou les caisses centrales de mutualité sociale agricole.

Toutefois, par dérogation aux dispositions des alinéas précédents, la créance de l'organisme peut être réduite ou remise en cas de précarité de la situation du débiteur, sauf en cas de manoeuvre frauduleuse ou de fausses déclarations.

Art. L. 644-1. – A la demande du conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et après consultation par référendum des assujettis au régime de base, des décrets peuvent instituer un régime d'assurance vieillesse complémentaire fonctionnant à titre obligatoire dans le cadre soit de l'ensemble du groupe professionnel, soit d'une activité professionnelle particulière. Le conjoint associé ou le conjoint collaborateur, mentionné à l'article L. 121-4 du code de commerce, de l'assuré relevant de ce groupe ou exerçant cette activité est affilié à titre obligatoire à ce régime.

Le mode de calcul des cotisations complémentaires destinées à financer les régimes institués en application du premier alinéa et, le cas échéant, leurs montants annuels sont déterminés par décret après avis de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales.

Des régimes complémentaires facultatifs peuvent être établis à la demande du conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales dans les conditions fixées par le code de la mutualité.

Art. L. 711-1. – Parmi celles jouissant déjà d'un régime spécial le 6 octobre 1945, demeurent provisoirement soumises à une organisation spéciale de sécurité sociale, les branches d'activités ou entreprises énumérées par un décret en Conseil d'État.

Des décrets établissent pour chaque branche d'activité ou entreprises mentionnées à l'alinéa précédent une organisation de sécurité sociale dotée de l'ensemble des attributions définies à l'article L. 111-1. Cette organisation peut comporter l'intervention de l'organisation générale de la sécurité sociale pour une partie des prestations.

Art. L. 712-7. – Les mutuelles ou sections de mutuelles ou unions de ces organismes prévues à l'article L. 712-6 reçoivent, des caisses d'assurance maladie, les fonds nécessaires au service des prestations et justifient auxdites caisses de l'emploi des fonds reçus.

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. 821-1. – Toute personne résidant sur le territoire métropolitain ou dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 ou à Saint-Pierre-et-Miquelon ayant dépassé l'âge d'ouverture du droit à l'allocation prévue à l'article L. 541-1 et dont l'incapacité permanente est au moins égale à un pourcentage fixé par décret perçoit, dans les conditions prévues au présent titre, une allocation aux adultes handicapés.

Les personnes de nationalité étrangère, hors les ressortissants des États membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen, ne peuvent bénéficier de l'allocation aux adultes handicapés que si elles sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour ou si elles sont titulaires d'un récépissé de demande de renouvellement de titre de séjour. Un décret fixe la liste des titres ou documents attestant la régularité de leur situation.

L'allocation mentionnée au premier alinéa bénéficie aux ressortissants des États membres de la Communauté européenne et des autres États parties à l'accord sur l'Espace économique européen qui en font la demande et qui résident en France depuis plus de trois mois, dans les conditions prévues aux articles L. 121-1 et L. 121-2 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. Cette condition de séjour de trois mois n'est toutefois pas opposable :

-aux personnes qui exercent une activité professionnelle déclarée conformément à la législation en vigueur ;

-aux personnes qui ont exercé une telle activité en France et soit sont en incapacité permanente de travailler pour raisons médicales, soit suivent une formation professionnelle au sens des articles L. 900-2 et L. 900-3 du code du travail, soit sont inscrites sur la liste visée à l'article L. 311-5 du même code ;

-aux ascendants, descendants et conjoints des personnes mentionnées aux deux alinéas précédents.

Les ressortissants des États membres de la Communauté européenne et des autres États parties à l'accord sur l'Espace économique européen entrés en France pour y chercher un emploi et qui s'y maintiennent à ce titre ne peuvent bénéficier de l'allocation aux adultes handicapés.

Le droit à l'allocation aux adultes handicapés est ouvert lorsque la personne ne peut prétendre, au titre d'un régime de sécurité sociale, d'un régime de pension de retraite ou d'une législation particulière, à un avantage de vieillesse ou d'invalidité, à l'exclusion de la majoration pour aide constante d'une tierce personne visée à l'article L. 355-1, ou à une rente d'accident du travail, à l'exclusion de la majoration pour aide d'une tierce personne mentionnée à l'article L. 434-2, d'un montant au moins égal à cette allocation.

Lorsque cet avantage est d'un montant inférieur à celui de l'allocation aux adultes handicapés, celle-ci s'ajoute à la prestation sans que le total des deux avantages puisse excéder le montant de l'allocation aux adultes handicapés.

Pour la liquidation des avantages de vieillesse, les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés sont réputés inaptes au travail à l'âge minimum auquel s'ouvre le droit à pension de vieillesse.

Lorsqu'une personne bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés fait valoir son droit à un avantage de vieillesse ou d'invalidité, l'allocation aux adultes handicapés continue de lui être servie jusqu'à ce qu'elle perçoive effectivement l'avantage auquel elle a droit. Pour la récupération des sommes trop perçues à ce titre, les organismes visés à l'article

L. 821-7 sont subrogés dans les droits des bénéficiaires vis-à-vis des organismes payeurs des avantages de vieillesse ou d'invalidité.

Lorsque l'allocation aux adultes handicapés est versée en complément de la rémunération garantie visée à l'article L. 243-4 du code de l'action sociale et des familles, le cumul de cet avantage avec la rémunération garantie mentionnée ci-dessus est limité à des montants fixés par décret qui varient notamment selon que le bénéficiaire est marié ou vit maritalement ou est lié par un pacte civil de solidarité et a une ou plusieurs personnes à charge. Ces montants varient en fonction du salaire minimum de croissance prévu à l'article L. 141-4 du code du travail.

Art. L. 821-2. – L'allocation aux adultes handicapés est également versée à toute personne qui remplit l'ensemble des conditions suivantes :

1° Son incapacité permanente, sans atteindre le pourcentage fixé par le décret prévu au premier alinéa de l'article L. 821-1, est supérieure ou égale à un pourcentage fixé par décret ;

2° La commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles lui reconnaît, compte tenu de son handicap, une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi, précisée par décret.

Le versement de l'allocation aux adultes handicapés au titre du présent article prend fin à l'âge auquel le bénéficiaire est réputé inapte au travail dans les conditions prévues au cinquième alinéa de l'article L. 821-1.

Art. L. 831-1. – Une allocation de logement est versée aux personnes de nationalité française mentionnées à l'article L. 831-2 en vue de réduire à un niveau compatible avec leurs ressources la charge de loyer afférente au logement qu'elles occupent à titre de résidence principale en France métropolitaine ou dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1. Sont assimilées au loyer les mensualités versées pour accéder à la propriété de l'habitation.

Cette allocation est versée aux personnes hébergées dans les unités et centres de long séjour relevant de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

Le présent titre est applicable aux personnes de nationalité étrangère dans les conditions prévues par les deux premiers alinéas de l'article L. 512-2.

L'allocation de logement n'est pas due lorsque la même personne peut bénéficier, au titre d'une autre réglemmentation, d'une indemnité ou allocation répondant au même objet et qui est d'un montant égal ou supérieur à la première de ces prestations. Lorsque cette indemnité ou allocation est d'un montant inférieur à l'allocation de logement, celle-ci est réduite à due concurrence.

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. 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 sport

Art. L. 221-2. – Les sportifs de haut niveau figurant sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 221-2 peuvent se présenter aux concours d'accès aux emplois de l'État, des collectivités territoriales, de leurs établissements publics ainsi que de toute société nationale ou d'économie mixte, sans remplir les conditions de diplôme exigées des candidats.

Code du travail

Art. L. 1242-2. – Sous réserve des dispositions de l'article L. 1242-3, un contrat de travail à durée déterminée ne peut être conclu que pour l'exécution d'une tâche précise et temporaire, et seulement dans les cas suivants :

1° Remplacement d'un salarié en cas :

a) D'absence ;

b) De passage provisoire à temps partiel, conclu par avenant à son contrat de travail ou par échange écrit entre ce salarié et son employeur ;

c) De suspension de son contrat de travail ;

d) De départ définitif précédant la suppression de son poste de travail après consultation du comité d'entreprise ou, à défaut, des délégués du personnel, s'il en existe ;

e) D'attente de l'entrée en service effective du salarié recruté par contrat à durée indéterminée appelé à le remplacer ;

2° Accroissement temporaire de l'activité de l'entreprise ;

3° Emplois à caractère saisonnier ou pour lesquels, dans certains secteurs d'activité définis par décret ou par convention ou accord collectif de travail étendu, il est d'usage constant de ne pas recourir au contrat de travail à durée indéterminée en raison de la nature de l'activité exercée et du caractère par nature temporaire de ces emplois ;

4° Remplacement d'un chef d'entreprise artisanale, industrielle ou commerciale, d'une personne exerçant une profession libérale, de son conjoint participant effectivement à l'activité de l'entreprise à titre professionnel et habituel ou d'un associé non salarié d'une société civile professionnelle, d'une société civile de moyens ou d'une société d'exercice libéral ;

5° Remplacement du chef d'une exploitation agricole ou d'une entreprise mentionnée aux 1° à 4° de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime, d'un aide familial, d'un associé d'exploitation, ou de leur conjoint mentionné à l'article L. 722-10 du même code dès lors qu'il participe effectivement à l'activité de l'exploitation agricole ou de l'entreprise.

Art. L. 1271-1. – Le chèque emploi-service universel est un titre-emploi ou un titre spécial de paiement permettant à un particulier :

1° Soit de déclarer et, lorsqu'il comporte une formule de chèque régie par le chapitre Ier du titre III du livre Ier du code monétaire et financier, de rémunérer des salariés occupant des emplois entrant dans le champ des services à la personne mentionnés à l'article L. 7231-1 du présent code ou des assistants maternels agréés en application de l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles ;

2° Soit d'acquitter tout ou partie du montant :

a) Des prestations de services fournies par les organismes agréés ou déclarés au titre des articles L. 7232-1 et L. 7232-1-1 du présent code ;

b) Dans les conditions et les limites fixées par décret, des prestations de services fournies par les organismes et établissements spécialisés mentionnés à l'article L. 1271-10 ;

c) Des prestations de services fournies par les organismes ou personnes mentionnés aux deux premiers alinéas de l'article L. 2324-1 du code de la santé publique ;

d) Des prestations de services fournies par les organismes ou les personnes organisant un accueil sans hébergement prévu au même article L. 2324-1 ;

e) Des prestations de services fournies par les personnes organisant un accueil des enfants scolarisés en école maternelle ou élémentaire limité aux heures qui précèdent ou suivent la classe ;

f) Des prestations d'aide à domicile délivrées à ses ascendants bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie par des salariés ou des organismes de services à la personne ;

g) Des prestations de transport de voyageurs par taxi financées par les prestations sociales destinées spécifiquement aux personnes âgées ou à mobilité réduite.

Art. L. 1441-8. – L'employeur déclare les salariés qu'il emploie sur la déclaration annuelle des données sociales qu'il établit pour les organismes ou caisses de sécurité sociale ainsi que les caisses de la mutualité sociale agricole dans des conditions fixées par voie réglementaire.

À défaut, la déclaration est accomplie dans les cas et selon les modalités fixés par décret.

Lorsque l'entreprise comprend plusieurs établissements, l'employeur déclare ses salariés par unité géographiquement individualisée.

Art. L. 3121-22. – Les heures supplémentaires accomplies au-delà de la durée légale hebdomadaire fixée par l'article L. 3121-10, ou de la durée considérée comme équivalente, donnent lieu à une majoration de salaire de 25 % pour chacune des huit premières heures supplémentaires. Les heures suivantes donnent lieu à une majoration de 50 %.

Une convention ou un accord de branche étendu ou une convention ou un accord d'entreprise ou d'établissement peut prévoir un taux de majoration différent. Ce taux ne peut être inférieur à 10 %.

Art. L. 5212-5. – L'employeur fournit à l'autorité administrative une déclaration annuelle relative aux emplois occupés par les bénéficiaires de l'obligation d'emploi par rapport à l'ensemble des emplois existants.

Il justifie également qu'il s'est éventuellement acquitté de l'obligation d'emploi selon les modalités prévues aux articles L. 5212-6 à L. 5212-11.

À défaut de toute déclaration, l'employeur est considéré comme ne satisfaisant pas à l'obligation d'emploi.

Art. L. 5213-1. – Est considérée comme travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique.

Art. L. 5423-24. – Le fonds de solidarité gère les moyens de financement :

1° (Abrogé) ;

2° (Abrogé) ;

3° De l'allocation de solidarité spécifique prévue à l'article L. 5423-1 ;

4° (Alinéa abrogé)

5° De l'allocation équivalent retraite prévue à l'article L. 5423-18 ;

6° De la prime forfaitaire prévue à l'article L. 5425-3 ;

7° De l'aide prévue au II de l'article 136 de la loi de finances pour 1997 n° 96-1181 du 30 décembre 1996.

Art. L. 7221-1. – Est considéré comme employé de maison le salarié employé par des particuliers à des travaux domestiques.

Art. L. 8221-5. – Est réputé travail dissimulé par dissimulation d'emploi salarié le fait pour tout employeur :

1° Soit de se soustraire intentionnellement à l'accomplissement de la formalité prévue à l'article L. 1221-10, relatif à la déclaration préalable à l'embauche ;

2° Soit de se soustraire intentionnellement à l'accomplissement de la formalité prévue à l'article L. 3243-2, relatif à la délivrance d'un bulletin de paie, ou de mentionner sur ce dernier un nombre d'heures de travail inférieur à celui réellement accompli, si cette mention ne résulte pas d'une convention ou d'un accord collectif d'aménagement du temps de travail conclu en application du titre II du livre Ier de la troisième partie ;

3° Soit de se soustraire intentionnellement aux déclarations relatives aux salaires ou aux cotisations sociales assises sur ceux-ci auprès des organismes de recouvrement des contributions et cotisations sociales ou de l'administration fiscale en vertu des dispositions légales.

Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

Art. 25. – I. - Sont mis en oeuvre après autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, à l'exclusion de ceux qui sont mentionnés aux articles 26 et 27 :

1° Les traitements, automatisés ou non, mentionnés au 7° du II, au III et au IV de l'article 8 ;

2° Les traitements automatisés portant sur des données génétiques, à l'exception de ceux d'entre eux qui sont mis en oeuvre par des médecins ou des biologistes et qui sont nécessaires aux fins de la médecine préventive, des diagnostics médicaux ou de l'administration de soins ou de traitements ;

3° Les traitements, automatisés ou non, portant sur des données relatives aux infractions, condamnations ou mesures de sûreté, sauf ceux qui sont mis en oeuvre par des auxiliaires de justice pour les besoins de leurs missions de défense des personnes concernées ;

4° Les traitements automatisés susceptibles, du fait de leur nature, de leur portée ou de leurs finalités, d'exclure des personnes du bénéfice d'un droit, d'une prestation ou d'un contrat en l'absence de toute disposition législative ou réglementaire ;

5° Les traitements automatisés ayant pour objet :

- l'interconnexion de fichiers relevant d'une ou de plusieurs personnes morales gérant un service public et dont les finalités correspondent à des intérêts publics différents ;

- l'interconnexion de fichiers relevant d'autres personnes et dont les finalités principales sont différentes ;

6° Les traitements portant sur des données parmi lesquelles figure le numéro d'inscription des personnes au répertoire national d'identification des personnes physiques et ceux qui requièrent une consultation de ce répertoire sans inclure le numéro d'inscription à celui-ci des personnes ;

7° Les traitements automatisés de données comportant des appréciations sur les difficultés sociales des personnes ;

8° Les traitements automatisés comportant des données biométriques nécessaires au contrôle de l'identité des personnes.

II. – Pour l'application du présent article, les traitements qui répondent à une même finalité, portent sur des catégories de données identiques et ont les mêmes destinataires ou catégories de destinataires peuvent être autorisés par une décision unique de la commission. Dans ce cas, le responsable de chaque traitement adresse à la commission un engagement de conformité de celui-ci à la description figurant dans l'autorisation.

III. – La Commission nationale de l'informatique et des libertés se prononce dans un délai de deux mois à compter de la réception de la demande. Toutefois, ce délai peut être renouvelé une fois sur décision motivée de son président. Lorsque la commission ne s'est pas prononcée dans ces délais, la demande d'autorisation est réputée rejetée.

Art. 26. – I. – Sont autorisés par arrêté du ou des ministres compétents, pris après avis motivé et publié de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, les traitements de données à caractère personnel mis en oeuvre pour le compte de l'État et :

1° Qui intéressent la sûreté de l'État, la défense ou la sécurité publique ;

2° Ou qui ont pour objet la prévention, la recherche, la constatation ou la poursuite des infractions pénales ou l'exécution des condamnations pénales ou des mesures de sûreté.

L'avis de la commission est publié avec l'arrêté autorisant le traitement.

II. - Ceux de ces traitements qui portent sur des données mentionnées au I de l'article 8 sont autorisés par décret en Conseil d'État pris après avis motivé et publié de la commission ; cet avis est publié avec le décret autorisant le traitement.

III. – Certains traitements mentionnés au I et au II peuvent être dispensés, par décret en Conseil d’État, de la publication de l’acte réglementaire qui les autorise ; pour ces traitements, est publié, en même temps que le décret autorisant la dispense de publication de l’acte, le sens de l’avis émis par la commission.

IV. – Pour l’application du présent article, les traitements qui répondent à une même finalité, portent sur des catégories de données identiques et ont les mêmes destinataires ou catégories de destinataires peuvent être autorisés par un acte réglementaire unique. Dans ce cas, le responsable de chaque traitement adresse à la commission un engagement de conformité de celui-ci à la description figurant dans l’autorisation.

Art. 27. – I. – Sont autorisés par décret en Conseil d’État, pris après avis motivé et publié de la Commission nationale de l’informatique et des libertés :

1° Les traitements de données à caractère personnel mis en oeuvre pour le compte de l’État, d’une personne morale de droit public ou d’une personne morale de droit privé gérant un service public, qui portent sur des données parmi lesquelles figure le numéro d’inscription des personnes au répertoire national d’identification des personnes physiques ;

2° Les traitements de données à caractère personnel mis en oeuvre pour le compte de l’État qui portent sur des données biométriques nécessaires à l’authentification ou au contrôle de l’identité des personnes.

II. – Sont autorisés par arrêté ou, en cas de traitement opéré pour le compte d’un établissement public ou d’une personne morale de droit privé gérant un service public, par décision de l’organe délibérant chargé de leur organisation, pris après avis motivé et publié de la Commission nationale de l’informatique et des libertés :

1° Les traitements mis en oeuvre par l’État ou les personnes morales mentionnées au I qui requièrent une consultation du répertoire national d’identification des personnes physiques sans inclure le numéro d’inscription à ce répertoire ;

2° Ceux des traitements mentionnés au I :

- qui ne comportent aucune des données mentionnées au I de l’article 8 ou à l’article 9 ;

- qui ne donnent pas lieu à une interconnexion entre des traitements ou fichiers correspondant à des intérêts publics différents ;

- et qui sont mis en oeuvre par des services ayant pour mission, soit de déterminer les conditions d’ouverture ou l’étendue d’un droit des administrés, soit d’établir l’assiette, de contrôler ou de recouvrer des impositions ou taxes de toute nature, soit d’établir des statistiques ;

3° Les traitements relatifs au recensement de la population, en métropole et dans les collectivités situées outre-mer ;

4° Les traitements mis en oeuvre par l’État ou les personnes morales mentionnées au I aux fins de mettre à la disposition des usagers de l’administration un ou plusieurs téléservices de l’administration électronique, si ces traitements portent sur des données parmi lesquelles figurent le numéro d’inscription des personnes au répertoire national d’identification ou tout autre identifiant des personnes physiques.

III. – Les dispositions du IV de l’article 26 sont applicables aux traitements relevant du présent article.

Art. 28. – I. – La Commission nationale de l’informatique et des libertés, saisie dans le cadre des articles 26 ou 27, se prononce dans un délai de deux mois à compter de la

réception de la demande. Toutefois, ce délai peut être renouvelé une fois sur décision motivée du président.

II. – L’avis demandé à la commission sur un traitement, qui n’est pas rendu à l’expiration du délai prévu au I, est réputé favorable.

Art. 29. – Les actes autorisant la création d’un traitement en application des articles 25, 26 et 27 précisent :

- 1° La dénomination et la finalité du traitement ;
- 2° Le service auprès duquel s’exerce le droit d’accès défini au chapitre VII ;
- 3° Les catégories de données à caractère personnel enregistrées ;
- 4° Les destinataires ou catégories de destinataires habilités à recevoir communication de ces données ;
- 5° Le cas échéant, les dérogations à l’obligation d’information prévues au V de l’article 32.

Loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l’initiative et à l’entreprise individuelle

Art. 2. – Sous réserve de l’application des dispositions relatives à l’exercice des professions ou activités réglementées, l’obligation pour une entreprise de déclarer sa création, la modification de sa situation ou la cessation de ses activités auprès d’une administration, personne ou organisme visés à l’article 1^{er} est légalement satisfaite par le dépôt d’un seul dossier comportant les diverses déclarations que ladite entreprise est tenue de remettre aux administrations, personnes ou organismes visés à l’article 1^{er}.

Ce dossier unique est déposé auprès d’un organisme désigné à cet effet, dans des conditions définies par décret en Conseil d’État, et vaut déclaration près du destinataire dès lors qu’il est régulier et complet à l’égard de celui-ci.

Tout prestataire de services entrant dans le champ d’application de la directive 2006/123/CE du Parlement européen et du Conseil, du 12 décembre 2006, relative aux services dans le marché intérieur peut accomplir l’ensemble des formalités et procédures nécessaires à l’accès et à l’exercice de son activité auprès des centres de formalités des entreprises, dans des conditions prévues par décret en Conseil d’État.

Art. 24. – Les prestations servies par les régimes ou au titre des contrats visés au deuxième alinéa de l’article 154 bis du code général des impôts sous forme de revenus de remplacement sont prises en compte pour la détermination du revenu imposable de leur bénéficiaire.

Les prestations servies sous forme de rentes ou pour perte d’emploi subie sont imposables dans la catégorie des pensions dans les conditions fixées au a du 5 de l’article 158 du code général des impôts.

Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999

Art. 41. – III. – Il est créé un Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, chargé de financer l'allocation visée au I. Il finance également par un versement aux régimes obligatoires de retraite de base concernés les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite prévus au dernier alinéa du II du présent article avant l'âge fixé par l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale et par ceux à l'âge de soixante-cinq ans au lieu de l'âge fixé au 1° de l'article L. 351-8 du même code. Ses ressources sont constituées d'une fraction égale à 0,31 % du produit du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts, d'une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale et d'une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime des salariés agricoles dont le montant est fixé chaque année par arrêtés des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture.

Un conseil de surveillance, composé de représentants de l'État, de représentants de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionnée à l'article L. 221-4 du code de la sécurité sociale, des représentants du conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole mentionné à l'article L. 723-32 du code rural et de personnalités qualifiées, veille au respect des dispositions du présent article. Il examine les comptes du fonds et transmet au Parlement et au Gouvernement, avant le 15 juillet, un rapport annuel retraçant l'activité du fonds et formulant toutes observations relatives à son fonctionnement.

Loi n°2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001

Art. 40. – I. – Il est créé un fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés. Ce fonds est géré par la Caisse des dépôts et consignations.

II. – Ce fonds finance des actions d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé.

À ce titre, il participe au financement :

1° De contrats d'amélioration des conditions de travail ayant fait l'objet d'un accord négocié entre les responsables d'établissements et les organisations syndicales représentées au sein du comité technique d'établissement ;

2° Des actions de modernisation sociale, notamment celles figurant dans le volet social des contrats d'objectifs et de moyens ;

3° Des aides individuelles destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans des opérations de recomposition et de modernisation ou membres de communautés hospitalières de territoire mentionnées à l'article L. 6132-1 du même code.

.....
III bis. – Le fonds peut prendre en charge, dans la limite et selon des modalités définies par décret, le coût des ressources de conseil, de pilotage et d'accompagnement de la mise en œuvre des actions visant à améliorer la performance hospitalière.

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

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

IV. – Bénéficient du concours de ce fonds les actions mentionnées au II du présent article qui sont entreprises par des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant fait l'objet d'un agrément par le ou les directeurs généraux d'agences régionales de santé compétents. Les établissements non visés par cet article peuvent également bénéficier, après agrément dans les conditions mentionnées précédemment, du concours du fonds dans le cadre d'opérations de coopération entre un ou plusieurs de ces établissements et un ou plusieurs établissements visés à l'article L. 174-1 du même code.

Les sommes dues au titre des actions du fonds sont prescrites à son profit dès lors qu'elles n'ont pas fait l'objet soit d'un agrément ou d'une décision attributive de subvention, dans un délai d'un an à compter de la notification ou de la publication de l'acte de délégation des crédits du fonds, soit d'une demande de paiement justifiée dans un délai de trois ans à partir du premier jour de l'année suivant celle au cours de laquelle les droits ont été acquis. L'année de la constatation de la prescription, la totalité des sommes ainsi prescrites vient en diminution de la dotation de l'assurance maladie au fonds pour l'année en cours. Le montant de la dotation ainsi minoré est pris en compte en partie rectificative de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante.

L'alinéa précédent est applicable aux sommes déléguées antérieurement à la date de son entrée en vigueur.

V. – Les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale et, pour 2001, à 600 millions de francs, ainsi que par le reversement des avances remboursables mentionnées au III. La répartition entre les différents régimes est effectuée dans les conditions définies par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

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

Le solde disponible du Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé est versé au Fonds pour la modernisation des établissements de santé, à la date de sa création. Le montant de ce solde est constaté par arrêté interministériel.

V bis. – L'attribution des financements relatifs aux actions prévues au II, au III pour les dépenses d'investissements immobiliers dont le montant est inférieur à un seuil fixé par arrêté du ministre chargé de la santé et au III bis est confiée aux agences régionales de santé dans des conditions fixées par décret. Ils peuvent être attribués sur une base pluriannuelle.

Ces financements peuvent être affectés au financement des actions visées par l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale.

.....

Loi n°2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises

Art. 70. – I. – À compter du 1^{er} janvier 2006, les salariés et anciens salariés de la chambre de commerce et d'industrie de Paris et leurs ayants droit qui relevaient antérieurement du régime spécial d'assurance vieillesse et invalidité du personnel de cet établissement, tel qu'il résulte du règlement approuvé par le décret n° 97-1325 du 30 décembre 1997, sont, pour les risques qu'il couvre, affiliés ou pris en charge par le régime général de sécurité sociale. Il est mis fin à ce régime spécial à compter de la même date.

II. – Les droits à pensions dans ce régime spécial, au 31 décembre 2005, sont pris en charge par le régime général de sécurité sociale dans la limite des règles qui lui sont propres.

Un arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale fixe la contribution au régime général de sécurité sociale incombant à la chambre de commerce et d'industrie de Paris pour ce transfert de droits ainsi que le calendrier de versement.

Un décret apporte les adaptations rendues nécessaires par ce transfert aux règles fixées en application des articles L. 341-1 à L. 341-4 et L. 341-6, des deuxième à quatrième alinéas de l'article L. 351-1 et de l'article L. 351-11 du code de la sécurité sociale.

III. – L'ensemble des personnels de la chambre de commerce et d'industrie de Paris est affilié aux régimes de retraite complémentaire des salariés mentionnés à l'article L. 921-4 du code de la sécurité sociale à compter du 1^{er} janvier 2006.

IV. – Pour ceux des droits à pensions mentionnés au II qui ne sont pas pris en charge par le régime général de sécurité sociale ou, le cas échéant, par les régimes de retraite complémentaire mentionnés au III, la chambre de commerce et d'industrie de Paris pourvoit, à compter du 1^{er} janvier 2006, aux couvertures complémentaires nécessaires en application des titres Ier et II du livre IX du code de la sécurité sociale.

V. – La chambre de commerce et d'industrie de Paris peut mettre en place, d'une part, un dispositif de retraite supplémentaire à cotisations définies et réparties entre l'employeur et le salarié, d'autre part, un dispositif d'épargne volontaire selon les règles prévues pour les plans d'épargne entreprise et les plans d'épargne retraite collective.

Loi n°2005-1720 du 30 décembre 2005 de finances rectificatives pour 2005

Art. 23. – Il est institué une taxe additionnelle à la taxe prévue à l'article L. 5121-17 du code de la santé publique.

Cette taxe additionnelle est assise, recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties, privilèges et sanctions prévus pour la taxe mentionnée à l'article L. 5121-17 du même code.

Le tarif de cette taxe additionnelle est égal à 39 % de celui de la taxe prévue à l'article L. 5121-17 du même code.

Le produit de cette taxe additionnelle est réparti, par arrêté du ministre chargé de la santé, entre les centres de gestion des essais de produits de santé créés sous la forme de groupements d'intérêt public au sens de la loi n° 82-610 du 15 juillet 1982 d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique de la France. Il ne peut servir à financer ni les essais cliniques sur les cellules souches embryonnaires, ni les essais destinés à permettre le clonage thérapeutique ou reproductif.

Les dispositions du présent article s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2006 au titre des ventes réalisées au cours des exercices 2005 à 2013.

Loi n°2007-1822 du 24 décembre 2007 de finances pour 2007

Art. 53. – I. – En application des articles L. 131-7 et L. 139-2 du code de la sécurité sociale, la compensation intégrale par l'État des mesures définies aux articles L. 241-17 et L. 241-18 du même code ainsi qu'au III de l'article 1^{er} de la loi n° 2008-111 du 8 février 2008 pour le pouvoir d'achat est effectuée, dans des conditions qui en assurent la neutralité financière et comptable pour les caisses et les régimes mentionnés au III du présent article, par une affectation d'impôts et de taxes.

II. – Les impôts et taxes mentionnés au I sont :

1° (Abrogé) ;

2° La contribution mentionnée à l'article 235 ter ZC du même code ;

2° bis (Abrogé)

3° La taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par les producteurs de boissons alcoolisées.

4° Une fraction du droit de consommation sur les tabacs 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.

Toutefois, en 2010, cette fraction est celle fixée au h de l'article 82 de la loi n° 2010-1658 du 29 décembre 2010 de finances rectificative pour 2010.

III. – Les impôts et taxes mentionnés au II sont affectés aux caisses et régimes de sécurité sociale énumérés au I du III de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, ainsi qu'à la Caisse nationale des industries électriques et gazières, au port autonome de Strasbourg et à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales.

Ces caisses et régimes bénéficient chacun d'une quote-part des recettes mentionnées au II du présent article fixée par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale au prorata de leur part relative dans la perte de recettes résultant des mesures d'allègement de cotisations sociales mentionnées au I. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser le produit des taxes et impôts mentionnés au II et d'effectuer sa répartition entre les caisses et régimes de sécurité sociale conformément à cet arrêté.

Un arrêté des ministres chargés du budget, de la sécurité sociale et de l'agriculture adapte les règles comptables prises en application de l'article L. 114-5 du code de la sécurité sociale pour le rattachement des impôts et des taxes mentionnés au II.

IV. – En cas d'écart constaté entre le produit des impôts et taxes affectés en application du II et le montant définitif de la perte de recettes résultant des allègements de cotisations sociales mentionnés au I, cet écart fait l'objet d'une régularisation par la plus prochaine loi de finances suivant la connaissance du montant définitif de la perte.

Pour l'application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, la différence entre le montant définitif en droits constatés des pertes de recettes résultant des allègements de cotisations sociales mentionnés au I et le produit comptabilisé, au titre du même exercice, des impôts et taxes affectés en application du II constitue, si elle est positive, un produit à recevoir des organismes de sécurité sociale concernés sur le produit de la contribution

mentionnée à l'article 235 ter ZC du code général des impôts perçu par ces organismes au cours de l'exercice ou de l'exercice suivant.

Si cette différence est négative, elle constitue une charge à payer des organismes de sécurité sociale concernés à l'égard de l'État.

Loi n°2009-594 du 27 mai 2009 pour le développement de l'outre-mer

Art. 3. – I. – Dans les départements et régions d'outre-mer et dans les collectivités de Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, un accord régional ou territorial interprofessionnel, conclu selon les modalités prévues à l'article L. 2232-2 du code du travail et applicable dès 2009, peut permettre de verser un bonus exceptionnel d'un montant maximal de 1 500 € par salarié et par an.

L'accord régional ou territorial interprofessionnel peut prévoir de moduler le montant de ce bonus exceptionnel selon les salariés ; cette modulation ne peut s'effectuer qu'en fonction de la taille de l'entreprise, des secteurs d'activité, du salaire, de la qualification, du niveau de classification, de l'ancienneté ou de la durée de présence dans l'entreprise du salarié. Ce bonus ne peut se substituer à des augmentations de rémunération et à des primes conventionnelles prévues par la convention, l'accord de branche ou un accord salarial antérieurs, ou par le contrat de travail. Il ne peut non plus se substituer à aucun des éléments de rémunération au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale et de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime versés par l'employeur ou qui deviennent obligatoires en vertu de règles légales ou de clauses conventionnelles ou contractuelles.

L'accord régional ou territorial interprofessionnel peut renvoyer à un accord de branche ou d'entreprise la fixation du montant du bonus exceptionnel et les critères de versement et de modulation, dans le respect des dispositions de l'alinéa précédent.

Le versement des sommes ainsi déterminées doit intervenir au plus tard le 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle les sommes sont dues, en application de l'accord régional interprofessionnel ou de l'accord de branche ou d'entreprise auquel il renvoie.

II. – Sous réserve du respect des conditions prévues au présent article, ce bonus exceptionnel est exclu de l'assiette de toutes les cotisations ou contributions d'origine légale ou conventionnelle rendues obligatoires par la loi, à l'exception des contributions définies aux articles L. 136-2 et L. 137-15 du code de la sécurité sociale et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale dès 2009, et pour une durée maximale de trois ans.

L'employeur notifie, au plus tard le 31 décembre de l'année suivant le versement à l'organisme de recouvrement dont il relève, le montant des sommes versées aux salariés en précisant le montant par salarié.

III. – Le II est applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Loi n°2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011

Art. 37. – 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 11,4 milliards d'euros.

Art .90. – 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 :

(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

AMENDEMENTS EXAMINÉS PAR LA COMMISSION

Amendement n° AS 1 présenté par MM. Paul Jeanneteau et Yves Bur

Après l'article 40

Insérer l'article suivant :

Un an après la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la promotion de l'aide à la complémentaire santé auprès des Français.

Amendement n° AS 2 présenté par MM. Guy Malherbe, Gérard Cherpion, Michel Heinrich, Paul Jeanneteau et Guy Lefrand

Article 39

I. – Rédiger ainsi le début de l'alinéa 3 :

« 7° La tarification des honoraires, rémunérations et frais pour la dispensation... (*le reste sans changement*) ».

II. – Rédiger ainsi l'alinéa 5 :

« 9° Les objectifs d'évolution de la structure du réseau officinal et les modalités de la gestion par l'assurance maladie du fonds de modernisation prévu à l'article L. 5125-16 du code de la santé publique. »

Amendement n° AS 4 présenté par MM. Guy Malherbe, Gérard Cherpion, Michel Heinrich, Paul Jeanneteau et Guy Lefrand

Après l'article 39

Insérer l'article suivant :

Au deuxième alinéa de l'article L. 5125-11 du code de la santé publique le nombre : « 3 500 » est remplacé par le nombre : « 4 500 ».

Amendement n° AS 5 présenté par MM. Guy Malherbe, Gérard Cherpion, Michel Heinrich, Paul Jeanneteau et Guy Lefrand

Après l'article 39

Insérer l'article suivant :

Au b du 1° de l'article L. 5125-14 du code de la santé publique le nombre : « 3 500 » est remplacé par le nombre : « 4 500 ».

Amendement n° AS 6 présenté par MM. Guy Malherbe, Gérard Cherpion, Michel Heinrich Paul Jeanneteau et Guy Lefrand

Après l'article 39

Insérer l'article suivant :

Au deuxième alinéa de l'article L. 5125-15 du code de la santé publique, après les mots : « dans la commune », sont insérés les mots : « dans une autre commune du même département ou dans toute autre commune de tout autre département ».

Amendement n° AS 8 présenté par M. Rémi Delatte

Article 16

I. – Rédiger ainsi l'alinéa 18 :

« 1° Au premier alinéa de l'article L. 245-8, après les mots : « 25 % vol », insérer les mots : « pour les boissons définies au b du 1 de l'article 401 du code général des impôts, et à 18 % vol pour les autres boissons ».

II. – À l'alinéa 23, substituer au taux : « 45 % », le taux : « 55 % ».

Amendement n° AS 9 présenté par M. Rémi Delatte

Article 34

À l'alinéa 4, après le mot : « santé », insérer les mots : « ainsi que l'accord national visé à l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, ».

Amendement n° AS 10 présenté par M. Rémi Delatte

Article 36

À l'alinéa 7, après les mots : « santé, », insérer les mots : « à des services et ».

Amendement n° AS 11 présenté par M. Rémi Delatte

Après l'article 16

Insérer l'article suivant :

Avant juin 2012, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les moyens mis en œuvre pour lutter contre la consommation excessive des boissons alcoolisées et les adaptations pouvant être élaborées, notamment concernant une refonte globale de la fiscalité sur les boissons alcoolisées.

Amendement n° AS 12 présenté par M. Jean-Marie Rolland

Article 10

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 13 présenté par M. Jean-Marie Rolland

Article 11

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 14 présenté par M. Jean-Marie Rolland

Après l'article 16

Insérer l'article suivant :

I. – Après l'article 1609 *quatertricies* du code général des impôts, il est inséré un article 1609 *quinquiestricies* ainsi rédigé :

« *Art. 1609 quinquiestricies.* – Il est créé une taxe exceptionnelle assise sur le produit brut des jeux, due par les exploitants des jeux de casinos et des cercles de jeux, ainsi que des exploitants de jeux en ligne, appelée « Taxe de solidarité pour l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées ».

« Le taux de cette taxe est fixé à 1 %, à compter du 1^{er} janvier 2012.

« Les abattements prévus par le code général des impôts pour tenir compte des charges d'exploitation des casinos, des manifestations artistiques et des frais d'entretien des hôtels et établissements thermaux appartenant aux casinos sont applicables à la présente taxe.

« Cette taxe est établie sur une déclaration mensuelle, dont le modèle est fixé par l'administration et qui est déposée accompagnée du paiement dans les délais fixés en matière de taxes sur le chiffre d'affaires.

« La taxe mentionnée au premier alinéa est constatée, recouvrée et contrôlée selon les mêmes procédures et sous les mêmes sanctions, garanties, sûretés et privilèges que la taxe sur la valeur ajoutée. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées selon les règles applicables à cette même taxe. » ;

II. – L'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles est complété par un 6° ainsi rédigé :

« 6° Le produit de la taxe de solidarité pour l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées, qui est affecté à la section consacrée au financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux, telle que définie au I de l'article L. 14-10-5. » ;

III. – L'article L. 14-10-5 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« En complément des dispositions prévues au I du présent article, le conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie répartit le produit de la taxe de solidarité pour l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées entre les deux sous-sections, sur proposition du directeur. »

Amendement n° AS 20 présenté par M. Jean-Marie Rolland

Après l'article 35

Insérer l'article suivant :

Le I de l'article 77 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 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^{er} janvier 2012. »

Amendement n° AS 21 présenté par M. Jean-Marie Rolland

Après l'article 35

Insérer l'article suivant :

L'article 70 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« IV. – À compter du 1^{er} mars 2013, les activités mentionnées au 5° de l'article R. 6122-25 du code de la santé publique exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale sont financées sur la base de tarifs de prestations nationaux identiques pour les établissements de santé mentionnés respectivement aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et aux *d* et *e* du même article.

« À compter de cette même date, un objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités mentionnées au 5° de l'article R. 6122-25 du code de la santé publique est défini chaque année.

« Dans cette perspective, et d'ici au 1^{er} mars 2013, il est procédé à une évaluation de la part des financements attribués aux établissements de santé mentionnés respectivement aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et aux *d* et *e* du même article au regard des missions assumées et des patients pris en charge. Cette évaluation fait l'objet d'un rapport remis au Parlement le 1^{er} octobre 2012. »

Amendement n° AS 22 présenté par M. Jean-Marie Rolland

Après l'article 35

Insérer l'article 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 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 23 présenté par M. Jean-Marie Rolland

Après l'article 35

Insérer l'article suivant :

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 24 présenté par M. Jean-Marie Rolland

Après l'article 35

Insérer l'article suivant :

Le premier alinéa du VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est ainsi rédigé :

« À compter du 1^{er} mars 2012 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^{er} mars 2012 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 25 présenté par M. Jean-Marie Rolland

Après l'article 35

Insérer l'article suivant :

Le premier alinéa du VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 de financement de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« À compter du 1^{er} mars 2012, 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 26 présenté par M. Jean-Marie Rolland

Après l'article 35

Insérer l'article suivant :

Après les mots : « tarifs les plus bas », la fin de la deuxième phrase du premier alinéa du VII de l'article 33 de la loi de finances rectificative pour 2004 est complétée par les mots : « sur la base du taux de prise en charge par le régime obligatoire ».

Amendement n° AS 28 présenté par M. Jean-Marie Rolland

Article 33

Compléter l'alinéa 12 par la phrase suivante :

« La composition de la commission spécialisée doit pouvoir intégrer toutes les parties prenantes notamment les fédérations de l'hospitalisation. »

Amendement n° AS 30 présenté par M. Jean-Marie Rolland

Article 35

Compléter l'article 35 par les quatre alinéas suivants :

« II. – La deuxième phrase de l'article L. 6114-3-1 du code de la santé publique est ainsi rédigée :

« La liste de ces indicateurs est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis des fédérations hospitalières représentatives, publiques et privées, et déterminés à partir des indicateurs élaborés conjointement et rendus publics par la Haute Autorité de santé et l'Agence Nationale d'Amélioration de la Performance ».

« III. – La quatrième phrase de l'article L. 6114-3-1 du code de la santé publique est ainsi rédigée :

« Les modalités générales de modulation des dotations de financement sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis des fédérations hospitalières représentatives, publiques et privées. »

Amendement n° AS 31 présenté par M. Jean-Marie Rolland

Après l'article 35

Insérer l'article suivant :

La deuxième phrase du second alinéa de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée :

« Le directeur général de l'agence prononce la sanction après avis d'une commission de contrôle présidée par un magistrat et composée à parité de représentants de l'agence et de représentants des organismes d'assurance-maladie et du contrôle médical, d'une part, et de représentants des fédérations hospitalières représentatives publiques ou privées, d'autre part. »

Amendement n° AS 34 présenté par M. Jean-Marie Rolland

Après l'article 35

Insérer l'article suivant :

I. – Au I de l'article 77 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, les mots : « cinq ans », sont remplacés par les mots : « huit ans ».

II. – Le taux d'évolution de la dotation annuelle de financement des établissements de santé publics ou privés autorisés en soins de suite et de réadaptation, et relevant de l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale pour leur financement est fixé, pour l'année 2012, par un arrêté du Ministre chargé de la santé.

Amendement n° AS 36 présenté par M. Jean-Marie Rolland

Article 36

Compléter l'alinéa 23 par la phrase suivante :

« Les modalités de répartition des crédits en fonction des régions sont annexées à l'arrêté. »

Amendement n° AS 37 présenté par M. Jean-Marie Rolland

Article 36

À l'alinéa 7, après les mots : centres de santé », insérer les mots : « à des services et ».

Amendement n° AS 38 présenté par M. Jean-Marie Rolland

Article 36

Après l'alinéa 13, insérer l'alinéa suivant :

« L'utilisation des crédits du fonds par les agences régionales de santé fait l'objet d'un bilan annuel dans l'annexe 7 du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Ce bilan comporte l'avis sur l'utilisation des fonds, recueilli auprès des fédérations représentatives de l'hospitalisation publique et privée, au niveau régional. »

Amendement n° AS 39 présenté par M. Jean-Marie Rolland

Article 36

Après l'alinéa 33, insérer les deux alinéas suivants :

« *I bis.* – L'article L. 162-48 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque les actions concernent les personnels des établissements de santé privés, notamment par des aides individuelles destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans des opérations de recomposition et de modernisation, une convention est établie entre le fonds et les établissements concernés, 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 40 présenté par M. Jean-Marie Rolland

Après l'article 37

Insérer l'article suivant :

Le second 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 41 présenté par M. Jean-Marie Rolland

Après l'article 37

Insérer l'article suivant :

Le second 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 géographiques, s'appliquant aux tarifs plafonds, adaptés aux écarts de charges financières qui doivent être assumées par les établissements implantés dans certaines zones afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines charges immobilières et de prestations dans la zone considérée. »

Amendement n° AS 42 présenté par M. Jean-Marie Rolland

Après l'article 34

Insérer l'article suivant :

Après le 18° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 19° ainsi rédigé :

« 19° Pour les frais de transport liés aux soins ou traitements dans les centres mentionnés au 3° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'annexe 32 du décret n° 63-146 du 18 février 1963 complétant le décret n° 56-284 du 9 mars 1956 qui a fixé les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux, pris en charge dans les conditions prévues au 2° de l'article L. 321-1 et à l'article L. 322-5 du présent code. »

Amendement n° AS 43 présenté par M. Jean-Marie Rolland

Après l'article 37

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 314-9-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 314-9-1.* – Les montants des éléments de tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés au 6° et au 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles sont modulés selon les besoins en soins requis de la personne prise en charge ainsi que son état évalué au moyen de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2.

« Les montants des éléments de tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés au 6° et au 7° du I de l'article L. 312-1 du même code tiennent compte des caractéristiques des services et des prestations servies, ainsi que des sujétions financières spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle les coûts de fonctionnement desdits services.

« L'évaluation des besoins en soins requis des personnes accueillies est réalisée par l'infirmier coordonnateur du service, sur la base d'une grille nationale arrêtée par les ministres chargés de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, après avis du conseil national de l'organisation sanitaire et sociale, du conseil national consultatif des personnes handicapées, du comité national des retraités et personnes âgées et du conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

« Le recueil des besoins en soins mentionnés aux alinéas précédents est réalisé selon une périodicité et dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

« Les modalités de fixation de la tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés au 6° et au 7° du I de l'article L. 312-1 du même code qui intègrent les éléments de modulation précisés aux deux premiers alinéas sont déterminées par un décret en Conseil d'État. Ce décret précise notamment les différentes dépenses médico-sociales prises en compte pour cette catégorie de services, sur la base des résultats d'une étude nationale relative à l'analyse des différents coûts menée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, dans le cadre de ses missions fixées au 11° du I de l'article L. 14-10-1 du même code. »

Amendement n° AS 44 présenté par M. Jean-Marie Rolland

Après l'article 37

Insérer l'article suivant :

L'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

« À compter du 1^{er} janvier 2012 et pour une période ne pouvant pas excéder cinq ans, le directeur régional de l'agence régionale de santé peut être autorisé, le cas échéant conjointement avec les présidents de conseils généraux, à mener des expérimentations de dérogations tarifaires à l'échelle d'un territoire de santé en accord avec les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux présents sur ce territoire, dans l'objectif de décroiser les parcours de soins et de fluidifier l'accompagnement des assurés sociaux.

« Les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État qui définit notamment les thèmes des expérimentations, les modalités des dérogations tarifaires, les modalités de l'appel à projet, le contenu des cahiers des charges ainsi que les mesures d'impact.

« La Haute Autorité de santé définit les éléments substantiels des cahiers des charges, en concertation avec des représentants des professionnels de santé, des représentants des usagers, l'ensemble des financeurs concernés et les fédérations d'établissements. La Haute Autorité de santé s'appuie autant que de besoin sur l'expertise de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et celle de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Une mission parlementaire sera en charge du suivi de la mesure.

« Une évaluation annuelle des expérimentations autorisées est réalisée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et transmise au Parlement. »

Amendement n° AS 53 présenté par M. Georges Colombier

Après l'article 34

Insérer l'article suivant :

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

« Toutefois, les rentiers au bénéfice exclusif d'une pension ou d'une rente suisse et les travailleurs frontaliers occupés en Suisse et exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie peuvent demander à ce que les dispositions du I ne leur soient pas appliquées, ainsi qu'à leurs ayants droit, tant que l'accord sur la libre circulation des personnes maintient des options qui laissent aux pays signataires la possibilité d'organiser, de façon dérogatoire, le rattachement de certaines catégories de la population à l'assurance maladie. Les personnes concernées doivent être en mesure de produire un contrat d'assurance maladie les couvrant, ainsi que leurs ayants droit, pour l'ensemble des soins reçus sur le territoire français. Ces dispositions ne sont

pas applicables aux travailleurs frontaliers, ainsi qu'à leurs ayants droit, affiliés au régime général à la date d'entrée en vigueur de la loi n°... de financement de la sécurité sociale pour 2012. Les travailleurs ayant formulé une telle demande peuvent ultérieurement y renoncer à tout moment, pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit indistinctement, et sont, à partir de la date de cette renonciation, affiliés au régime général en application des dispositions du I. »

Amendement n° AS 55 présenté par Mme Cécile Dumoulin

Après l'article 58

Insérer l'article suivant :

Le Gouvernement est saisi par le Parlement d'une demande de rapport sur l'extension du bénéfice de la prime à l'installation aux assistants maternels exerçant en maison d'assistants maternels lorsque ceux-ci décident de se regrouper afin d'exercer leur profession dans un local ne bénéficiant d'aucune installation prévue à cet effet. Le rapport pourra étudier les mesures d'accompagnement pour favoriser l'installation de ces maisons d'assistants maternels.

Amendement n° AS 56 présenté par Mme Anny Poursinoff

Article 10

À la fin de l'alinéa 2, substituer au taux : « 8 % », le taux : « 20 % ».

Amendement n° AS 57 présenté par Mme Anny Poursinoff

Après l'article 58

Insérer l'article suivant :

Le Gouvernement présente au Parlement, avant le 31 décembre 2011, un rapport établissant un bilan précis des structures publiques et privées non lucratives existantes en matière d'accueil de la petite enfance, corrélé aux besoins de financement à l'échelle de l'ensemble du territoire pour permettre la mise en place d'un véritable service public de la petite enfance.

Amendement n° AS 58 présenté par Mme Anny Poursinoff

Après l'article 17

Insérer l'article suivant :

Au 3° du I de l'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale, après le mot : « publicitaires », la fin de la phrase est supprimée.

Amendement n° AS 59 présenté par Mme Anny Poursinoff

Article 18

À l'alinéa 2, substituer au taux : « 1,6 % », le taux : « 3 % ».

Amendement n° AS 60 présenté par Mme Anny Poursinoff

Article 18

À l'alinéa 2, substituer au taux : « 1,6 % », le taux : « 2 % ».

Amendement n° AS 61 présenté par Mme Anny Poursinoff

Article 28

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 62 présenté par Mme Anny Poursinoff

Article 33

Après les mots : « dont le barème est fixé par décret », supprimer la fin de l'alinéa 7.

Amendement n° AS 63 présenté par Mme Anny Poursinoff

Article 34

À l'alinéa 4, après le mot : « santé », insérer les mots : « ainsi que l'accord national visé à l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale ».

Amendement n° AS 64 présenté par Mme Anny Poursinoff

Article 35

À la première phrase de l'alinéa 2, après le mot : « patients », insérer les mots : « , de leur satisfaction et de celle des soignants à l'égard de leur travail ».

Amendement n° AS 65 présenté par Mme Anny Poursinoff

Article 35

À la première phrase de l'alinéa 2, substituer au mot : « performance », le mot : « qualité ».

Amendement n° AS 66 présenté par Mme Anny Poursinoff

Article 36

À l'alinéa 5, après le mot : « structures », insérer les mots : « publiques ou privées à but non lucratif ».

Amendement n° AS 67 présenté par Mme Anny Poursinoff

Article 36

À l'alinéa 7, après les mots : « santé, », insérer les mots : « à des services et ».

Amendement n° AS 68 présenté par Mme Anny Poursinoff

Article 49

Compléter l'alinéa 3 par la phrase suivante :

« Ces coûts sont compensés par la création d'une taxe additionnelle sur les recettes publicitaires du sport professionnel selon des modalités de calcul définies par décret. »

Amendement n° AS 69 présenté par Mme Anny Poursinoff

Article 52

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 70 présenté par M. Dominique Tian

Article 7

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« Le Gouvernement remet au Parlement un rapport visant à expliquer les raisons de l'importance de la dotation de gestion allouée aux agences régionales de santé. »

Amendement n° AS 71 présenté par M. Dominique Tian

Article 10

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 72 présenté par M. Dominique Tian

Article 10

À l'alinéa 2, substituer au taux : « 8 % », le taux : « 7 % ».

Amendement n° AS 73 présenté par M. Dominique Tian

Article 10

I. – Après l'alinéa 3, insérer les deux alinéas suivants :

« 3° Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ce taux est fixé à 6 % pour les abondements de l'employeur aux plans d'épargne d'entreprise, aux plans d'épargne interentreprises ou aux plans d'épargne pour la retraite collectif visés au 2° du II à l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale. »

Amendement n° AS 74 présenté par M. Dominique Tian

Après l'article 10

Insérer l'article suivant :

I. – L'article L. 242-1-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les deux premiers alinéas sont ainsi rédigés :

« Toute somme ou avantage alloué à un salarié par une personne n'ayant pas la qualité d'employeur en contrepartie d'une activité accomplie dans l'intérêt de ladite personne est assujettie aux cotisations de sécurité sociale et aux contributions mentionnées aux articles L. 136-1, L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles et 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

« Dans les cas où le salarié concerné exerce une activité commerciale 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 au titre de cette activité, cette personne tierce verse à l'organisme de recouvrement dont elle dépend une contribution libératoire 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 cotisations et les contributions d'origine légale ou conventionnelle rendues obligatoires par la loi ne sont pas dues sur ces rémunérations. Ces dispositions ne s'appliquent que lorsque les rémunérations versées pour un an n'excèdent pas la valeur du salaire minimum interprofessionnel de croissance calculée pour un mois. »

2° Le septième alinéa est ainsi rédigé :

« Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale détermine les règles selon lesquelles les sommes recouvrées au titre de la contribution libératoire mentionnée au deuxième alinéa sont réparties entre les branches de la sécurité sociale, les organismes concourant à leur financement et les organismes qui financent et gèrent des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. »

II. – Les pertes éventuelles de recettes pour les régimes et organismes de sécurité sociale résultant du I sont compensées à due concurrence par le produit d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts créée à cet effet.

Amendement n° AS 75 présenté par M. Dominique Tian

Article 15

À l'alinéa 7, substituer aux mots : « 1^{er} octobre 2011 », les mots : « 1^{er} janvier 2012 ».

Amendement n° AS 76 présenté par M. Dominique Tian

Article 16

1° Supprimer l'alinéa 10.

2° Substituer à l'alinéa 12, les deux alinéas suivants :

« Ce relèvement ne peut excéder 1,75 %.

« Par exception, pour les années 2012, 2013 et 2014, le relèvement est fixé à 4,5 % . »

3° Supprimer l’alinéa 18.

4° Substituer aux alinéas 20 à 24, les deux alinéas suivants :

« Après la deuxième phrase du second alinéa sont insérées les dispositions suivantes :

« Ce relèvement ne peut excéder 1,75 % . »

Amendement n° AS 77 présenté par M. Dominique Tian

Après l’article 16

Insérer l’article suivant :

Avant le 1^{er} mars 2012, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les orientations d’une refonte globale de la fiscalité sur les boissons alcoolisées.

Amendement n° AS 78 présenté par M. Dominique Tian

Article 31

Rédiger ainsi le début de l’alinéa 7 :

« Art. L. 139-5. – Le Gouvernement transmet chaque année au Parlement les résultats d’un (... le reste sans changement). »

Amendement n° AS 79 présenté par M. Dominique Tian

Après l’article 35

Insérer l’article suivant :

L’article 70 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« IV. – À compter du 1^{er} mars 2013, les activités mentionnées au 5° de l’article R. 6122-25 du code de la santé publique exercées par les établissements mentionnés à l’article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale sont financées sur la base de tarifs de prestations nationaux identiques pour les établissements de santé mentionnés respectivement aux *a*, *b* et *c* de l’article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et aux *d* et *e* du même article.

« À compter de cette même date, un objectif des dépenses d’assurance maladie commun aux activités mentionnées au 5° de l’article R. 6122-25 du code de la santé publique est défini chaque année.

« Dans cette perspective, et d’ici au 1^{er} mars 2013, il est procédé à une évaluation de la part des financements attribués aux établissements de santé mentionnés respectivement aux *a*, *b* et *c* de l’article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et aux *d* et *e* du même article au regard des missions assumées et des patients pris en charge. Cette évaluation fait l’objet d’un rapport remis au Parlement le 1^{er} octobre 2012. »

Amendement n° AS 80 présenté par M. Dominique Tian

Après l'article 33

Insérer l'article suivant :

Au II de l'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale, après les mots : « un suivi périodique des dépenses de médicaments » sont insérés les mots : « et des dispositifs médicaux ».

Amendement n° AS 81 présenté par M. Dominique Tian

Après l'article 35

Insérer l'article suivant :

Le II de l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« 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 82 présenté par M. Dominique Tian

Après l'article 35

Insérer l'article suivant :

Le I de l'article 77 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 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^{er} janvier 2012. »

Amendement n° AS 85 présenté par M. Dominique Tian

Après l'article 34

Insérer l'article suivant :

L'article L. 111-11 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Il comprend une évaluation spécifique de la rémunération sur objectifs de santé publique des professionnels de santé. »

Amendement n° AS 86 présenté par M. Dominique Tian

Article 35

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 87 présenté par M. Dominique Tian

Article 35

À l'alinéa 2, substituer au mot : « ils », les mots : « Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements de santé publique ».

Amendement n° AS 88 présenté par M. Dominique Tian

Article 35

Rédiger ainsi la première phrase de l'alinéa 2 :

« Ils fixent des objectifs établis à partir d'indicateurs de performance relatifs à la sécurité et à la qualité de la prise en charge des patients et à l'optimisation de la gestion administrative et financière dont la liste et les caractéristiques sont arrêtées par décret. »

Amendement n° AS 89 présenté par M. Dominique Tian

Article 35

À l'alinéa 2, après les mots : « par décret », insérer les mots : « , après avis conforme de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux telle que mentionnée à l'article L. 6113-10 du code de la santé publique. »

Amendement n° AS 90 présenté par M. Dominique Tian

Article 35

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« Les agences régionales de santé publient chaque année un classement des établissements ayant obtenu les meilleurs résultats selon ses indicateurs de performance. »

Amendement n° AS 91 présenté par M. Dominique Tian

Article 35

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« À titre expérimental, pour une durée de deux ans à compter de la publication de la présente loi, il peut décider d'une modulation à la hausse ou à la baisse des dotations de financement mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale. »

Amendement n° AS 92 présenté par M. Dominique Tian

Article 35

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« Les établissements de santé définissent l'organisation et la gestion interne qu'ils estiment la plus pertinente pour atteindre ces objectifs. »

Amendement n° AS 93 présenté par M. Dominique Tian

Après l'article 35

Insérer l'article suivant :

Après le deuxième alinéa de l'article L. 6114-3 du code de la santé publique, sont insérés cinq alinéas ainsi rédigés :

« Ces contrats définissent des priorités visant à améliorer l'organisation et la gestion de l'établissement. À ce titre, ils fixent des objectifs chiffrés et un calendrier dans les domaines suivants :

- « 1° la gestion des capacités d'accueil de l'établissement ;
- « 2° l'optimisation de la politique d'achats ;
- « 3° la mutualisation ou l'externalisation de certaines fonctions techniques ou supports ;
- « 4° les circuits de facturation-recouvrement. »

Amendement n° AS 94 présenté par M. Dominique Tian

Après l'article 35

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 complété par un alinéa ainsi rédigé :

« À compter de 2012, au moins 20 % des tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale font l'objet, chaque année, de la convergence mentionnée au premier alinéa ; elle est complète pour au moins la moitié d'entre eux. »

Amendement n° AS 95 présenté par M. Dominique Tian

Après l'article 35

Insérer l'article suivant :

Le 2° de l'article L. 1431-2 du code de la santé publique est complété par un *j* ainsi rédigé :

« *j*) Elles coordonnent la mise en œuvre de la composition de l'offre hospitalière sur leur territoire conformément aux objectifs définis au 3° de l'article L. 6131-1 du même code ; à ce titre, elles définissent des objectifs chiffrés et un calendrier de cette adaptation de l'offre, en favorisant les coopérations et les regroupements de services ou d'établissements. »

Amendement n° AS 96 présenté par M. Dominique Tian

Article 36

Après l'alinéa 12, insérer l'alinéa suivant :

« 8° L'amélioration des parcours de soins des patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques par des actions visant à assurer un juste recours à l'hospitalisation en organisant une continuité de prise en charge entre les professionnels, les établissements et structures sanitaires ou médico-sociales ».

Amendement n° AS 97 présenté par M. Dominique Tian

Article 36

À l'alinéa 17, supprimer les mots : « Le cas échéant ».

Amendement n° AS 98 présenté par M. Dominique Tian

Article 36

Après l'alinéa 18, insérer l'alinéa suivant :

« La clé de répartition entre les différents contributeurs est définie par décret. »

Amendement n° AS 99 présenté par M. Dominique Tian

Article 36

Après l'alinéa 21, insérer l'alinéa suivant :

« 3° Les ressources du fonds sont centralisées sur le compte bancaire de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. »

Amendement n° AS 100 présenté par M. Dominique Tian

Article 36

Rédiger ainsi l'alinéa 25 :

« Les crédits sont alloués, au titre des 2°, 3°, 4°, 6° et 8° de l'article L. 1435-8 dans le cadre d'un appel à projets sur la base d'un cahier des charges établi par le directeur général de l'agence régionale de santé. Une convention est signée entre l'agence régionale de santé et le bénéficiaire. »

Amendement n° AS 101 présenté par M. Dominique Tian

Article 37

À l'alinéa 2, substituer au mot : « modulation », le mot : « majoration ».

Amendement n° AS 102 présenté par M. Dominique Tian

Article 37

I. – À l'alinéa 2, après les mots : « par les dispositions du 1° de cet article », insérer les mots : « et aux règles strictes de calcul du montant des éléments de tarification afférents aux soins mentionnés au 1° de l'article L. 314-9 du même code ».

II. – Les pertes éventuelles de recettes pour les régimes et organismes de sécurité sociale résultant du I sont compensées à due concurrence par le produit d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts créée à cet effet.

Amendement n° AS 104 présenté par M. Dominique Tian

Après l'article 37

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 314-9-1 du code de la sécurité sociale et des familles, il est inséré un article L. 314-9-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 314-9-1.* – Au plus tard le 1^{er} janvier 2014, les montants des éléments de tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés au 6° et au 7° du I de l'article L. 312-1 sont modulés selon les besoins en soins requis de la personne prise en charge ainsi que son état évalué au moyen de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2.

« Les montants des éléments de tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés au 6° et au 7° du I de l'article L. 312-1 tiennent compte des caractéristiques des services et des prestations servies, ainsi que des sujétions financières spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle les coûts de fonctionnement desdits services.

« L'évaluation des besoins en soins requis des personnes accueillies est réalisée par l'infirmier coordonnateur du service, sur la base d'une grille nationale arrêtée par les ministres chargés de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, après avis du Conseil national de l'organisation sanitaire et sociale, du Conseil national consultatif des personnes handicapées, du Comité national des retraités et personnes âgées et du conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

« Le recueil des besoins en soins mentionnés aux alinéas précédents est réalisé selon une périodicité et dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

« Les modalités de fixation de la tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés au 6° et au 7° du I de l'article L. 312-1 qui intègrent les éléments de modulation précisés aux deux premiers alinéas sont déterminées par un décret en Conseil d'État. Ce décret précise notamment les différentes dépenses médico-sociales prises en compte pour cette catégorie de services, sur la base des résultats d'une étude nationale relative à l'analyse des différents coûts menée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, dans le cadre de ses missions fixées au 11° du I de l'article L. 14-10-1. »

Amendement n° AS 105 présenté par MM. Dominique Tian, Jean-Pierre Door et Élie Aboud

Après l'article 63

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 114-22 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 114-23 ainsi rédigé :

« *Art. L. 114-23.* – Les personnes qui bénéficient de revenus provenant directement ou indirectement de la commission d'un crime ou d'un délit sont exclues du bénéfice des prestations sociales et droits sociaux octroyés sous la condition du respect d'un plafond de ressources, en raison du caractère incontrôlable desdits revenus.

« Les organismes de protection sociale sont informés de ces situations en application des dispositions légales en vigueur et notamment des articles L. 114-16 et L. 114-16-1 à L. 114-16-3 du code de la sécurité sociale.

« En cas de revenus provenant directement ou indirectement de la commission d'un crime :

« – les organismes de protection sociale procèdent au recouvrement des sommes versées au titre des prestations et droits visés au premier alinéa durant les cinq années précédant le signalement prévu au deuxième alinéa ;

« – les personnes concernées sont par ailleurs exclues pour l’avenir du bénéfice des prestations sociales et droits sociaux octroyés sous la condition du respect d’un plafond de ressources pour une durée de trois années à compter du signalement fait à l’organisme.

« En cas de revenus provenant directement ou indirectement de la commission d’un délit :

« – les organismes de protection sociale procèdent au recouvrement des sommes versées au titre des prestations et droits visés au premier alinéa durant les deux années précédant le signalement prévu au deuxième alinéa ;

« – les personnes concernées sont par ailleurs exclues pour l’avenir du bénéfice des prestations sociales et droits sociaux octroyés sous la condition du respect d’un plafond de ressources pour une durée d’une année à compter du signalement fait à l’organisme. »

Amendement n° AS 106 présenté par MM. Dominique Tian, Pierre Morange et Élie Aboud

Après l’article 63

Insérer l’article suivant :

Après l’article L. 114-22 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 114-24 ainsi rédigé :

« *Art. L. 114-24.* – En cas de suspicion de fraude, les organismes de protection sociale peuvent suspendre de manière conservatoire le paiement des prestations concernées.

« Cette suspension ne peut intervenir que dans un délai de trente jours après l’envoi d’une lettre recommandée avec accusé de réception indiquant à la personne concernée les motifs de la suspension envisagée ; cette dernière peut présenter dans ce délai ses observations au directeur de l’organisme de protection sociale.

« Dans le cas où la fraude n’est pas avérée, l’organisme de protection sociale procède au remboursement des sommes non versées, majoré des intérêts au taux légal. »

Amendement n° AS 107 présenté par MM. Dominique Tian, Pierre Morange et Élie Aboud

Après l’article 63

Insérer l’article suivant :

Après l’article L. 114-22 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 114-23 ainsi rédigé :

« *Art. L. 114-23.* – Lorsqu’il est constaté qu’une personne effectue ou a effectué un travail dissimulé au sens du titre II du livre II de la huitième partie du code du travail, cette personne est réputée, à défaut de preuve contraire, avoir perçu des rémunérations évaluées au montant déterminé par l’article L. 242-1-2 du présent code. Ces rémunérations sont réputées avoir été versées mensuellement sur les six mois précédant la date de la constatation de la situation de travail dissimulé.

« Sur la base des informations contenues dans les procès-verbaux de travail dissimulé qui leur sont transmis et dans le cadre de leurs procédures respectives, les organismes de protection sociale constatent les situations éventuelles de fraude qui résultent de ces rémunérations provenant du travail dissimulé, réévaluent les droits des personnes en cause et procèdent au recouvrement des sommes indûment versées. »

Amendement n° AS 108 présenté par MM. Dominique Tian, Jean-Pierre Door et Élie Aboud

Après l'article 63

Insérer l'article suivant :

Le septième alinéa de l'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , l'ensemble des montants déterminant le niveau des prestations et ceux des prestations versées ».

Amendement n° AS 109 présenté par MM. Dominique Tian, Jean-Pierre Door, Pierre Morange, Élie Aboud et Mme Valérie Boyer

Après l'article 63

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 114-12-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 114-12-2.* – L'obtention frauduleuse, notamment à l'aide de faux documents ou de fausses déclarations, d'un numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques entraîne la déchéance du droit à l'ensemble des prestations qui ont été versées par les organismes de protection sociale, sans préjudice des poursuites pénales.

« Le service gérant le répertoire mentionné à l'article L. 114-12-1 est immédiatement informé par l'autorité, le service ou l'organisme qui a découvert la fraude, qui peut aussi en informer directement les organismes de protection sociale concernés.

« Le service gérant le répertoire mentionné à l'alinéa précédent transmet immédiatement cette information aux directeurs des organismes de sécurité sociale et aux agents comptables auprès desquels la personne concernée est inscrite.

« La même information est transmise au service gérant les numéros d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques afin que celui-ci procède à l'annulation du numéro frauduleusement obtenu. »

Amendement n° AS 110 présenté par MM. Dominique Tian, Jean-Pierre Door, Pierre Morange, Élie Aboud et Mme Valérie Boyer

Après l'article 63

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 dissimulé 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 flagrante 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 responsable de l'entreprise.

« 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 par voie d'huissier. »

Amendement n° AS 111 présenté par MM. Dominique Tian, Jean-Pierre Door, Pierre Morange, Élie Aboud, Mmes Valérie Boyer et Bérangère Poletti

Après l'article 63

Insérer l'article suivant :

Le dernier alinéa de l'article L. 262-9 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Est considérée comme isolée une personne veuve, divorcée, séparée ou célibataire, qui ne met pas en commun avec des tiers ses ressources et ses charges. »

Amendement n° AS 114 présenté par MM. Dominique Tian, Jean-Pierre Door, Pierre Morange, Élie Aboud et Mme Valérie Boyer

Après l'article 63

Insérer l'article suivant :

Après l'article 29 de la section 2 du chapitre IV de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, il est inséré un article 29-1 ainsi rédigé :

« *Art. 29-1.* – Par dérogation aux articles 25 à 29, les traitements de données à caractère personnel mis en œuvre pour le compte de l'État, d'une personne morale de droit public ou d'une personne morale de droit privé gérant un service public et ayant pour objet la lutte contre la fraude aux finances publiques et sociales relèvent de la section 1 du présent chapitre. »

Amendement n° AS 115 présenté par MM. Dominique Tian, Jean-Pierre Door, Pierre Morange, Élie Aboud et Mme Valérie Boyer

Après l'article 63

Insérer l'article suivant :

L'article L. 333-1 du code de la consommation est complété par un 3° ainsi rédigé :

« 3° Les dettes ayant pour origine des manoeuvres frauduleuses commises au préjudice des organismes de protection sociale énumérés à l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale et à celui des collectivités territoriales gestionnaires des prestations d'aide sociale.

« L'origine frauduleuse de la dette est établie soit par décision de justice, soit par les organismes et collectivités visées ci-dessus, dans le cadre des dispositions qui leur sont applicables en matière de lutte contre la fraude. »

Amendement n° AS 117 présenté par Mme Valérie Boyer, M. Dominique Tian et Mme Bérengère Poletti

Après l'article 16

Insérer l'article suivant :

I. – Après l'article 1609 *quatertricies* du code général des impôts, il est inséré un article 1609 *quinquiestricies* ainsi rédigé :

« Art. 1609 *quinquiestricies*. – Il est créé une taxe exceptionnelle assise sur le produit brut des jeux, due par les exploitants des jeux de casinos et des cercles de jeux, ainsi que des exploitants de jeux en ligne, appelée « Taxe de solidarité pour l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées ».

« Le taux de cette taxe est fixé à 1 %, à compter du 1^{er} janvier 2012.

« Les abattements prévus par le code général des impôts pour tenir compte des charges d'exploitation des casinos, des manifestations artistiques et des frais d'entretien des hôtels et établissements thermaux appartenant aux casinos sont applicables à la présente taxe.

« Cette taxe est établie sur une déclaration mensuelle, dont le modèle est fixé par l'administration et qui est déposée accompagnée du paiement dans les délais fixés en matière de taxes sur le chiffre d'affaires.

« La taxe mentionnée au premier alinéa est constatée, recouvrée et contrôlée selon les mêmes procédures et sous les mêmes sanctions, garanties, sûretés et privilèges que la taxe sur la valeur ajoutée. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées selon les règles applicables à cette même taxe. »

II. – L'article L.14-10-4 du code de l'action sociale et des familles est complété par un 6° ainsi rédigé :

« Le produit de la taxe de solidarité pour l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées, qui est affecté à la section consacrée au financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux, telle que définie au I de l'article L. 14-10-5. »

III. – Après le huitième alinéa de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« En complément des dispositions prévues au 1 et au 2 du I du présent article, le Conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie répartit le produit de la taxe de solidarité pour l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées entre les deux sous-sections, sur proposition du directeur. »

Amendement n° AS 119 présenté par Mme Valérie Boyer et M. Dominique Tian

Article 35

Compléter cet article par les 2 alinéas suivants :

« La liste de ces indicateurs est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis des fédérations hospitalières représentatives, publiques et privées, et déterminés à partir des indicateurs élaborés conjointement et rendus publics par la Haute Autorité de santé et l'Agence nationale d'amélioration de la performance.

« Les modalités générales de modulation des dotations de financement sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis des fédérations hospitalières représentatives, publiques et privées. »

Amendement n° AS 120 présenté par Mme Valérie Boyer et M. Dominique Tian

Après l'article 37

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 121 présenté par Mme Valérie Boyer et M. Dominique Tian

Après l'article 37

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 géographiques, s'appliquant aux tarifs plafonds, adaptés aux écarts de charges financières qui doivent être assumées par les établissements implantés dans certaines zones afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines charges immobilières et de prestations dans la zone considérée. »

Amendement n° AS 122 présenté par Mme Valérie Boyer et M. Dominique Tian

Après l'article 34

Insérer l'article suivant :

Après le 18° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 19° ainsi rédigé :

« 19° Pour les frais de transport liés aux soins ou traitements dans les centres mentionnés au 3° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'annexe 32 du décret n° 63-146 du 18 février 1963 complétant le décret n° 56-284 du 9 mars 1956 qui a fixé les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux, pris en charge dans les conditions prévues au 2° de l'article L. 321-1 et à l'article L. 322-5 du présent code. »

Amendement n° AS 123 présenté par Mme Valérie Boyer et M. Dominique Tian

Après l'article 37

Insérer l'article suivant :

L'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est complété par 4 alinéas ainsi rédigés :

« À compter du 1^{er} janvier 2012 et pour une période ne pouvant pas excéder cinq ans, le directeur de l'agence régionale de santé peut être autorisé, le cas échéant conjointement avec les présidents de conseils généraux, à mener des expérimentations de dérogations tarifaires à l'échelle d'un territoire de santé en accord avec les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux présents sur ce territoire, dans l'objectif de décloisonner les parcours de soins et de fluidifier l'accompagnement des assurés sociaux.

« Les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État qui définit notamment les thèmes des expérimentations, les modalités des dérogations tarifaires, les modalités de l'appel à projet, le contenu des cahiers des charges ainsi que les mesures d'impact.

« La Haute Autorité de santé définit les éléments substantiels des cahiers des charges, en concertation avec des représentants des professionnels de santé, des représentants des usagers, l'ensemble des financeurs concernés et les fédérations d'établissements. La Haute Autorité de santé s'appuie autant que de besoin sur l'expertise de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et celle de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Une mission parlementaire sera en charge du suivi de la mesure.

« Une évaluation annuelle des expérimentations autorisées est réalisée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et transmise au Parlement. »

Amendement n° AS 125 présenté par Mme Valérie Boyer et M. Dominique Tian

Après l'article 35

Insérer l'article suivant :

I. – Au I de l'article 77 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, les mots : « cinq ans » sont remplacés par les mots : « huit ans ».

II. – Le taux d'évolution de la dotation annuelle de financement des établissements de santé publics ou privés autorisés en soins de suite et de réadaptation, et relevant de l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale pour leur financement, est fixé pour l'année 2012 par un arrêté du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale.

Amendement n° AS 128 présenté par Mme Valérie Boyer et M. Dominique Tian

Après l'article 35

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré 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'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 129 présenté par Mme Valérie Boyer et M. Dominique Tian

Article 36

Après l'alinéa 12, insérer l'alinéa suivant :

« 8° Les programmes d'éducation thérapeutique autorisés ».

Amendement n° AS 131 présenté par Mme Valérie Boyer et M. Dominique Tian

Après l'article 35

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 133 présenté par Mme Valérie Boyer et M. Dominique Tian

Après l'article 35

Insérer l'article suivant :

La deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée :

« Le directeur général de l'agence prononce la sanction après avis d'une commission de contrôle présidée par un magistrat et composée à parité de représentants de l'agence et de représentants des organismes d'assurance-maladie et du contrôle médical, d'une part, et de représentants des fédérations hospitalières représentatives publiques ou privées, d'autre part. »

Amendement n° AS 135 présenté par Mme Valérie Boyer et M. Dominique Tian

Après l'article 51

Insérer l'article suivant :

I. – L'article L. 643-1-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les mots : « à l'article » sont remplacés par les mots « aux articles » ;

2° Après la référence : « L. 351-4 » sont insérés les mots : « et L. 351-4-1 ».

Amendement n° AS 137 présenté par Mme Valérie Boyer

Article 16

I. – Substituer aux alinéas 4 à 8 les 2 alinéas suivants :

« 2° Après la deuxième phrase du dernier alinéa de l'article 402 *bis*, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Ce relèvement ne peut excéder 1,75 %. » ;

II. – Substituer aux alinéas 9 à 12 les 2 alinéas suivants :

3° Après la deuxième phrase du II de l'article 403, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Ce relèvement ne peut excéder 1,75 %. » ;

III. – Substituer aux alinéas 18 à 26 les 18 alinéas suivants :

1°A Au premier alinéa de l'article L. 245-7, les mots : « une cotisation perçue » sont remplacés par les mots : « deux cotisations perçues » ;

1° L'article L. 245-8 est ainsi modifié :

« a) Au début du premier alinéa, il est inséré un « I » ;

« b) Au premier alinéa, les mots : « La cotisation » sont remplacés par les mots : « La première cotisation » ;

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

« II. – La seconde cotisation est due à raison de l'importation ou la livraison aux consommateurs de boissons d'une teneur en alcool supérieure à 1,2 % vol. »

d) Au début du deuxième alinéa, il est inséré un « III » ;

e) Au deuxième alinéa, les mots : « La cotisation est acquittée » sont remplacés par les mots : « Les cotisations sont acquittées » et les mots : « de la cotisation » sont remplacés par les mots : « des cotisations » ;

2° L'article L. 245-9 est ainsi modifié :

a) Au début du premier alinéa, il est inséré un « I » ;

b) Au premier alinéa, les mots : « la cotisation » sont remplacés par les mots : « la première cotisation » ;

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

« II. – Le montant de la seconde cotisation est fixé à 70 euros par hectolitre d'alcool pur » ;

d) Au début du deuxième alinéa, il est inséré un « III » ;

e) Au deuxième alinéa, les mots : « la cotisation » sont remplacés par les mots : « des cotisations » et après la deuxième phrase est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Ce relèvement ne peut excéder 1,75 % . » ;

3° À l'article L. 245-10, les mots : « La cotisation est assise, contrôlée et recouvrée » sont remplacés par les mots : « Les cotisations sont assises, contrôlées et recouvrées » et la dernière phrase est remplacée par une phrase ainsi rédigée : « Les frais relatifs au recouvrement et à la gestion des cotisations sont fixées par arrêté et s'imputent sur celles-ci » ;

4° À l'article L. 245-11, les mots : « La cotisation n'est pas déductible » sont remplacés par les mots : « Les cotisations ne sont pas déductibles ».

Amendement n° AS 139 présenté par Mme Valérie Rosso-Debord et M. Philippe Vitel

Avant l'article 10

Insérer l'article suivant :

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

« Section 12

« Prélèvement sur les mutuelles et unions relevant du livre II du code de la mutualité au titre de leurs opérations afférentes aux garanties de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé souscrites au bénéfice de personnes physiques résidentes en France

« *Art. L. 137-27.* – Il est institué au profit de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés un prélèvement sur les mutuelles et unions relevant du livre II du code de la mutualité au titre de leurs opérations 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.

« Ce prélèvement est assis sur les actifs autres que ceux mentionnés aux 1° à 3° de l'article L. 212-2 du code de la mutualité lorsque la valeur de ces actifs rapportée à celle des engagements réglementés excède 3,5.

« Le taux de ce prélèvement est fixé à 10 % et, si le rapport défini à l'alinéa précédent excède 6, à 20 %.

« Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article, notamment les conditions dans lesquelles, au titre d'un exercice, le taux du prélèvement peut être modulé à due concurrence pour les mutuelles ou unions dont le tarif des cotisations a diminué par rapport à l'exercice précédent. »

Amendement n° AS 140 présenté par MM. Bernard Perrut, Michel Heinrich, Mme Véronique Besse, M. Vincent Descoeur, Mme Gabrielle Louis-Carabin, MM. Jean-Marie Rolland et Dominique Tian

Article 13

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 141 présenté par M. Jacques Domergue

Après l'article 16

Insérer l'article suivant :

Il est institué une taxe 0,2 % sur les mises des jeux d'argent et de hasard.

Amendement n° AS 142 présenté par M. Jacques Domergue

Après l'article 16

Insérer l'article suivant :

Il est institué une taxe 0,5 % sur les gains des jeux d'argent et de hasard.

Amendement n° AS 143 présenté par M. Guy Lefrand, Mme Valérie Boyer, MM. Guy Malherbe et Jacques Domergue

Article 16

I. – Substituer aux alinéas 4 à 8 les 2 alinéas suivants :

« 2° Après la deuxième phrase du dernier alinéa de l'article 402 *bis*, il est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Ce relèvement ne peut excéder 1,75 %. » ;

II. – Substituer aux alinéas 9 à 12 les 2 alinéas suivants :

3° Après la deuxième phrase du II de l'article 403, il est inséré une phrase ainsi rédigée:

« Ce relèvement ne peut excéder 1,75 %. » ;

III. – Substituer aux alinéas 18 à 26 les 18 alinéas suivants :

« 1°A Au premier alinéa de l'article L. 245-7, les mots : « une cotisation perçue » sont remplacés par les mots : « deux cotisations perçues » ;

« 1° L'article L. 245-8 est ainsi modifié :

« a) Au début du premier alinéa, il est inséré un « I » ;

« b) Au premier alinéa, les mots : « La cotisation » sont remplacés par les mots : « La première cotisation » ;

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

« II. – La seconde cotisation est due à raison de l'importation ou la livraison aux consommateurs de boissons d'une teneur en alcool supérieure à 1,2 % vol. » ;

d) Au début du deuxième alinéa, il est inséré un « III » ;

e) Au deuxième alinéa, les mots : « La cotisation est acquittée » sont remplacés par les mots : « Les cotisations sont acquittées » et les mots « de la cotisation » par les mots : « des cotisations ».

2° L'article L. 245-9 est ainsi modifié :

« a) Au début du premier alinéa, il est inséré un « I » ;

« b) Au premier alinéa, les mots : « la cotisation » sont remplacés par les mots : « la première cotisation » ;

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

« II. – Le montant de la seconde cotisation est fixé à 70 euros par hectolitre d'alcool pur ».

« d) Au début du deuxième alinéa, il est inséré un « III » ;

« e) Au deuxième alinéa, les mots : « la cotisation » sont remplacés par les mots : « des cotisations » et après la deuxième phrase est insérée la phrase suivante :

« Ce relèvement ne peut excéder 1,75 % . ».

3° À l'article L. 245-10, les mots : « La cotisation est assise, contrôlée et recouvrée » sont remplacées par les mots : « Les cotisations sont assises, contrôlées et recouvrées » et la dernière phrase est remplacée par une phrase ainsi rédigée : « Les frais relatifs au recouvrement et à la gestion des cotisations sont fixées par arrêté et s'imputent sur celles-ci ».

4° À l'article L. 245-11, les mots : « La cotisation n'est pas déductible » sont remplacés par les mots : « Les cotisations ne sont pas déductibles ».

Amendement n° AS 144 présenté par M. Guy Lefrand, Mme Valérie Boyer, M. Guy Malherbe, Mme Cécile Dumoulin et M. Jacques Domergue

Après l'article 16

Avant juin 2012, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les moyens mis en œuvre pour lutter contre la consommation excessive des boissons alcoolisées et les adaptations pouvant être élaborées, notamment concernant une refonte globale de la fiscalité sur les boissons alcoolisées.

Amendement n° AS 145 présenté par M. Arnaud Robinet et Mme Bérengère Poletti

Article 15

Après l'alinéa 3, insérer l'alinéa suivant :

« Les véhicules spécialement équipés pour fonctionner au moyen du superéthanol E85 mentionné au tableau B du 1 de l'article 265 du code des douanes bénéficient d'un abattement de 40 % sur les taux d'émissions de dioxyde de carbone, au sens de la directive 2007/46/CE, du 5 septembre 2007, précitée, figurant dans le tableau mentionné au a. Cet abattement ne s'applique pas aux véhicules dont les émissions de dioxyde de carbone sont supérieures à 250 grammes par kilomètre. »

Amendement n° AS 146 présenté par M. Arnaud Robinet

Article 16

I. – Substituer aux alinéas 4 à 8 les 2 alinéas suivants :

« 2° Après la deuxième phrase du dernier alinéa de l'article 402 *bis*, il est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Ce relèvement ne peut excéder 1,75 %. »

II. – Substituer aux alinéas 9 à 14 les 2 alinéas suivants :

« 3° Après la deuxième phrase du II de l'article 403, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Ce relèvement ne peut excéder 1,75 %. »

III. – Substituer aux alinéas 18 à 26 les 15 alinéas suivants :

« 1° L'article L. 245-8 est ainsi rédigé :

« a) À l'alinéa 1, il est inséré un « I » au début de l'alinéa et les mots « La cotisation » sont remplacés par les mots : « La première cotisation » ;

« b) Après l'alinéa 1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« II. – La seconde cotisation est due à raison de l'importation ou la livraison aux consommateurs de boissons d'une teneur en alcool supérieure à 1,2 % vol à l'exception des vins et cidres tels que définis à l'article 435 du code général des impôts ».

« c) Au début du deuxième alinéa, il est inséré un « III » ;

« 2° L'article L. 245-9 est ainsi rédigé :

« a) Au début de l'alinéa 1, il est inséré un « I » et les mots « la cotisation » sont remplacés par les mots : « la première cotisation » ;

« b) Après le premier alinéa sont insérées les alinéas suivants :

« II. – Le montant de la seconde cotisation est fixé à 107 € par hectolitre d'alcool pur ».

« c) Au début du deuxième alinéa, il est inséré un « III » ;

« d) Au second alinéa, les mots « Le tarif de la cotisation » sont remplacés par les mots : « le tarif des cotisations ».

« 3° À l'article L. 245-10, les mots : « La cotisation est assise, contrôlée et recouvrée » sont remplacées par les mots : « Les cotisations sont assises, contrôlées et recouvrées » et la dernière phrase est remplacée par une phrase ainsi rédigée « Les frais relatifs au recouvrement et à la gestion des cotisations sont fixées par arrêté et s'imputent sur celles-ci ».

« 4° À l'article L. 245-11, les mots « La cotisation n'est pas déductible » sont remplacés par les mots : « Les cotisations ne sont pas déductibles ».

Amendement n° AS 147 présenté par M. Jean-Luc Prél et les commissaires du groupe Nouveau Centre

Article 16

I. – Après l'alinéa 1^{er}, insérer les quatre alinéas suivants :

« 1° A a) Le g du II de l'article 302 D *bis* est complété par les mots : « et, dans la limite d'un contingent annuel fixé par l'administration, l'alcool pur acquis par les pharmaciens d'officine ; » ;

« b) Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, ces dispositions sont applicables à partir du 12 mai 2011 ;

« c) Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, l'alcool pur acquis par les pharmaciens d'officine entre le 31 mars 2002 et le 12 mai 2011 est exonéré des droits mentionnés aux articles 302 B et suivants du code général des impôts. »

II. – Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« III. – La perte de recettes est compensée à due concurrence par la majoration des droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts. »

Amendement n° AS 148 présenté par M. Jean-Luc Prél et les commissaires du groupe Nouveau Centre

Après l'article 11

Insérer l'article suivant :

L'article 241-13 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La dernière phrase du troisième alinéa du III est remplacé par deux phrases ainsi rédigées :

« La valeur du coefficient devient nulle lorsque ce rapport est égal à 1,5. Il est cependant maintenu à 1,6 pour l'embauche de jeunes de moins de 25 ans et de seniors de plus de 55 ans. »

2° Après le troisième alinéa du III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ce plafond d'exonération s'applique aux entreprises qui occupent plus de 250 personnes et dont le chiffre d'affaires annuel est supérieur à 50 millions d'euros ou dont le total du bilan excède 43 millions d'euros, et ce lorsque le rapport entre les bénéficiaires et la masse salariale dépasse 1,2 et que la rémunération des fonds propres dépasse le taux de 15 %. »

Amendement n° AS 149 présenté par MM. Jean-Luc Prél, Claude Leteurre et les commissaires du groupe Nouveau Centre

Article 15

Après l'alinéa 5, insérer l'alinéa suivant :

« Les véhicules spécialement équipés pour fonctionner au moyen du superéthanol E85 mentionné au tableau B du 1 de l'article 265 du code des douanes bénéficient d'un abattement de 40 % sur les taux d'émissions de dioxyde de carbone, au sens de la directive 2007/46/CE, du 5 septembre 2007, figurant dans le tableau mentionné au a) ci-dessus.

« Cet abattement ne s'applique pas aux véhicules dont les émissions de dioxyde de carbone sont supérieures à 250 grammes par kilomètre. »

Amendement n° AS 152 présenté par M. Jean-Luc Prél et les commissaires du groupe Nouveau Centre

Après l'article 29

Insérer l'article suivant :

I. – Après le premier alinéa de l'article L. 133-6-2 du code de la sécurité sociale, sont insérés six alinéas ainsi rédigés :

« Par dérogation à l'alinéa précédent, les cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants relevant de l'interlocuteur social unique prévu à l'article L. 133-6, et dont les revenus des activités indépendantes sont exclusivement constitués de revenus imposables selon les dispositions de l'article 62 du code général des impôts, peuvent sur option, procéder à la souscription d'une déclaration de revenus mensuelle ou trimestrielle accompagnée du règlement des cotisations dont ils sont redevables au titre de cette période.

« La base des cotisations dues pour une période donnée comprend les revenus dont le cotisant a eu la disposition pendant cette période, majorée des cotisations sociales obligatoires ou facultatives payées pendant la période concernée.

« Une déclaration récapitulative annuelle doit être souscrite au plus tard le 31 janvier de l'année qui suit. Dans le cas où cette déclaration fait apparaître une régularisation de cotisations dues supérieure à 15 % du montant des cotisations versées au cours de l'année concernée, cette régularisation sera majorée d'une pénalité de 10 %.

« Les règlements des cotisations ainsi que les déclarations de revenus servant de support au paiement doivent être effectués par voie électronique.

« Ce dispositif s'applique pour la première fois aux cotisations dues au titre des revenus perçus à compter du 1^{er} janvier 2013.

« Un décret en conseil d'état doit préciser les modalités de l'option, ainsi que les seuils pour la périodicité des déclarations et des paiements. »

II. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la création d'une contribution additionnelle à la contribution visée à l'article L. 137-7-1 du code de la sécurité sociale.

Amendement n° AS 153 présenté par M. Claude Leteurre

Article 16

Après l'alinéa 24, insérer l'alinéa suivant :

« Sont exclus des augmentations précitées les spiritueux faisant l'objet d'une appellation d'origine protégée ou d'une indication géographique protégée, conformes aux règles communautaires en la matière. »

Amendement n° AS 154 présenté par M. Jean-Luc Prével et les commissaires du groupe Nouveau Centre

Avant l'article 10

Insérer l'article suivant :

I. – Le 2° bis de l'article 1001 du code général des impôts est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« À 3,5 % pour les contrats d'assurance maladie gérés par les mutuelles étudiantes ».

II. – Les pertes de recettes pour l'État sont compensées, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Amendement n° AS 155 présenté par M. Jean-Luc Prével et les commissaires du groupe Nouveau Centre

Avant l'article 10

Insérer l'article suivant :

I. – Le 2° bis de l'article 1001 du code général des impôts est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« À 3,5 % pour les contrats d'assurance complémentaire de santé souscrits par les bénéficiaires de l'Aide à la complémentaire santé au sens de l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale ».

II. – Les pertes de recettes pour l'État sont compensées, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Amendement n° AS 156 présenté par MM. Jean-Luc Prével, Claude Leteurtre, Yvan Lachaud et les commissaires du groupe Nouveau Centre

Après l'article 13

À l'article 19 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996, le taux : « 0,5 % » est remplacé par le taux : « 0,6 % ».

Amendement n° AS 157 présenté par MM. Jean-Luc Prével, Claude Leteurtre et les commissaires du groupe Nouveau Centre

Après l'article 13

Insérer l'article suivant :

Le I de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

« I. – Le taux des contributions sociales est fixé :

« 1° À 8,2 % pour la contribution sociale mentionnée à l'article L. 136-1 ;

« 2° À 8,9 % pour les contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 ;

« 3° À 7,6 % pour la contribution sociale mentionnée au I de l'article L. 136-7-1. »

Amendement n° AS 158 présenté par M. Jean-Luc Prével, M. Claude Leteurtre et les commissaires du groupe Nouveau Centre

Article 24

Rédiger ainsi l'alinéa 2 :

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	186,8 <i>(sous réserve d'une augmentation de 0,479 % de CSG)</i>	186,8	0
Vieillesse	210,8	210,5	-7,7

Famille	57,1 <i>(sous réserve d'une augmentation de 0,194 % de CSG)</i>	57,1	0
Accidents du Travail et Maladies professionnelles	13,5	13,3	0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	468,2	467,7	0,7

Amendement n° AS 159 présenté par MM. Jean-Luc Préel et Claude Leteurre

Article 48

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 165 présenté par MM. Jean-Luc Préel, Claude Leteurre et les commissaires du groupe Nouveau Centre

Après l'article 51

Insérer l'article suivant :

L'article L. 43 du code des pensions civiles et militaires est supprimé.

Amendement n° AS 172 présenté par MM. Jean-Luc Préel, Claude Leteurre et les commissaires du groupe Nouveau Centre

Après l'article 51

Insérer l'article suivant :

Après le septième alinéa de l'article L. 114-4-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Avant le 31 janvier 2011, le Gouvernement déposera sur le bureau de l'Assemblée nationale et sur celui du Sénat un rapport sur la possibilité d'une réforme systémique pour faire évoluer le système de retraite par annuité vers un régime par points, ou en comptes notionnel. »

Amendement n° AS 173 présenté par MM. Jean-Luc Préel, Claude Leteurre, et les commissaires du groupe Nouveau Centre

Après l'article 51

Insérer l'article suivant :

Après le septième alinéa de l'article L. 114-4-2, il est inséré l'alinéa suivant :

« Avant le 31 janvier 2012, le Gouvernement déposera sur le bureau de l'Assemblée nationale et sur celui du Sénat, un rapport examinant la faisabilité de la mise en extinction progressive des régimes spéciaux avec le maintien des droits acquis. »

Amendement n° AS 174 présenté par MM. Jean-Luc Prével, Claude Leteurtre, et les commissaires du groupe Nouveau Centre

Article 33

Après l'alinéa 19, insérer l'alinéa suivant :

« XI. – Des sanctions financières ou hausses de prix sont prévues en cas de non réalisation des études post autorisation de mise sur le marché. Un décret pris en Conseil d'État en précisera les modalités d'application. »

Amendement n° AS 175 présenté par MM. Jean-Luc Prével et Claude Leteurtre

Article 36

Après l'alinéa 48, insérer l'alinéa suivant :

« Le directeur général de l'agence régionale de santé après avis de la Conférence régionale de santé doit pouvoir répartir l'enveloppe. »

Amendement n° AS 181 présenté par MM. Jean-Luc Prével et Claude Leteurtre

Après l'article 36

Insérer l'article suivant :

Le III de l'article 63 de la loi n°2010-1954 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 est remplacé par trois phrases ainsi rédigées :

« III. – Un rapport est établi annuellement et remis au Parlement le 1^{er} octobre de chaque année concernant l'évaluation de la mesure d'accord préalable prévu à l'article L. 162-1-17 du même code 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 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. Ce rapport, et l'évaluation qu'il comporte, constituent un préalable nécessaire à toute généralisation éventuelle de la mesure d'accord préalable à de nouveaux actes. »

Amendement n° AS 182 présenté par MM. Jean-Luc Prével et Claude Leteurtre

Après l'article 35

Insérer l'article suivant :

Le II de l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale est remplacé par deux phrases ainsi rédigées :

« 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 185 présenté par MM. Jean-Luc Prével, Claude Leteurre et les commissaires du groupe Nouveau Centre

Après l'article 35

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 191 présenté par MM. Jean-Luc Prével et Claude Leteurre

Article 35

Compléter cet article par les deux alinéas suivants :

« 2° La liste de ces indicateurs est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis des fédérations hospitalières représentatives, publiques et privées, et déterminés à partir des indicateurs élaborés conjointement et rendus publics par la Haute Autorité de santé et l'Agence nationale d'amélioration de la performance ».

« 3° Les modalités générales de modulation des dotations de financement sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis des fédérations hospitalières représentatives, publiques et privées »

Amendement n° AS 192 présenté par MM. Jean-Luc Prével et Claude Leteurre

Article 35

Insérer l'article suivant :

La deuxième phrase du second alinéa de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée :

« Le directeur général de l'agence prononce la sanction après avis d'une commission de contrôle présidée par un magistrat et composée à parité de représentants de l'agence et de représentants des organismes d'assurance-maladie et du contrôle médical, d'une part, et de représentants des fédérations hospitalières représentatives publiques ou privées, d'autre part. »

Amendement n° AS 195 présenté par MM. Jean-Luc Prével et Claude Leteurre

Après l'article 35

Insérer l'article suivant :

I. – Au I de l'article 77 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, les mots : « cinq ans » sont remplacés par les mots : « huit ans ».

II. – Le taux d'évolution de la dotation annuelle de financement des établissements de santé publics ou privés autorisés en soins de suite et de réadaptation, et relevant de l'article L 174-1 du code de la sécurité sociale pour leur financement, est fixé pour l'année 2012 par un arrêté du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale.

Amendement n° AS 196 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurtre

Article 37

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 198 présenté par M. Jean-Luc Prél, M. Claude Leteurtre, et les commissaires du groupe Nouveau Centre

Après l'article 34

Insérer l'article suivant :

Après le 18° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 19° ainsi rédigé :

« 19° Pour les frais de transport liés aux soins ou traitements dans les centres mentionnés au 3° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'annexe 32 du décret n° 63-146 du 18 février 1963 complétant le décret n° 56-284 du 9 mars 1956 qui a fixé les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux, pris en charge dans les conditions prévues au 2° de l'article L. 321-1 et à l'article L. 322-5 du présent code. »

Amendement n° AS 207 présenté par M. Jean-Luc Prél, M. Claude Leteurtre, et les commissaires du groupe Nouveau Centre

Après l'article 34

Insérer l'article suivant :

Le premier alinéa de l'article L. 323-4 du code de la sécurité sociale est remplacé par deux phrases ainsi rédigées :

« L'indemnité journalière est égale à 60 % du gain journalier de base net de charges sociales, dans des conditions fixées par décret. Pour les assurés ayant un nombre d'enfants minimum à charge, au sens de l'article L. 313-3, cette indemnité représente 80 % du gain journalier de base, après une durée déterminée. »

Amendement n° AS 208 présenté par M. Jean-Luc Prével, M. Claude Leteurre, et les commissaires du groupe Nouveau Centre

Après l'article 34

Insérer l'article suivant :

Le quatrième alinéa de l'article L. 323-4 du code de la sécurité sociale est remplacé par une phrase ainsi rédigée :

« Le maximum des indemnités journalières, la date à partir de laquelle l'indemnité est majorée, les modalités de calcul des charges sociales ainsi que les modalités de détermination du gain journalier de base sont fixés par décret en Conseil d'État. ».

Amendement n° AS 209 présenté par M. Jean-Luc Prével, M. Claude Leteurre, et les commissaires du groupe Nouveau Centre

Article 10

À l'alinéa 2, substituer au pourcentage : « 8 % », le pourcentage : « 9 % ».

Amendement n° AS 211 présenté par MM. Jean-Luc Prével et Claude Leteurre

Article 29

Compléter l'alinéa 14 par la phrase suivante : « Ce décret est pris après consultation des organisations professionnelles concernées ».

Amendement n° AS 212 présenté par MM. Jean-Luc Prével et Claude Leteurre

Article 29

Compléter l'alinéa 11 par les mots suivants : « après consultation des organisations professionnelles concernées ».

Amendement n° AS 213 présenté par MM. Jean-Luc Prével et Claude Leteurre

Article 37

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 215 présenté par MM. Jean-Luc Prével et Claude Leteurre

Après l'article 63

Insérer l'article suivant :

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

I. – Au 3° du IV de l'article L. 162-1-14, après les mots : « réception de l'avis », est inséré le mot : « conforme ».

II. – Au V de l'article L. 162-1-14, après les mots : « prononcée après avis », est inséré le mot : « conforme ».

III. – Au sixième alinéa de l'article L. 162-1-14-1, après les mots : « prononcée après avis », est inséré le mot : « conforme ».

Amendement n° AS 216 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurtre

Après l'article 63

Insérer l'article suivant :

L'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale est abrogé.

Amendement n° AS 218 présenté par MM. Jean-Luc Prél et Claude Leteurtre

Article 36

Compléter l'alinéa 23 par la phrase suivante :

« Les modalités de répartition des crédits en fonction des régions sont annexées à l'arrêté ».

Amendement n° AS 219 présenté par M. Jean-Luc Prél et les commissaires du groupe Nouveau Centre

Après l'article 37

Insérer l'article suivant :

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

I. – Il est inséré un article L. 313-6-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-6-1.* – Sans préjudice des articles L. 7231-1 et L. 7232-1 du code du travail, pour pouvoir prendre en charge des bénéficiaires de l'aide sociale, des allocataires de l'allocation personnalisée d'autonomie ou des bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap, les services d'aide, d'accompagnement et de maintien à domicile non médicalisés doivent obtenir une autorisation du président du conseil général de leur département d'implantation dans les conditions précisées au présent chapitre ».

II. – L'article L. 314-1 est complété par un X ainsi rédigé :

« X. – Selon des règles et des modalités fixées par décret, les services d'aide, d'accompagnement et de maintien à domicile mentionnés à l'article L. 313-6-1 sont tarifés par le président du conseil général sous la forme d'un forfait globalisé dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 313-12-3.

« Ce contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens constitue un acte de mandatement au sens de la directive européenne n° 2006-123 du 12 décembre 2006 et il est conclu entre le président du conseil général du département d'implantation du service et l'organisme gestionnaire du service ou la personne morale mentionnée à l'article L. 313-12-1 ».

III. – Il est inséré un article L. 313-12-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-12-3.* – I. – le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au X de l'article L. 314-1 précise notamment :

« 1° le nombre annuel de personnes prises en charge, lequel prend en compte les facteurs sociaux et environnementaux et pour les services d'aide à domicile relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-3 ;

« 2° le plafonnement des heures autres que celles mentionnées au 1° ;

« 3° les objectifs de qualification des personnels prenant en compte les conditions techniques de fonctionnement des services d'aide à domicile définies par décret pris en application du II de l'article L. 312-1, et, le classement pour les services d'aide à domicile relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 dans la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-3 ;

« 4° les missions d'intérêt général, notamment en matière de prévention de la maltraitance, de prévention de la précarité énergétique, d'éducation et de prévention en matière de santé, de prévention des accidents domestiques, à assurer en lien avec les organismes compétents sur leur territoire d'intervention ;

« 5° la participation en tant qu'opérateur du schéma régionale de prévention prévu aux articles L. 1434-5 et L. 1434-6 du code de la santé publique et par conventionnement avec les organismes de protection sociale complémentaire et les fonds d'action sociale facultative des caisses de sécurité sociale aux actions d'aide au retour et au maintien à domicile à la suite d'une hospitalisation.

« II. – Le forfait globalisé mentionné au X de l'article L. 314-1 est évalué au regard des objectifs fixés en application du I du présent article. Un arrêté ministériel définit et encadre les coûts de structure. Les règles et les modalités d'actualisation chaque année pendant la durée du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens qui ne peut excéder 5 ans, sont précisées dans ledit contrat.

« III. – Chaque année, un dialogue de gestion est organisé par les parties signataires afin de mesurer l'atteinte des objectifs, d'analyser les écarts et, si nécessaire, réajuster les objectifs et les moyens dans le cadre d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

« IV. – Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. »

Amendement n° AS 220 présenté par M. Jean-Luc Prél et les commissaires du groupe Nouveau Centre

Après l'article 10

Insérer l'article suivant :

I. – Le III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les mots : « aides à domicile » sont remplacés par les mots : « personnels d'intervention » ;

2° Après les mots : « garde d'enfant », sont insérés les mots : « le soutien aux personnes ou familles en difficulté, » ;

3° Après les mots : « des tâches effectuées », sont insérés les mots : « dans le cadre des activités visés au III du présent article » ;

4° Les mots : « 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 » sont supprimés.

II. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale qui pourraient résulter pour les organismes de sécurité sociale de l'application de la présente loi sont compensées, à due concurrence, par la majoration des droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Amendement n° AS 221 présenté par M. Jean-Luc Prél et les commissaires du groupe Nouveau Centre

Article 36

Après l'alinéa 40, insérer l'alinéa suivant :

« 4° Au quatrième alinéa 4 de l'article L. 162-48, après les mots : « centres de santé », sont insérés les mots : « à des services et » ».

Amendement n° AS 222 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article 2

Compléter l'alinéa 8 de l'annexe A par la phrase suivante :

« 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'ACOSS 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 commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 34

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 CMU-C, est présenté au Parlement avant le 30 septembre 2012 afin de pouvoir prendre d'éventuelles mesures en conséquence dans l'élaboration de la prochaine loi de finance.

Amendement n° AS 225 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Avant l'article 10

Insérer l'article suivant :

I. – L'article 81 *quater* du code général des impôts est abrogé.

II. – Les articles L. 241-17 et L. 241-18 du code de la sécurité sociale sont abrogés.

Amendement n° AS 226 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Avant l'article 10

Insérer l'article suivant :

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

1° L'article L. 241-18 est supprimé.

2° Le VI de l'article L. 241-13 est ainsi rédigé :

« VI. – Le bénéfice des dispositions du présent article ne peut être cumulé, à l'exception du cas prévu à l'alinéa précédent, 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. »

3° Au dernier alinéa du IV de l'article L. 131-4-2, les mots : « , à l'exception de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18 » sont supprimés.

4° Au dernier alinéa de l'article L. 241-6-4, les mots : « de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18 et » sont supprimés.

5° Au IV *bis* de l'article L. 752-3-1, les mots : « , à l'exception de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18 » sont supprimés.

II. – À la première phrase de l'article L. 6325-21 du code du travail, les mots : « et de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18 du code de la sécurité sociale » sont supprimés.

III. – Au deuxième alinéa du VI de l'article 12 de la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville et au VI de l'article 131 de la loi n° 2003-1311 du 30 décembre 2003 de finances pour 2004, les mots : « , à l'exception de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18 du code de la sécurité sociale » sont supprimés.

IV. – Au neuvième alinéa du VII de l'article 130 de la loi n° 2006-1771 du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006, les mots : « , à l'exception de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18 du code de la sécurité sociale » sont supprimés.

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

1° À l'article L. 741-4, la référence : « L. 241-18 » est supprimée.

2° À l'article L. 741-15, la référence : « L. 241-18 » est supprimée.

3° Au dernier alinéa des articles L. 741-15-1 et L. 741-15-2, la référence : « L. 241-18 » est remplacée par la référence : « L. 241-13 ».

4° Au VII de l'article L. 741-16, les mots : « et de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18 du code de la sécurité sociale » sont supprimés.

5° Au deuxième alinéa du II de l'article L. 741-16-1, les mots : « ainsi qu'avec la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18 du code de la sécurité sociale » sont supprimés.

Amendement n° AS 227 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article 10

À l'alinéa 2, substituer au taux : « 8 % », le taux : « 20 % ».

Amendement n° AS 228 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 10

Insérer l'article suivant :

Le deuxième alinéa de l'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale est supprimé.

Amendement n° AS 229 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 10

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 de 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 230 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 10

L'article L. 137-13 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au sixième alinéa, le taux : « 14 % » est remplacé par le taux : « 20 % ».

2° La deuxième phrase du même alinéa est supprimée.

Amendement n° AS 231 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 10

L'article L. 137-14 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, le taux : « 8 % » est remplacé par le taux : « 10 % ».

2° La deuxième phrase du même alinéa est supprimée.

Amendement n° AS 232 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 10

Insérer l'article suivant :

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

1° L'article L. 137-11 est supprimé.

2° L'article L. 137-11-1 est supprimé.

II. – Les pertes de recettes pour les organismes de sécurité sociale sont compensées à due concurrence par la majoration des droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Amendement n° AS 233 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 10

L'article L. 242-4-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 242-4-1. – Est considérée comme une rémunération au sens de l'article L. 242-1 la gratification, en espèces ou en nature, versée aux personnes mentionnées aux *a*, *b* et *f* du 2° de l'article L. 412-8. »

Amendement n° AS 234 présenté par M. Christophe Sirugue et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 10

Insérer l'article suivant :

Après l'article L 241-18 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L 241-19 ainsi rédigé :

« *Art. L. 241-19.* – Les entreprises de plus de 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 235 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 10

Insérer l'article suivant :

Lorsque l'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. 2241-2 du même code, le montant de la réduction des cotisations sociales visées à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale est diminuée de 25 % au titre des rémunérations versées cette même année et jusqu'à ce que l'entreprise soit couverte par un nouvel accord.

Amendement n° AS 237 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires 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 l du 1° du I de l'article 31 ».

Amendement n° AS 238 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article 13

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 240 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article 17

À l'alinéa 1, substituer au taux : « 0,5 % », le taux : « 0,4 % ».

Amendement n° AS 241 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 17

Insérer l'article suivant :

Le I. de l'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le mot : « transport », la fin du 2° est supprimée ;

2° Après les mots : « espaces publicitaires », la fin du 3° est supprimée ;

3° Il est complété par un alinéa ainsi rédigé : « 4° Des frais de congrès et de manifestations du même type. »

Amendement n° AS 242 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 17

Insérer l'article suivant :

Au 3° du I de l'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale, après le mot : « publicitaires », la fin de la phrase est supprimée.

Amendement n° AS 245 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche Après l'article 33

Après l'article 33

Insérer l'article suivant :

À la fin du premier alinéa de l'article L. 5121-10 du code de santé publique, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Pour des questions de santé publique, par exception au code de la propriété intellectuelle, le code de la santé publique permet que l'enregistrement d'une marque afférente à la présentation ou aux caractères organoleptiques d'une spécialité de référence au sens de l'article L. 5121-1, 5° du code de la santé publique ne fasse pas obstacle à l'utilisation d'une présentation et d'un caractère organoleptique identiques ou similaires dans le cadre de la commercialisation d'une spécialité générique, destinée à être substituée à cette spécialité de référence dans les conditions prévues par l'article L. 5125-23 du même code.

« De même, par exception au code de la propriété intellectuelle, le code de la santé publique permet que les droits conférés par l'enregistrement d'un dessin ou modèle afférent à la présentation ou aux caractères organoleptiques d'une spécialité de référence au sens du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique ne s'exercent pas à l'égard des actes de commercialisation d'une spécialité générique, destinée à être substituée à cette spécialité de référence dans les conditions prévues par l'article L. 5125-23 du même code. »

Amendement n° AS 248 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article 28

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 249 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 34

Insérer l'article suivant :

Le premier alinéa de l'article L. 6122-5 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les praticiens libéraux utilisant des équipements ainsi soumis à autorisation doivent s'engager à réaliser 70 % de leur activité en secteur conventionné de niveau 1. »

Amendement n° AS 250 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 34

Insérer l'article suivant :

L'article L. 162-5-13 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« III. – 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 252 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 34

Insérer l'article suivant :

Un rapport sur les refus et les renoncements aux soins est présenté au Parlement avant le 30 septembre 2012 afin de pouvoir éventuellement prendre des dispositions législatives pour éclairer la représentation nationale sur la dégradation de l'accès aux soins d'une partie de la population.

Amendement n° AS 254 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Avant l'article 33

Insérer l'article suivant :

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 162-18 est supprimé.

2° Au 6^{ème} alinéa de l'article L. 138-10, les mots : « soit un ajustement des prix, soit le versement d'une remise en application de l'article L. 162-18 », sont remplacés par les mots : « un ajustement des prix ».

3° L'article L. 162-17-4 est ainsi modifié :

a) Le 1° de l'article L. 162-17-4 est complété par un 1° bis ainsi rédigé : « *La baisse de prix applicable en cas de dépassement par l'entreprise des volumes de vente précités* ».

b) Au 2° de l'article L. 162-17-4, les mots : « Le cas échéant, les remises prévues en application des articles L. 162-18 et L. 162-16-5-1 », sont remplacés par les mots : « Le cas échéant, les remises prévues en application de l'article L. 162-16-5-1 ».

4° À l'article L. 162-37, les mots : « aux articles L. 162-14, L. 162-16 et L. 162-18 », sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-14 et L. 162-16 ».

5° Le premier alinéa de l'article L. 165-4 est supprimé.

Amendement n° AS 255 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 34

Insérer l'article suivant :

Au II de l'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale, après les mots : « un suivi périodique des dépenses de médicaments » sont insérés les mots : « et des dispositifs médicaux ».

Amendement n° AS 256 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 34

Insérer l'article suivant :

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

1° L'article L. 4111-2 est ainsi modifié :

a) À l'alinéa 7 du I, le chiffre : « 3 » est remplacé par le chiffre : « 4 » ;

b) À l'alinéa 2 du I bis, le chiffre : « 3 » est remplacé par le chiffre : « 4 » ;

2° À l'alinéa 5 de l'article L. 4221-12, le chiffre : « 3 » est remplacé par le chiffre : « 4 » ;

II. – À l'alinéa 3 du IV de l'article 83 de la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006, la date « 2011 » est remplacée par la date : « 2014 ».

Amendement n° AS 257 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article 35

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 258 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 35

Insérer l'article suivant :

Après le septième alinéa de l'article L. 6114-2 du code de la santé publique, sont insérés sept alinéas ainsi rédigés :

« 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 prévues 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. A 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 261 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 35

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 262 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 35

Insérer l'article suivant :

À la fin de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale, est inséré un nouvel 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 264 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 48

Insérer l'article suivant :

Le deuxième alinéa de l'article L. 162-22-15 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les mesures prises par le gouvernement en vue de prévenir ou de corriger un dépassement de l'Objectif national de dépenses de l'assurance maladie hospitalier ne peuvent pas porter sur ces dotations. »

Amendement n° AS 265 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 37

Insérer l'article suivant :

À l'article L. 314 du code de l'action sociale et des familles, après les mots : « Ils intègrent l'objectif de réduction progressive des inégalités dans l'allocation des ressources entre régions... », la fin du sixième alinéa est supprimée.

Amendement n° AS 266 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 35

Insérer l'article suivant :

Le troisième alinéa de l'article L. 174-6 du code de la sécurité sociale est supprimé.

Amendement n° AS 267 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 38

Insérer l'article suivant :

L'article L.314-7-1 du code de l'action sociale et des familles est abrogé.

Amendement n° AS 271 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 34

Insérer l'article suivant :

Après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 323-4 du code de la sécurité sociale, il est insérée une phrase ainsi rédigée :

« La fraction du gain journalier de base est fixée à la moitié pour l'indemnité journalière normale et aux deux tiers pour l'indemnité journalière majorée, cette dernière indemnité est due à partir du trente et unième jour qui suit le point de départ de l'incapacité de travail. »

Amendement n° AS 272 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 42

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 275 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article 48

I. – À la deuxième ligne de la deuxième colonne du tableau de l'alinéa 2, substituer au nombre : « 79,4 », le nombre : « 78,4 ».

II. – En conséquence, à la dernière ligne de la deuxième colonne du même tableau, substituer au nombre : « 171,7 », le nombre : « 170,7 ».

Amendement n° AS 279 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 51

Le Gouvernement évaluera les conditions de l'ouverture des droits à pension de reversion 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 2012.

Amendement n° AS 281 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 51

Le Gouvernement évaluera les conditions de l'ouverture des droits à pension de reversion 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 2012.

Amendement n° AS 283 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 51

Insérer l'article suivant :

Le Gouvernement remet au Parlement avant le 31 mars 2012 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 284 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 51

Insérer l'article suivant :

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

1° Au premier alinéa, après le mot « rupture », le mot « définitive » est inséré par deux fois ;

2° Les quatrième, cinquième et sixième alinéas sont supprimés.

II. – L'article L. 352-1 est ainsi rédigé :

« *Art. 352-1* – Le service de la pension de vieillesse attribuée ou révisée au titre de l'incapacité au travail peut être suspendu lorsque le titulaire, n'ayant pas atteint l'âge fixé en application du 1° de l'article L. 351-8, exerce une activité professionnelle lui procurant des revenus dépassant un montant déterminant. »

III. – Les quatrième, cinquième et sixième alinéas des articles L. 634-6 et de l'article L. 643-6 du code de la sécurité sociale sont abrogés.

IV. – L'article L. 723-11-1 du code de la sécurité sociale est supprimé.

V. – Après le deuxième alinéa de l'article L. 732-39 du code rural, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Il est également suspendu lorsque l'assuré reprend, en qualité de salarié agricole, une activité sur l'exploitation mise en valeur ou dans l'entreprise exploitée à la date de la cessation d'activité non salariée. »

VI. – Les trois derniers alinéas de l'article L. 84 du code des pensions civiles et militaires de retraite sont supprimés.

Amendement n° AS 285 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 51

Insérer l'article suivant :

Le Gouvernement remet au Parlement avant le 31 mars 2012 un rapport sur la limitation du cumul emploi retraite.

Amendement n° AS 288 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 13

Insérer l'article suivant :

I. – L'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Le taux de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles est déterminé par entreprise.

« Pour établir la valeur du risque qui sert de base au calcul du taux brut, il est retenu une valeur forfaitaire fixée par décret par catégorie d'accident. Cette valeur forfaitaire est déterminée par décret. Cette valeur forfaitaire est, pour les accidents avec arrêt, supérieure au montant moyen des prestations et indemnités versées au titre de ces accidents. »

II. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration des droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Amendement n° AS 289 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 53

Insérer l'article suivant :

« L'article 47 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005 est rétabli dans la rédaction suivante :

« Art. 47. – I. – Il est institué, au profit du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante créé par l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999, une contribution, due pour chaque salarié ou ancien salarié à raison de son admission au bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité. Cette contribution est à la charge de l'entreprise qui a supporté ou qui supporte, au titre de ses cotisations pour accidents du travail et maladies professionnelles, la charge des dépenses occasionnées par la maladie professionnelle provoquée par l'amiante dont est atteint le salarié ou ancien salarié. Lorsque le salarié n'est atteint par aucune maladie professionnelle provoquée par l'amiante, cette contribution est à la charge :

« 1° D'une ou plusieurs entreprises dont les établissements sont mentionnés au premier alinéa du I du même article 41 ;

« 2° D'une ou plusieurs entreprises de manutention ou d'un ou plusieurs organismes gestionnaires de port pour, respectivement, les dockers professionnels et les personnels portuaires assurant la manutention dans les ports mentionnés au sixième alinéa du I du même article 41.

« Pour la détermination de l'entreprise ou organisme redevable de la contribution au titre du 1^o, les règles suivantes s'appliquent :

« a) Lorsque l'établissement est exploité successivement par plusieurs entreprises, la contribution est due par l'entreprise qui exploite l'établissement à la date d'admission du salarié à l'allocation ;

« b) Lorsqu'un salarié a travaillé au sein de plusieurs entreprises exploitant des établissements distincts, le montant de la contribution est réparti en fonction de la durée du travail effectué par le salarié au sein de ces établissements pendant la période où y étaient fabriqués ou traités l'amiante ou des matériaux contenant de l'amiante.

« Pour l'application du 2^o, lorsqu'un salarié a été employé par plusieurs entreprises ou organismes, le montant de la contribution est réparti au prorata de la période travaillée dans ces entreprises ou organismes. Lorsqu'un docker professionnel admis à l'allocation relève ou a relevé de la catégorie des dockers professionnels intermittents au sens du III de l'article L. 511-2 du code des ports maritimes, la contribution correspondant à la période d'intermittence est répartie entre tous les employeurs de main-d'œuvre dans le port, au sens de l'article L. 521-6 du même code, au prorata des rémunérations totales brutes payées aux dockers professionnels intermittents pendant cette période d'intermittence.

« La contribution n'est pas due pour le premier bénéficiaire admis au cours d'une année civile.

« II. – Le montant de la contribution varie en fonction de l'âge du bénéficiaire au moment de son admission au bénéfice de l'allocation. Il est égal, par bénéficiaire de l'allocation, à 15 % du montant annuel brut de l'allocation majoré de 40 % au titre des cotisations d'assurance vieillesse et de retraite complémentaire à la charge du fonds, multiplié par le nombre d'années comprises entre l'âge mentionné ci-dessus et l'âge de soixante ans.

« Le montant de la contribution, qui ne peut dépasser deux millions d'euros par année civile pour chaque redevable, est plafonné, pour les entreprises redevables de la contribution au titre du I, à 2,5 % de la masse totale des salaires payés au personnel pour la dernière année connue.

« Les entreprises placées en redressement ou en liquidation judiciaire sont exonérées de la contribution.

« III. – La contribution est appelée, recouvrée et contrôlée, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général, par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

« Elle est exigible le premier jour du troisième mois de chaque trimestre civil pour les personnes entrant dans le dispositif au cours du trimestre précédent.

« Pour les salariés ou anciens salariés relevant ou ayant relevé du régime de protection sociale des personnes salariées des professions agricoles, la contribution due est appelée, recouvrée et contrôlée par les caisses de mutualité sociale agricole selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations dues au régime de protection sociale des personnes salariées des professions agricoles. La date limite de paiement de la contribution est fixée au quinzième jour du deuxième mois de chaque trimestre civil pour les personnes entrant dans le dispositif au cours du trimestre précédent.

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

« V. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux admissions au bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité prononcées à compter du 5 octobre 2004. »

Amendement n° AS 292 présenté par Mme Catherine Lemorton et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article 18

À l'alinéa 2, substituer au taux : « 1,6% », le taux : « 1,7% ».

Amendement n° AS 293 présenté par Mme Marisol Touraine et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 37

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L.312-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L.312-1-1.* – Les montants des éléments de tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés au 6° et au 7° du I de l'article L.312-1 sont modulés selon les besoins en soins requis de la personne prise en charge ainsi que son état évalué au moyen de la grille nationale mentionnée à l'article L.232-2, avant le 1^{er} janvier 2014.

« Les montants des éléments de tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés au 6° et au 7° du I de l'article L.312-1 tiennent compte des caractéristiques des services et des prestations servies, ainsi que des sujétions financières spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle les coûts de fonctionnement desdits services.

« L'évaluation des besoins en soins requis des personnes accueillies est réalisée par l'infirmier coordonnateur du service, sur la base d'une grille nationale arrêtée par les ministres chargés de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, après avis du Conseil national de l'organisation sanitaire et sociale, du Conseil national consultatif des personnes handicapées, du Comité national des retraités et personnes âgées et du conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

« Le recueil des besoins en soins mentionnés aux alinéas précédents est réalisé selon une périodicité et dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

« Les modalités de fixation de la tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés au 6° et au 7° du I de l'article L.312-1 qui intègrent les éléments de modulation précisés aux deux premiers alinéas sont déterminées par un décret en Conseil d'État. Ce décret précise notamment les différentes dépenses médico-sociales prises en compte pour cette catégorie de services, sur la base des résultats d'une étude nationale relative à l'analyse des différents coûts menée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, dans le cadre de ses missions fixées au 11° du I de l'article L.14-10-1 ».

Amendement n° AS 294 présenté par Mme Jacqueline Fraysse, Mme Martine Billard et M. Roland Muzeau

Article 6

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 295 présenté par Mme Jacqueline Fraysse, Mme Martine Billard et M. Roland Muzeau

Après l'article 10

Insérer l'article suivant :

I. – Au deuxième alinéa de l'article 137-11 du code de la sécurité sociale, le taux : « 16% » est remplacé par le taux : « 35% ».

II. – Au dernier alinéa du 2°, les taux : « 12% » et « 24% » sont remplacés respectivement par les taux : « 20% » et « 50% ».

Amendement n° AS 296 présenté par Mme Jacqueline Fraysse, Mme Martine Billard et M. Roland Muzeau

Après l'article 10

Insérer l'article suivant :

Le I de l'article L245-16 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les revenus mentionnés au c) et au e) du I de l'article L.136-6 du présent code sont assujettis au taux de 12%. »

Amendement n° AS 297 présenté par Mme Jacqueline Fraysse, Mme Martine Billard et M. Roland Muzeau

Après l'article 10

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article ainsi rédigé :

« *Art. L. 245-16-1.* – Il est institué au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés une contribution additionnelle au prélèvement social mentionné à l'article L. 245-14 du code de la sécurité sociale et une contribution additionnelle au prélèvement social mentionné à l'article L. 245-15 du même code. Ces contributions additionnelles sont assises, contrôlées, recouvrées et exigibles dans les mêmes conditions et sont passibles des mêmes sanctions que celles applicables à ces prélèvements sociaux. Leur taux est fixé à 5%. »

Amendement n° AS 298 présenté par Mme Jacqueline Fraysse, Mme Martine Billard et M. Roland Muzeau

Après l'article 10

Insérer l'article suivant :

L'article L. 137-11-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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.

Les rentes versées au titre des retraites liquidées avant le 1^{er} janvier 2011 sont soumises à une contribution sur la part qui excède 500 euros par mois. Le taux de cette contribution est fixé à 7 % pour les rentes dont la valeur mensuelle est comprise entre 500 et 1 000 euros par mois. Pour les

rentes dont la valeur mensuelle est comprise entre 1 000 euros par mois et deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, ce taux est fixé à 14 %. Pour les rentes dont la valeur mensuelle est comprise entre deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale et trois fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, ce taux est fixé à 30%. Pour les rentes dont la valeur mensuelle excède trois fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, ce taux est fixé à 50%.

Les rentes versées au titre des retraites liquidées à compter du 1^{er} janvier 2011 sont soumises à une contribution lorsque leur valeur est supérieure à 400 euros par mois. Le taux de cette contribution est fixé à 7 % pour les rentes dont la valeur mensuelle est comprise entre 400 et 600 euros par mois. Pour les rentes dont la valeur mensuelle est comprise entre 600 euros par mois et deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, ce taux est fixé à 14 %. Pour les rentes dont la valeur mensuelle est comprise entre deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale et trois fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, ce taux est fixé à 30 %. Pour les rentes dont la valeur mensuelle excède trois fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, ce taux est fixé à 50%.

La contribution 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.

Amendement n° AS 299 présenté par Mme Jacqueline Fraysse, Mme Martine Billard et M. Roland Muzeau

Après l'article 10

Insérer l'article suivant :

Au II *bis* de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale, le chiffre : « huit » est remplacé par le chiffre : « trois ».

Amendement n° AS 300 présenté par Mme Jacqueline Fraysse, Mme Martine Billard et M. Roland Muzeau

Après l'article 13

Insérer l'article suivant :

Le IV de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale est supprimé.

Amendement n° AS 301 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Après l'article 10

Insérer l'article suivant :

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 : « 8 % » est remplacé par le taux : « 30 % », et le taux : « 2,5 % » est remplacé par le taux : « 10 % ».

Amendement n° AS 302 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Après l'article 10

Insérer l'article suivant :

Au II de l'article L. 137-13 du même code, le taux : « 10 % » est remplacé par le taux : « 40 % ».

Amendement n° AS 303 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Après l'article 10

Insérer l'article suivant :

Au premier alinéa de l'article L. 137-14, le taux : « 2,5 % » est remplacé par le taux : « 10 % ».

Amendement n° AS 304 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Article 11

Rédiger ainsi cet article :

« L'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale est abrogé. »

Amendement n° AS 305 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Article 11

Rédiger ainsi cet article :

« À compter du 1^{er} janvier 2012, les exonérations de cotisations sociales mentionnées à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale sont réduites de 20 %. Cette réduction est appliquée chaque 1^{er} janvier jusqu'à extinction du dispositif »

Amendement n° AS 306 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Article 11

Rédiger ainsi cet article :

« Le V de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le bénéfice des dispositions du présent article est réservé aux entreprises de moins de 10 salariés à jour de leurs cotisations et contributions sociales. »

Amendement n° AS 307 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Après l'article 10

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 308 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Après l'article 10

Insérer l'article suivant :

Le deuxième alinéa de l'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale est supprimé.

Amendement n° AS 309 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Après l'article 11

Insérer l'article suivant :

I. – Après l'article L. 242-7-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré 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 Rn 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'Institut national de la statistique et des études économiques » en vigueur est définie annuellement par le calcul du ratio Rs, correspondant au ratio moyen Re de l'ensemble des sociétés qui composent la section.

« La répartition des richesses d'une société est définie annuellement par le calcul du ratio Re 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 Rn et Re de l'année précédant la promulgation de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites servent de référence pour le calcul des taux de variation annuels de Rn et Re 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 Re et le ratio Rs d'une part, et d'une cotisation additionnelle d'assurance vieillesse calculée en fonction de l'écart entre les taux de variation de Re et de Rn d'autre part.

« Les sociétés dont le ratio Re est supérieur ou égal au ratio Rs de la section dont elles relèvent, ou dont le taux de variation annuel du ratio Re est positif ou nul et supérieur au taux de variation annuel du ratio Rn, restent assujetties aux taux de cotisation d'assurance vieillesse de droit commun.

« Les sociétés dont le niveau annuel de Re est inférieur au niveau annuel de Rs 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 Rs et Re.

« Les sociétés dont le taux de variation annuel du ratio Re est positif ou nul mais inférieur au taux de variation du ratio Rn, 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 Rn et Re.

« 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 310 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Article 10

I. – À l'alinéa 2, substituer au taux : « 8 % » le taux : « 20 % ».

II. – En conséquence, à l'alinéa 3, substituer au taux : « 3.65 % » le taux : « 15.65 % ».

Amendement n° AS 311 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et L. Roland Muzeau

Après l'article 10

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 312 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Après l'article 10

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

« Contribution 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 et financier. »

Amendement n° AS 313 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Après l'article 11

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 242-10 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 242-10-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 242-10-1.* – Les entreprises d'au moins vingt salariés et dont le nombre de salariés à temps partiel est au moins égal à 20 % 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 315 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Article 12

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 316 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Article 12

À l'alinéa 5, supprimer les mots : « , ni à ceux mentionnés aux 1° et 4° de l'article L. 137-15 ».

Amendement n° AS 317 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Article 13

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 318 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Article 18

À l'alinéa 2, substituer au taux : « 1,6 % », le taux : « 3 % ».

Amendement n° AS 319 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Article 22

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 320 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Article 23

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 321 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Article 24

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 322 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Article 25

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 323 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Article 26

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 324 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Article 28

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 326 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Après l'article 58

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 329 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Après l'article 35

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 une phrase ainsi rédigée :

« 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 331 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Après l'article 48

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 :

« Les autres mesures prises en cours d'année par le gouvernement en vue de compenser un éventuel dépassement de l'Objectif national d'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 335 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Après l'article 51

Insérer l'article suivant :

Avant le 30 décembre 2012, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les conditions d'amélioration du dispositif de retraite anticipée pour les travailleurs et fonctionnaires handicapés.

Amendement n° AS 337 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Après l'article 58

Insérer l'article suivant :

Le Gouvernement présente au Parlement, avant le 31 décembre 2010, un rapport établissant le bilan des places manquantes à l'accueil de la petite enfance sur le territoire français et présentant l'opportunité de la mise en place d'un grand service public national de la petite enfance.

Amendement n° AS 337 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Après l'article 51

Insérer l'article suivant :

Le Gouvernement remet au Parlement avant le 31 décembre 2011 un rapport étudiant les modalités d'extension du bénéfice de la pension de réversion aux couples liés par le pacte civil de solidarité ainsi qu'aux concubins et les possibilités d'une réforme des conditions d'attribution et de partage de ces pensions.

Amendement n° AS 339 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Après l'article 10

Insérer l'article suivant :

Il est créé au chapitre VI du titre III du Livre I^{er} du code de la sécurité sociale une section V ainsi rédigée :

« Section V

« De la contribution sociale sur les revenus financiers.

« *Art. L. 136-7-2* – L'ensemble des revenus financiers des personnes physiques et des personnes morales provenant des titres émis en France sont assujettis à une contribution sociale dont le taux est égal à la somme du taux défini à l'article L. 136-8 applicable à la contribution sociale mentionnée à l'article L. 136-1, additionné aux taux des cotisations, à la charge de l'employeur et du salarié, prévues au premier alinéa de l'article L. 241-1 du présent code et aux deuxième et quatrième alinéas de l'article L. 241-3 du même code, et du taux de la cotisation, à la charge de l'employeur et du salarié sous le plafond du régime complémentaire conventionnel rendu obligatoire par la loi.

« Sont exonérés de cette contribution sociale les livrets d'épargne populaire, les livrets A, livrets bleus, livrets et comptes d'épargne logement. Les plans épargne populaire courants, avant promulgation de la présente loi, en sont également exonérés pendant cinq ans. Les revenus des biens immobiliers autres que ceux utilisés pour l'usage personnel du propriétaire et de sa famille directe sont assujettis à la même cotisation que les revenus financiers.

« La contribution 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. Le produit de cette contribution est versé à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sans déduction d'une retenue pour frais d'assiette et de perception. Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

« Les ressources des assurances sociales (maladie, maternité, invalidité, décès et vieillesse) sont abondées par le produit de cette contribution. Un décret fixe les taux de répartition de ces ressources entre les différentes assurances sociales de la Sécurité sociale. »

Amendement n° AS 340 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

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 1 du 1° du 1 de l'article 31 ».

Amendement n° AS 341 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

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 même code 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. – À 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 et 150 VE » sont remplacés par les mots : « pour leur montant net soumis à la contribution sociales généralisée en application du 2° du I de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale ».

Amendement n° AS 342 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Après l'article 34

Insérer l'article suivant :

L'article L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le suivi médical d'une affection longue durée ne donne pas lieu à un paiement à l'acte à chaque consultation du médecin, mais à un paiement forfaitaire dont le montant est déterminé par convention, dans le cadre du *a* du 12° de l'article L. 162-5 du même code. »

Amendement n° AS 343 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Après l'article 33

Insérer l'article suivant :

I. – L'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale est supprimé.

II. – Au sixième alinéa de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, les mots : « soit un ajustement des prix, soit le versement d'une remise en application de l'article L.162-18 » sont remplacés par les mots : « un ajustement des prix ».

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

a) Après le 1°, il est inséré un 1° bis ainsi rédigé : « La baisse de prix applicable en cas de dépassement par l'entreprise des volumes de vente précités ».

b) Au 2° de l'article L. 162-17-4 les mots : « Le cas échéant, les remises prévues en application des articles L. 162-18 et L. 162-16-5-1 » sont remplacés par les mots : « Le cas échéant, les remises prévues en application de l'article L.162-16-5-1 ».

IV – À l'article L. 162-37 du code de la sécurité sociale, la référence : « L. 162-18 » est supprimée.

V. – Le premier alinéa de l'article L. 165-4 du code de la sécurité sociale est supprimé.

Amendement n° AS 344 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Article 34

À l'alinéa 4, après les mots : « Les conventions conclues entre l'assurance maladie et les professionnels de santé », insérer les mots : « , ainsi que l'accord national visé à l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, ».

Amendement n° AS 345 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Article 34

Rédiger ainsi cet article :

Le I de l'article 44 de la loi n° 2007-17 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les mots : « cinq ans » sont remplacés par les mots : « six ans ».

2° Après les mots : « dont ils dépendent » sont insérés les mots : « , et à la condition d'appliquer les tarifs opposables. ».

3° Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les conventions conclues entre l'assurance maladie et les professionnels de santé peuvent prévoir, dès 2014, la rémunération de l'exercice professionnel sur la base des résultats de l'évaluation des expérimentations. »

Amendement n° AS 346 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Article 35

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 347 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Article 36

À l'alinéa 7, après les mots : « centres de santé », insérer les mots : « à des services et ».

Amendement n° AS 348 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Article 36

À l'alinéa 7, après les mots : « médico-social », insérer les mots : « publics ou privés non lucratifs ».

Amendement n° AS 349 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Article 37

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 350 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Après l'article 39

Insérer l'article suivant :

Au premier alinéa de l'article L. 5126-6-1 du code de la santé publique, après les mots : « avec un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine », sont insérés les mots : « , ou avec une ou plusieurs pharmacies mutualistes, ».

Amendement n° AS 351 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Article 39

À l'alinéa 10, supprimer le mot : « titulaires ».

Amendement n° AS 352 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Article 40

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 353 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Article 41

Rédiger ainsi cet article :

« L'article 91 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 est abrogé. »

Amendement n° AS 354 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Article 43

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 355 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Article 47

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 356 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Article 48

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 357 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Après l'article 63

Insérer l'article suivant :

À la deuxième phrase du V de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale, après le mot : « commission » sont insérés les mots : « ainsi qu'un représentant des usagers choisi parmi le collège des représentants des usagers. »

Amendement n° AS 360 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Après l'article 35

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 361 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Après l'article 37

Insérer l'article suivant :

Après les mots : « entre régions », la fin de la deuxième phrase du deuxième alinéa du II de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles est supprimée.

Amendement n° AS 362 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Après l'article 35

Insérer l'article suivant :

Le troisième alinéa de l'article L. 174-6 du code de la sécurité sociale est supprimé.

Amendement n° AS 363 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Après l'article 35

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 365 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Article 59

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 367 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Article 42

Rédiger ainsi cet article :

« Au premier alinéa de l'article L. 322-4 du code de la sécurité sociale après les mots : « ainsi que » sont insérés les mots : « les assurés et leurs ayants droit relevant du régime spécial de sécurité sociale des entreprises minières et assimilées ».

Amendement n° AS 368 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Article 42

Après les mots : « prestations en nature », rédiger ainsi la fin de cet article : « servies et organisées par le régime minier. »

Amendement n° AS 371 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Après l'article 53

Insérer l'article suivant :

Dans les six mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement transmet au Parlement un rapport sur les modalités juridiques et pratiques d'évolution du régime d'indemnisation forfaitaire vers un régime de réparation intégrale des accidents du travail et des maladies professionnelles et évaluant l'impact financier sur la branche accidents du travail et maladies professionnelles de cette évolution.

Amendement n° AS 371 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Après l'article 53

Insérer l'article suivant :

Dans l'objectif de réduire la sous-déclaration des maladies professionnelles, de mieux prévenir et réparer toutes les atteintes à la santé des salariés, y compris les atteintes à la santé mentale, le Gouvernement lance une réflexion d'ensemble sur l'évolution des tableaux de maladies professionnelles ainsi que sur les conditions d'accès au système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles. Les conclusions de cette étude font l'objet d'un rapport déposé devant le Parlement avant le 30 juin 2012.

Amendement n° AS 373 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Après l'article 56

Insérer l'article suivant :

Dans les six mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement transmet au Parlement un rapport proposant des pistes de réforme de l'indemnisation de l'incapacité temporaire de travail garantissant à toute victime du travail un revenu de remplacement égal à ce qu'elle percevait avant son arrêt de travail.

Amendement n° AS 374 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Article 56

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 375 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Après l'article 11

Insérer l'article suivant :

Au premier alinéa de l'article L. 612-4 du code de la sécurité sociale, les mots : « et calculée dans la limite d'un plafond, » sont remplacés par les mots : « . Leur taux prend en considération les taux des cotisations à la charge des assurés sociaux relevant de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, ».

Amendement n° AS 376 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 14

I. – À l'alinéa 2, après les mots : « ainsi que », insérer les mots : « 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 »

II. – Après l'alinéa 5, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les entreprises d'assurance et de réassurance régies par le code des assurances, le chiffre d'affaires est celui défini au 1 du VI de l'article 1586 *sexies* du code général des impôts à l'exclusion du produit des ajustements sur opérations à capital variable. »

Amendement n° AS 377 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 15

Après l'alinéa 3, insérer l'alinéa suivant :

« Les véhicules spécialement équipés pour fonctionner au moyen du superéthanol E85 mentionné au tableau B du 1 de l'article 265 du code des douanes bénéficient d'un abattement de 40 % sur les taux d'émissions de dioxyde de carbone, au sens de la directive 2007/46/CE précitée, figurant dans le tableau du *a*. Cet abattement ne s'applique pas aux véhicules dont les émissions de dioxyde de carbone sont supérieures à 250 grammes par kilomètre. »

Amendement n° AS 378 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 16

Après l'alinéa 9, insérer l'alinéa suivant :

« *aa*) Au 1° du I, le montant : « 859,24 » est remplacé par le montant : « 941,81 » ; ».

Amendement n° AS 379 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 16

Substituer aux alinéas 13 à 16 les treize alinéas suivants :

« 4° L'article 438 est ainsi modifié :

« *a*) Au deuxième alinéa, le taux : « 8,78 » est remplacé par le taux : « 9,62 » ;

« *b*) Au troisième alinéa, le taux : « 3,55 » est remplacé par le taux : « 3,89 » ;

« *c*) À l'avant-dernier alinéa, le taux : « 1,25 » est remplacé par le taux : « 1,37 » ;

« *d*) Après la deuxième phrase du dernier alinéa, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« « Ce relèvement ne peut excéder 1,75 % . » ;

« 5° L'article 520 A est ainsi modifié :

« *a*) Aux troisième et septième alinéas, le taux : « 1,36 » est remplacé par le taux : « 1,49 » ;

« *b*) Au quatrième alinéa, le taux : « 2,71 » est remplacé par le taux : « 2,97 » ;

« *c*) Au huitième alinéa, le taux : « 1,62 » est remplacé par le taux : « 4,75 » ;

« *d*) Au neuvième alinéa, le taux : « 2,04 » est remplacé par le taux : « 2,24 » ;

« *e*) Après la deuxième phrase du dernier alinéa, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« « Ce relèvement ne peut excéder 1,75 % . » »

Amendement n° AS 380 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Après l'article 16

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 1,5 % 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^{er} 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 381 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Après l'article 16

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 137-26 du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 13 ainsi rédigée :

« Section 13

« Contribution sur les acides gras trans

« *Art. L. 137-28.* – Il est institué, au profit des régimes obligatoires d'assurance maladie, une contribution sur les acides gras trans synthétisés par des procédés industriels.

« Cette contribution s'applique sur le prix de vente hors taxe de ces produits. Son taux est de 25 %.

« Les modalités de recouvrement de cette contribution sont fixées par décret. »

Amendement n° AS 383 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 31

À l'alinéa 4, après les mots : « ne peuvent consister qu'en des », insérer les mots : « avances de trésorerie ou des ».

Amendement n° AS 384 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 31

À l'alinéa 4, après les mots : « douze mois auprès », insérer les mots : « de la Caisse des dépôts et consignations ou ».

Amendement n° AS 385 présenté par M. Yves Bur

Article additionnel après l'article 34

Insérer l'article suivant :

L'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les groupes génériques prévus au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, l'inscription d'un médicament sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas peut être conditionnée à la procédure définie au présent alinéa. Lorsqu'il existe une offre commercialisée suffisante, le comité institué par l'article L. 162-17-3 du présent code peut décider de lancer une procédure d'appel d'offres. Sont inscrits sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas les trois médicaments du groupe générique dont les titulaires des droits d'exploitation ont proposé les prix les plus bas au cours de cette procédure. Les modalités d'application du présent alinéa sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

Amendement n° AS 386 présenté par M. Yves Bur

Article 46

Aux alinéas 2, 3 et 6, substituer respectivement aux montants : « 385,87 millions d'euros », « 55 millions d'euros » et « 20 millions d'euros », les montants : « 300 millions d'euros », « 35 millions d'euros » et « 15 millions d'euros ».

Amendement n° AS 387 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Après l'article 62

Insérer l'article suivant :

Au troisième alinéa de l'article 224-5 du code de la sécurité sociale, les mots : « ou des organismes locaux » sont remplacés par les mots : « , des organismes locaux du régime général et de tout organisme de tout autre régime de sécurité sociale ».

Amendement n° AS 388 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Après l'article 62

Insérer l'article suivant :

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

1° Le second alinéa de l'article L. 712-6 est ainsi rédigé :

« Le service des prestations peut être assuré directement par les organismes mutualistes ou par le biais d'unions techniques constituées entre ces organismes mutualistes, ou par le biais de caisses d'assurance maladie, pour l'accomplissement des tâches de liquidation et de paiement ou de traitement informatique, déterminées par convention. » ;

2° L'article L. 712-8 est abrogé.

II. – Au 4° du I de l'article L. 111-1 du code de la mutualité, les références : « et L. 712-6 à L. 712-8 » sont remplacées par les références : « L. 712-6 et L. 712-7 ».

III. – Avant le 31 décembre 2015, la gestion de l'assurance maladie obligatoire est exclusivement confiée aux régimes obligatoires d'assurance maladie.

Amendement n° AS 389 présenté par Mme Bérengère Poletti

Article 36

À l'alinéa 7, après les mots : « santé, », insérer les mots : « à des services et ».

Amendement n° AS 390 présenté par Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour le médico-social

Article 37

À l'alinéa 1, substituer à la référence : « à l'article L. 314-2 », la référence : « au I de l'article L. 313-12 ».

Amendement n° AS 391 présenté par Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour le médico-social

Article 37

À l'alinéa 2, substituer au mot : « modulation », le mot : « majoration ».

Amendement n° AS 392 présenté par Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour le médico-social

Article 37

À l'alinéa 4, substituer aux mots : « Celles-ci », les mots : « Les agences ».

Amendement n° AS 393 présenté par Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour le médico-social

Article 37

À l'alinéa 5, après les mots : « régionales de santé et », insérer le mot : « est ».

Amendement n° AS 394 présenté par Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour le médico-social

Après l'article 37

Insérer l'article suivant :

Le dernier alinéa de l'article L. 314-4 du code de l'action sociale et des familles est complété par une phrase ainsi rédigée :

« La convergence des tarifs vers les tarifs plafonds est suspendue jusqu'au 31 décembre 2012. »

Amendement n° AS 395 présenté par Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour le médico-social

Après l'article 37

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L.314-9-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 314-9-1.* – Au plus tard le 1^{er} janvier 2014, les montants des éléments de tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés au 6° et au 7° du I de l'article L. 312-1 sont modulés selon les besoins en soins requis de la personne prise en charge ainsi que son état évalué au moyen de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2.

« Les montants des éléments de tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés au 6° et au 7° du I de l'article L. 312-1 tiennent compte des caractéristiques des services et des prestations servies, ainsi que des sujétions financières spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle les coûts de fonctionnement desdits services.

« L'évaluation des besoins en soins requis des personnes accueillies est réalisée par l'infirmier coordonnateur du service, sur la base d'une grille nationale arrêtée par les ministres chargés de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, après avis du Conseil national de l'organisation sanitaire et sociale, du Conseil national consultatif des personnes

handicapées, du Comité national des retraités et personnes âgées et du conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

« Le recueil des besoins en soins mentionnés aux alinéas précédents est réalisé selon une périodicité et dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

« Les modalités de fixation de la tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés au 6° et au 7° du I de l'article L. 312-1 qui intègrent les éléments de modulation précisés aux deux premiers alinéas sont déterminées par un décret en Conseil d'État. Ce décret précise notamment les différentes dépenses médico-sociales prises en compte pour cette catégorie de services, sur la base des résultats d'une étude nationale relative à l'analyse des différents coûts menée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, dans le cadre de ses missions fixées au 11° du I de l'article L. 14-10-1 ».

Amendement n° AS 396 présenté par M. Denis Jacquat, rapporteur pour la branche vieillesse

Article 49

À l'alinéa 2, après le mot « lesquelles », substituer au mot : « toute », le mot : « une ».

Amendement n° AS 397 présenté par M. Denis Jacquat, rapporteur pour la branche vieillesse

Article 49

À l'alinéa 4 :

I. – Après les mots : « inscription », insérer les mots : « postérieures au 31 décembre 2011 ».

II. – En conséquence, après les mots : « code du sport », supprimer les mots « postérieures au 31 décembre 2011 ».

Amendement n° AS 398 présenté par M. Denis Jacquat, rapporteur pour la branche vieillesse

Article 49

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« VI. – Avant le 1^{er} octobre 2013, le Gouvernement remet au Parlement un rapport présentant le coût du dispositif prévu au présent article, et étudiant la possibilité d'augmenter le nombre de trimestres mentionné au 7° de l'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale. »

Amendement n° AS 399 présenté par M. Denis Jacquat, rapporteur pour la branche vieillesse

Article 50

À l'alinéa 9, après les mots : « à l'article L. 351-1-2 », substituer au mot : « et », le signe : « , ».

Amendement n° AS 400 présenté par M. Denis Jacquat, rapporteur pour la branche vieillesse

Article 51

À l'alinéa 3, substituer aux mots : « Les dispositions du présent article sont applicables », les mots : « L'article L. 382-29-1 du code de la sécurité sociale est applicable ».

Amendement n° AS 401 présenté par M. Denis Jacquat, rapporteur pour la branche vieillesse

Après l'article 51

Insérer l'article suivant :

I. – Le deuxième alinéa de l'article L. 353-1 du code de la sécurité sociale est complété par la phrase suivante :

« Toutefois, ce minimum n'est pas applicable aux pensions de réversion issues d'une pension dont le montant est inférieur au minimum prévu à l'article L. 351-9.

II. – Le présent article s'applique aux pensions de réversion prenant effet à compter du 1^{er} juillet 2012.

Amendement n° AS 403 présenté par Mme Martine Pinville, rapporteure pour la branche famille, Mme Marie-Françoise Clergeau et les commissaires socialistes, radicaux, citoyen et divers gauche

Article 58

À la fin de la seconde phrase de l'alinéa 3, substituer aux mots : « à l'allocataire », les mots : « au créancier ».

Amendement n° AS 404 présenté par Mme Martine Pinville, rapporteure pour la branche famille, Mme Marie-Françoise Clergeau et les commissaires socialistes, radicaux, citoyen et divers gauche

Après l'article 58

Insérer l'article suivant :

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 31 décembre 2012, 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 405 présenté par Mme Martine Pinville, rapporteure pour la branche famille, Mme Marie-Françoise Clergeau et les commissaires socialistes, radicaux, citoyen et divers gauche

Après l'article 58

Insérer l'article suivant :

L'article L. 214-2 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa de 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. »

2° Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ce schéma peut être consulté par les professionnels et les particuliers sur simple demande. »

Amendement n° AS 406 présenté par Mme Martine Pinville, rapporteure pour la branche famille, Mme Marie-Françoise Clergeau et les commissaires socialistes, radicaux, citoyen et divers gauche

Après l'article 58

Insérer l'article suivant :

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 30 juin 2012, 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 Mme Martine Pinville, rapporteure pour la branche famille, Mme Marie-Françoise Clergeau et les commissaires socialistes, radicaux, citoyen et divers gauche

Après l'article 58

Insérer l'article suivant :

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 30 juin 2012, un rapport dressant un premier bilan de la mise en œuvre du plan métiers de la petite enfance.

Amendement n° AS 408 présenté par Mme Martine Pinville, rapporteure pour la branche famille, Mme Marie-Françoise Clergeau et les commissaires socialistes, radicaux, citoyen et divers gauche

Après l'article 58

Insérer l'article suivant :

Avant le 30 septembre 2012, 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 409 présenté par Mme Martine Pinville, rapporteure pour la branche famille, Mme Marie-Françoise Clergeau et les commissaires socialistes, radicaux, citoyen et divers gauche

Après l'article 58

Insérer l'article suivant :

I. – L'article 27 de la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance est ainsi modifiée :

1° Les I, II et III deviennent les I, II et III d'un article L. 226-14 inséré dans le code de l'action sociale et des familles ;

2° Le IV est abrogé.

II. – L'article L. 226-14 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° À la seconde phrase 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 » ;

2° Aux deuxième et troisième alinéas du II, après les mots : « est arrêté » sont insérés les mots : « chaque année ».

Amendement n° AS 410 présenté par Mme Martine Pinville, rapporteure pour la branche famille, Mme Marie-Françoise Clergeau et les commissaires socialistes, radicaux, citoyen et divers gauche

Après l'article 58

Insérer l'article suivant :

Le Gouvernement évalue les conditions de transformation du congé de paternité en congé d'accueil à l'enfant. Ses conclusions font l'objet d'un rapport déposé devant le Parlement avant le 30 juin 2012.

Amendement n° AS 411 présenté par Mme Martine Pinville, rapporteure pour la branche famille, Mme Marie-Françoise Clergeau et les commissaires socialistes, radicaux, citoyen et divers gauche

Après l'article 58

Insérer l'article suivant :

Le début de l'article L. 122-25-4 du code du travail est ainsi rédigé :

« 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. Le ou la salarié (e) qui souhaite bénéficier du congé d'accueil à l'enfant ... (*le reste sans changement*). »

Amendement n° AS 412 présenté par Mme Martine Pinville, rapporteure pour la branche famille, Mme Marie-Françoise Clergeau et les commissaires socialistes, radicaux, citoyen et divers gauche

Après l'article 58

Insérer l'article suivant :

Avant le 1^{er} septembre 2012, 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 413 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 63

Rédiger ainsi la première phrase de l'alinéa 10 :

« Les faits pouvant donner lieu au prononcé d'une pénalité se prescrivent selon les règles définies à l'article 2224 du code civil. »

Amendement n° AS 414 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 63

Rédiger ainsi la première phrase de l'alinéa 21 :

« Les faits pouvant donner lieu au prononcé d'une pénalité se prescrivent selon les règles définies à l'article 2224 du code civil. »

Amendement n° AS 415 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 63

À l'alinéa 30, substituer aux références : « , L. 162-1-14, L. 162-1-14-1 et L. 162-1-14-2 », les références : « et L. 162-1-14 à L. 162-1-14-2 ».

Amendement n° AS 416 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 63

À l'alinéa 30, substituer aux mots : « d'entrée en vigueur », les mots : « de promulgation ».

Amendement n° AS 417 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général et M. Jean-Pierre Door

Après article 68

Insérer l'article suivant :

I. – Après l'article L. 162-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-3-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-3-1.* – Hormis certains cas déterminés, la prescription de médicaments et de dispositifs médicaux admis au remboursement par l'assurance maladie, par un professionnel de santé légalement autorisé à prescrire, s'effectue par voie dématérialisée. Les modalités d'exécution de ce dispositif sont fixées par décret en Conseil d'État. »

II. – À l'article L. 162-8 du même code, les mots « de l'article L. 162-4 » sont remplacés par les mots : « des l'article L. 162-3-1 et L. 162-4 ».

Amendement n° AS 418 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 64

À l'alinéa 5, supprimer les mots : « de ce dernier ».

Amendement n° AS 419 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 64

À la seconde phrase de l'alinéa 6, après les mots : « pénalité », insérer les mots : « qui est ».

Amendement n° AS 420 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 64

À la seconde phrase de l'alinéa 6, substituer au nombre : « 50 », le nombre : « 30 ».

Amendement n° AS 421 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 64

À l'alinéa 14, supprimer les mots : « de ce dernier ».

Amendement n° AS 422 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 64

À la seconde phrase de l'alinéa 15, substituer au nombre : « 50 », le nombre : « 30 ».

Amendement n° AS 424 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Après l'article 65

Insérer l'article suivant :

Après le cinquième alinéa de l'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les documents et informations sont communiqués à titre gratuit, dans les trente jours qui suivent la réception de la demande. »

Amendement n° AS 427 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 66

À la seconde phrase de l'alinéa 2, substituer au mot : « précisée », les mots : « dont les modalités sont précisées ».

Amendement n° AS 429 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Après l'article 66

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 243-3-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 243-3-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 243-3-3.* – Lorsqu'un dirigeant d'une société, d'une personne morale ou de tout autre groupement, est responsable des manoeuvres frauduleuses ou de l'inobservation grave et répétée des obligations sociales qui ont rendu impossible le recouvrement des cotisations, contributions et sanctions pécuniaires dues par la société, la personne morale ou le groupement, ce dirigeant peut, s'il n'est pas déjà tenu au paiement des dettes sociales en application d'une autre disposition, être déclaré solidairement responsable du paiement de ces cotisations, contributions et sanctions pécuniaires, par le président du tribunal de grande instance.

« À cette fin, le directeur de l'organisme créancier assigne le dirigeant devant le président du tribunal de grande instance du lieu du siège social.

« Cette disposition est applicable à toute personne exerçant en droit ou en fait, directement ou indirectement, la direction effective de la société, de la personne morale ou du groupement.

« Les voies de recours qui peuvent être exercées contre la décision du président du tribunal de grande instance ne font pas obstacle à ce que le directeur de l'organisme créancier prenne à son encontre des mesures conservatoires en vue de préserver le recouvrement de la créance sociale. »

Amendement n° AS 431 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 67

À l'alinéa 3, substituer aux mots : « dans les conditions prévues au présent II est alors », les mots : « établie en application du présent II est ».

Amendement n° AS 432 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Après l'article 67

Insérer l'article suivant :

Le dernier alinéa de l'article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale est supprimé.

Amendement n° AS 433 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Après l'article 67

Insérer l'article suivant :

Au 2° des articles 444-3 et 444-5 du code pénal, après les mots : « les administrations publiques » sont insérés les mots : « , les organismes de sécurité sociale ».

Amendement n° AS 434 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Après l'article 67

Insérer l'article suivant :

Le dernier alinéa de l'article L. 242-1-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les mots « , au titre de l'assurance vieillesse, » sont supprimés ;

2° Après les mots : « prévue au premier alinéa », sont insérés les mots : « en matière d'ouverture des droits et de calcul des ressources au titre des prestations servies par les organismes de sécurité sociale ».

Amendement n° AS 435 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, MM. Jean-Pierre Door, Denis Jacquat, Dominique Tian, Pierre Morange, Elie Aboud, Mme Valérie Boyer, MM Georges Colombier, Guy Lefrand, Philippe Vitel et Raymond Lancelin

Après l'article 67

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 flagrante sociale comportant l'évaluation du montant des cotisations dissimulées.

« 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 du montant des cotisations dissimulées évalué 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 436 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 68

Rédiger ainsi le début de l'alinéa 2 : « Le service peut transmettre aux organismes mentionnés à l'article ... (*le reste sans changement*). »

Amendement n° AS 437 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Article 35

À la première phrase de l'alinéa 2, après le mot : « décret », insérer les mots : « , après consultation de la Haute Autorité de santé, de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, et des fédérations hospitalières représentatives publiques et privées ».

Amendement n° AS 438 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Après l'article 35

Insérer l'article suivant :

Au VIII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, la date : « 1^{er} janvier 2012 » est remplacée par la date : « 1^{er} mars 2013 ».

Amendement n° AS 439 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Après l'article 35

I. – L'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « un taux prévisionnel d'évolution des dépenses d'assurance maladie afférentes à ces spécialités et à ces produits et prestations » sont remplacés par les mots : « deux taux prévisionnels d'évolution des dépenses d'assurance maladie afférentes respectivement à ces spécialités pharmaceutiques et à ces produits et prestations » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « de ce taux » sont remplacés par les mots : « d'au moins un de ces taux » ;

3° Au deuxième alinéa, les mots : « pratiques de cet établissement » sont remplacés par les mots : « qui est annexé au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations ».

II. – Les dispositions du 1° et du 2° du I s'appliquent pour la première fois au titre des dépenses de santé de l'année 2012. Les dispositions du 3° du I s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2013.

Amendement n° AS 440 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Après l'article 35

Insérer l'article suivant :

L'article L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « , pour une période de cinq ans à compter du 1^{er} janvier 2007, » ainsi que la deuxième phrase sont supprimés ;

2° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« L'observatoire est chargé du suivi des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation et de la situation financière des établissements de santé publics et privés. Il se fonde

notamment sur l'analyse des données d'activité de soins et des dépenses engendrées par ces activités. » ;

3° Au quatrième alinéa, le mot : « semestriel » est remplacé par le mot : « annuel ».

Amendement n° AS 441 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Après l'article 35

Insérer l'article suivant :

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

1° le V de l'article L. 162-22-10 est supprimé ;

2° le quatrième alinéa de l'article L. 162-22-13 est supprimé ;

3° Après l'article L. 162-22, il est inséré un article L. 162-22-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-1* – Le Gouvernement présente avant le 15 septembre de chaque année au Parlement un rapport sur les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé, incluant un bilan rétrospectif et présentant les évolutions envisagées. Ce rapport précise notamment les dispositions prises :

« - sur la tarification à l'activité des établissements de santé et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés. À ce titre, sont notamment décrites les dispositions prises afin de prendre en compte les spécificités des actes réalisés dans les établissements publics de santé et mesurer l'impact sur leurs coûts de leurs missions de service public. En outre, le rapport souligne les actions engagées afin de mesurer et prévenir les conséquences de la tarification à l'activité sur le nombre des actes, la qualité des soins, les activités de santé publique et la prise en charge des pathologies chroniques. Enfin, le rapport souligne les dispositions prises pour tenir compte du cas particulier des établissements situés dans les zones de faible densité démographique, zones de revitalisation rurale ou zones de montagne ;

« - sur les dotations finançant les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation telles que mentionnées à l'article L. 162-22-13. À ce titre, le rapport contient une analyse du bien-fondé du périmètre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé, 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 ;

« - sur le processus de convergence des tarifs, tel que mentionné à l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004. À ce titre, le rapport met en perspective le programme précisant la méthode et les étapes permettant de progresser dans la réalisation de la convergence intersectorielle des tarifs avant l'échéance de 2018. »

II. – Les deux dernières phrases 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 sont supprimées.

Amendement n° AS 443 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Article 36

À l'alinéa 7, après les mots : « à des centres de santé, », insérer les mots : « à des pôles de santé, à des maisons de santé, à des réseaux de santé, ».

Amendement n° AS 444 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Article 36

Après l'alinéa 25, insérer l'alinéa suivant :

« En vue de permettre un suivi de l'utilisation des dotations affectées au fonds d'intervention régional, un bilan élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale de santé est adressé au Parlement avant le 15 octobre de chaque année. Ce bilan contient notamment une analyse du bien-fondé du périmètre des actions mentionnées à l'article L. 1435-8, de l'évolution du montant des dotations régionales annuelles affectées au fonds, ainsi qu'une explicitation des critères de répartition régionale. »

Amendement n° AS 445 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail et M. Yves Bur

Article 36

I. – Après l'alinéa 47, insérer l'alinéa suivant :

« 3° La part régionale de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé, prévue à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, correspondant aux crédits consacrés à la permanence des soins des établissements de santé et aux aides régionales à la contractualisation hors investissements. »

II. – À l'alinéa 48, substituer au chiffre : « deux », le chiffre : « trois ».

Amendement n° AS 446 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Après l'article 13

Insérer l'article suivant :

I. – Après le II de l'article L. 136-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un II *bis* ainsi rédigé :

« II *bis*. – La contribution due sur les revenus de source étrangère, sous réserve, s'agissant des revenus d'activité, qu'elle n'ait pas fait l'objet d'un précompte par l'employeur, est établie, recouvrée et contrôlée dans les conditions et selon les modalités prévues au III de l'article L. 136-6. »

II. – Au deuxième alinéa de l'article L. 131-9 du même code, après la référence : « L. 242-1 » sont insérés les mots : « et de leurs revenus de remplacement ».

III. – L'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifiée :

1° Au premier alinéa de l'article 14, les mots : « , à l'exception des revenus de source étrangère visés au 1° du III de l'article 15 ci-après, » sont supprimés ;

2° Au premier alinéa du I de l'article 15, les mots « désignées au I de l'article 14 de la présente ordonnance » sont remplacés par les mots « fiscalement domiciliés en France au sens de l'article 4B du code général des impôts » ;

3° Le 1° du III de l'article 15 est supprimé.

IV. – Les I et III s'appliquent aux revenus perçus à compter du 1^{er} janvier 2011.

V. – Le II s'applique à compter du 1^{er} janvier 2012.

Amendement n° AS 447 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général et M. Denis Jacquat

Après l'article 21

Insérer l'article suivant :

I. – Au premier alinéa de l'article L. 642-4 du code de la sécurité sociale, les mots : « à la Caisse d'allocation vieillesse » sont remplacés par les mots : « au régime complémentaire institué, en application de l'article L.644-1, au profit ».

II. – Les pertes de recettes pour les organismes de sécurité sociale sont compensées à due concurrence par le produit d'une taxe additionnelle au droit de consommation sur les tabacs visé à l'article 575 du code général des impôts. »

Amendement n° AS 448 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 29

Rédiger ainsi l'alinéa 51 :

« XVI. – Au deuxième alinéa de l'article L. 723-5 du même code, les mots : « professionnels de l'avant-dernière année tels qu'ils sont définis aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 131-6 » sont remplacés par les mots : « définis conformément aux articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2 ». »

Amendement n° AS 449 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. 133-8-3 du code de la sécurité sociale devient l'article L. 133-8-4.

II. – Avant l'article L. 133-8-4 du même code, il est rétabli un article L. 133-8-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-8-3.* – Lorsque l'employeur bénéficie de l'allocation prévue à l'article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles ou de celle prévue à l'article L. 245-1 du même code, et que cette allocation est versée sous forme de chèque emploi-service universel préfinancé, la part de l'allocation relative aux cotisations et contributions sociales prises en charge par le département qui sert l'allocation au titre de l'emploi correspondant est versée par le département, pour le compte de l'employeur, directement auprès de l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-8 du présent code, selon des modalités fixées par décret.

« Le département verse à l'organisme de recouvrement, dans les conditions prévues par le décret mentionné à l'alinéa précédent, une somme destinée à assurer le recouvrement de l'ensemble des cotisations et contributions sociales dues lorsque le salarié n'a pas obtenu le remboursement de la totalité des chèques emploi-service universels préfinancés au moment de l'exigibilité. Ce versement fait l'objet, le cas échéant, d'une régularisation. »

III. – À la seconde phrase du IV de l'article L. 241-17 du code de la sécurité sociale et dans la seconde phrase de l'article L. 1272-5 du code du travail, la référence : « L. 133-8-3 » est remplacée par la référence : « L. 133-8-4 ».

Amendement n° AS 450 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Après l'article 31

Insérer l'article suivant :

Après l'article L.O. 132-2-1 du code des juridictions financières, il est inséré un article L. 132-2-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 132-2-2.* – Pour l'exécution de la mission visée à l'article L.O. 132-2-1, les membres et personnels de la Cour des comptes peuvent examiner les opérations qu'effectuent les organismes et régimes visés à l'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale et l'organisme visé à l'article L. 135-6 du même code pour le compte des branches et de l'activité de recouvrement du régime général de sécurité sociale. Les dispositions des articles R. 137-1 à R. 137-4 du présent code s'appliquent à ces travaux. »

Amendement n° AS 451 présenté par M. Yves Bur

Après l'article 35

Insérer l'article suivant :

I. – L'article L. 6211-21 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6211-21.* – Sous réserve des accords ou conventions susceptibles d'être passés avec des régimes ou des organismes d'assurance maladie ou des établissements de santé publics ou privés, ou des groupements de coopération sanitaire mentionnés à l'article L. 6133-1, et sous réserve des contrats de coopération mentionnés à l'article L. 6212-6, les examens de biologie médicale sont facturés au tarif de la nomenclature des actes de biologie médicale prise en application des articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-1 du code de la sécurité sociale. »

II. – Le IV de l'article 8 de l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale est supprimé.

Amendement n° AS 452 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 10

I. – Avant l'alinéa 1, insérer les quatre alinéas suivants :

« I. – L'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« 1° Le 2° est supprimé ;

« 2° Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au premier alinéa, ne sont pas assujettis à cette contribution les employeurs de moins de dix salariés au titre des contributions versées au bénéfice des salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit pour le financement de prestations complémentaires de prévoyance. »

II. – En conséquence, au début de l'alinéa 1, insérer la mention : « II. – »

III. – Au 2°, le taux : « 3,65 % » est remplacé par le taux : « 5 % »

IV. – Compléter cet article par les 11 alinéas suivants :

« 3° Au 2°, les taux : « 4,35 % » et « 0,77 % » sont respectivement remplacés par les taux : « 3 % » et « 0,5 % ».

« III. – La section 1 du chapitre VII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

« 1° Son intitulé est ainsi rédigé : « Dispositions communes » ;

« 2° Les articles L. 137-1 et L. 137-2 sont abrogés ;

« 3° L'article L. 137-3 est ainsi modifié :

« a) Au premier alinéa, les mots : « Cette taxe est recouvrée et contrôlée » sont remplacés par les mots : « Les contributions mentionnées au présent chapitre, sauf dispositions expresses contraires, sont recouvrées et contrôlées » ;

« b) Au deuxième alinéa, les mots « de la taxe » sont remplacés par les mots « de ces contributions » ;

« c) Au dernier alinéa, les mots : « la taxe » sont remplacés par les mots : « les contributions » et les mots : « est directement recouvrée et contrôlée » sont remplacés par les mots : « sont directement recouvrées et contrôlées » ;

« 4° Au premier alinéa de l'article L. 137-4, les mots : « à la taxe visée à l'article L. 137-1 relèvent » sont remplacés par les mots : « aux contributions mentionnées au présent chapitre relèvent, sauf dispositions expresses contraires, ».

V. – Le 2° de l'article L. 131-8, le 2. de l'article L. 137-5, le III des articles L. 137-10 et L. 137-11, la dernière phrase de l'article L. 137-12 ainsi que le IV de l'article L. 137-13 du même code sont supprimés et l'article L.137-17 du même code est abrogé.

VI. – Au second alinéa de l'article L. 6331-42 du code du travail, les mots : « la taxe mentionnée à l'article L. 137-1 » sont remplacés par les mots : « les contributions mentionnées au chapitre VII du titre III du livre I^{er} ».

Amendement n° AS 453 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Article 39

Au dernier alinéa, supprimer les mots : « titulaires d'officines ».

Amendement n° AS 454 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Article 39

Après l'alinéa 6, insérer l'alinéa suivant :

« 10° Les mesures et procédures applicables aux pharmaciens dont les pratiques sont contraires aux engagements fixés par la convention. »

Amendement n° AS 455 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Article 41

Après le premier alinéa, insérer l'alinéa suivant :

« 1° Au II, après les mots : « les engagements réciproques des signataires », insérer les mots : « , notamment le délai dans lequel l'administration informe le service du contrôle médical de l'assurance maladie de la survenue d'un arrêt de travail, » »

Amendement n° AS 456 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Article 41

À l'alinéa 12, après les mots : « de la demande », insérer les mots : « par le comité médical ».

Amendement n° AS 457 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Article 41

Compléter l'alinéa 3 par la phrase suivante : « Lorsque le travailleur indépendant est inscrit à un ordre professionnel, celui-ci est également tenu informé. »

Amendement n° AS 458 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Après l'article 34

Insérer l'article suivant :

L'article L. 6314-2 du code de la santé publique, est ainsi rédigé :

« Les médecins participant à la permanence des soins, conformément aux conditions et aux modalités d'organisation définies par décret en Conseil d'État, bénéficient pour les dommages causés ou subis dans cette activité d'une couverture assurantielle fournie par l'établissement public de santé hébergeant la régulation médicale des appels. Ce même régime s'applique dans le cas où, après accord exprès de l'établissement public en cause, le médecin libéral assure la régulation des appels depuis son cabinet ou son domicile. Toute clause d'une convention contraire aux principes énoncés dans le présent article est nulle. »

Amendement n° AS 459 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Après l'article 34

Insérer l'article suivant :

I. – Les professionnels mentionnés au 7° de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale exerçant leur activité dans les zones définies dans les conditions fixées par l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, où l'offre de soins est déficitaire, sont exonérés d'une partie des cotisations mentionnées au 1° de l'article L. 642-1 du code de la sécurité sociale ;

II. – La perte de recettes pour la sécurité sociale est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Amendement n° AS 461 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Article 33

À l'alinéa 7, substituer au nombre : « 4 580 », le nombre : « 5 580 ».

Amendement n° AS 462 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Article 33

Compléter cet article par les deux alinéas suivants :

« XI. – Au premier alinéa de l'article L. 5211-5-1 du code de la santé publique, le nombre : « 4 580 », est remplacé par le nombre : « 5 580 » ;

« XII. – Au deuxième alinéa de l'article L. 5123-5 du même code, le nombre : « 4 600 », est remplacé par le nombre : « 5 600 ».

Amendement n° AS 463 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, et M. Jean-Pierre Door

Article 21

1° À l'alinéa 1, substituer aux mots : « et maternité » les mots : « , maternité et décès » ;

2° À l'alinéa 3, substituer aux mots : « Chambre de commerce et d'industrie de Paris » les mots : « Chambre de commerce et d'industrie de région Paris-Ile-de-France, à raison de l'affiliation au régime général de sécurité sociale des assurés qui relevaient antérieurement du régime spécial d'assurance maladie de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris, ».

Amendement n° AS 464 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Après l'article 33

Insérer l'article suivant :

« Le premier alinéa de l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale est complété par la phrase suivante :

« Lorsque la fixation du prix ne tient pas compte principalement de l'amélioration du service médical rendu apportée par le médicament, tel que fixé par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé doit motiver sa décision auprès de cette commission. »

Amendement n° AS 466 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Après l'article 33

Insérer l'article suivant :

I. – Le deuxième alinéa de l'article L. 161-41 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les mots : « qui en fixe la composition et les règles de fonctionnement » sont supprimés ;

2° Il est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le mode de nomination des membres, la composition ainsi que les règles de fonctionnement des commissions spécialisées sont fixés par le collège. ».

II. – Au deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du même code, les mots « ainsi que la composition et le fonctionnement de la commission » sont supprimés.

III. – Au premier alinéa de l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, les mots : « dont la composition et le fonctionnement sont fixés par décret en Conseil d'État » sont supprimés.

Amendement n° AS 467 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Après l'article 33

Insérer l'article suivant :

Au II de l'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale, après les mots : « un suivi périodique des dépenses de médicaments », sont insérés les mots : « et des dispositifs médicaux ».

Amendement n° AS 468 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Après l'article 34

Insérer l'article suivant :

Au troisième alinéa de l'article L. 3111-1 du code de la santé publique, après les mots : « ou des communes », sont insérés les mots : « , les médecins des centres pratiquant les examens de santé gratuits prévus à l'article L. 321-3 du code de la sécurité sociale ».

Amendement n° AS 470 présenté par M. Jean-Pierre Door

Après l'article 34

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 421-2-1 du chapitre 1^{er} du titre IV du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. L. 421-2-2. – En cas de contestation de l'employeur relative à l'imputabilité des lésions ou aux prestations servies au titre d'un accident du travail ou maladie professionnelle, le juge, lorsqu'il l'estime nécessaire, peut ordonner une expertise technique médicale.

« Le praticien conseil du contrôle médical du régime de sécurité sociale concerné transmet, sans que puissent lui être opposées les dispositions de l'article 226-13 du code pénal, à l'attention du médecin expert désigné par la juridiction compétente, les éléments médicaux en sa possession liés soit à l'imputabilité des lésions ou des prestations à l'accident du travail, à la maladie professionnelle ou à la rechute, soit à la justification des soins. À la demande de l'employeur, ces éléments sont notifiés au médecin qu'il mandate à cet effet. La victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle est informée de cette notification.

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

Amendement n° AS 471 présenté par M. Jean-Pierre Door

Article 37

À l'alinéa 2, après les mots : « cet article en introduisant », insérer les mots : « , dans le respect de la déontologie des professions de santé, ».

Amendement n° AS 472 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Après l'article 17

Insérer l'article suivant :

Au 3° du I de l'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « sauf dans la presse médicale bénéficiant d'un numéro de commission paritaire ou d'un agrément défini dans les conditions fixées par décret » sont supprimés.

Amendement n° AS 473 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 19

À l'alinéa 84, substituer au nombre : « 510 », le nombre : « 1 200 ».

Amendement n° AS 474 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Article 35

À la première phrase de l'alinéa 2, après le mot : « établissements », insérer les mots : « de santé ».

Amendement n° AS 475 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Article 35

À la dernière phrase de l'alinéa 2, substituer aux mots : « des dispositions prévues au », le mot : « du ».

Amendement n° AS 476 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Article 36

À l'alinéa 5, substituer aux mots : « Il est créé un fonds d'intervention régional. Ce fonds finance », les mots : « Un fonds d'intervention régional finance ».

Amendement n° AS 477 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Article 36

À l'alinéa 7, substituer aux mots : « établissements de santé et médico-sociaux », les mots : « établissements de santé ou médico-sociaux ».

Amendement n° AS 478 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Article 36

À l'alinéa 11, après le mot : « prévention », insérer les mots : « des maladies ».

Amendement n° AS 479 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Article 36

À l'alinéa 11, après le mot : « santé », insérer les mots : « , l'éducation à la santé ».

Amendement n° AS 480 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Article 36

Après l'alinéa 12, insérer l'alinéa suivant :

« 8° La prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'aux prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes. »

Amendement n° AS 481 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Article 36

À l'alinéa 26, supprimer les mots : « , sauf mention contraire, ».

Amendement n° AS 482 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Article 36

À l'alinéa 46, substituer au mot : « visé », le mot : « mentionné ».

Amendement n° AS 483 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Article 36

À l'alinéa 47, substituer au mot : « visé », le mot : « mentionné ».

Amendement n° AS 484 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Article 40

À l'alinéa 5, après le mot : « assurance », insérer le mot : « maladie ».

Amendement n° AS 485 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Article 36

I. – Après l'alinéa 30, insérer l'alinéa suivant :

« 5°*bis* L'article L. 6112-3-2 est abrogé. »

II. – Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« VI. – À titre transitoire et jusqu'à l'entrée en vigueur du décret mentionné à l'article L. 1435-11 du code de la santé publique, pour sa participation à la mission de service public mentionnée au 1° de l'article L. 6112-1 du même code dans un établissement de santé assurant cette mission, le médecin libéral qui exerce une spécialité médicale répertoriée dans le contrat mentionné au neuvième alinéa de l'article L. 6112-2 du même code et selon les conditions fixées par ce contrat est indemnisé conformément aux modalités définies par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. »

Amendement n° AS 486 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Après l'article 36

Insérer l'article suivant :

I. – Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1^{er} janvier 2012 et pour une période n'excédant pas cinq ans, portant sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents pré-hospitaliers réalisés à la demande du service d'aide médicale urgente, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité de l'offre de transports sanitaires urgents en région.

II. – Dans ce cadre et en tant que de besoin, les expérimentations peuvent déroger aux dispositions suivantes :

A. – À l'article L. 6312-5 du code de la santé publique, en tant qu'ils concernent les conditions de réalisation des transports sanitaires urgents à la demande du service d'aide médicale urgente,

B. – Au 6° de l'article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale, en tant qu'il concerne les conditions de rémunération des entreprises de transport sanitaires dans le cadre de leur participation à la garde départementale et à la prise en charge des urgences pré-hospitalières. Les plafonds des montants des éléments de tarification des entreprises de transports sanitaires assurant la prise en charge des urgences pré-hospitalières, ainsi que le montant maximal de dépenses au titre de ces rémunérations pour chaque région ou département participant à l'expérimentation sont fixés par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale.

III. – Les agences régionales de santé en lien avec les organismes locaux d'assurance maladie conduisent ces expérimentations. Ils déterminent les conditions de rémunération des entreprises de transports sanitaires pour leur participation à la prise en charge des urgences pré-hospitalières à la demande du service d'aide médicale urgente en mobilisant l'ensemble des crédits affectés à cette prise en charge, comprenant les éléments de tarification et les crédits d'aide à la contractualisation affectés à l'indemnisation des services d'incendie et de secours en cas d'indisponibilité ambulancière en application de l'article L.1424-42 du code général des collectivités territoriales.

À cet effet, une convention est conclue entre les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, l'établissement de santé siège du SAMU et l'association départementale de transports sanitaires d'urgence la plus représentative comprenant un objectif de maîtrise des dépenses. La convention est soumise pour avis au sous-comité des transports sanitaires.

IV. – Une évaluation semestrielle de ces expérimentations, portant notamment sur le gain financier, la couverture du territoire et la disponibilité de la prise en charge ambulancière, est réalisée par les agences régionales de santé en liaison avec les organismes locaux d'assurance maladie.

V. – Les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies par décret en Conseil d'État, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des organisations syndicales représentatives des entreprises de transport sanitaire concernées.

Amendement n° AS 487 présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Après l'article 35

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 162-24-1 du code de la sécurité sociale, il est rétabli un article L. 162-25 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-25.* – L'action des établissements de santé mentionnés aux *a, b, c* et *d* de l'article L. 162-22-6 pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par un an, à compter du premier jour du trimestre suivant celui auquel se rapporte la prestation. »

Amendement n° AS 488 présenté par Mme Martine Pinville, rapporteure pour la branche famille, Mme Marie-Françoise Clergeau et les commissaires du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 58

Insérer l'article suivant :

I. – À l'alinéa 7 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 deux phrases ainsi rédigées : « 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^{er} janvier 2011.

Amendement n° AS 489 présenté par Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour le médico-social

Après l'article 37

Insérer l'article suivant :

L'article L 314-8 du code de l'action sociale et des familles est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

« À compter du 1^{er} janvier 2012 et pour une période ne pouvant pas excéder cinq ans, le directeur de l'agence régionale de santé peut être autorisé, le cas échéant conjointement avec les présidents de conseils généraux, à mener des expérimentations de dérogations tarifaires à l'échelle d'un territoire de santé en accord avec les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux présents sur ce territoire, dans l'objectif de décroiser les parcours de soins et de fluidifier l'accompagnement des assurés sociaux.

« Les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État qui définit notamment les thèmes des expérimentations, les modalités des dérogations tarifaires, les modalités de l'appel à projet, le contenu des cahiers des charges ainsi que les mesures d'impact.

« La Haute Autorité de santé définit les éléments substantiels des cahiers des charges, en concertation avec des représentants des professionnels de santé, des représentants des usagers, l'ensemble des financeurs concernés et les fédérations d'établissements. La Haute Autorité de santé s'appuie autant que de besoin sur l'expertise de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et celle de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Une mission parlementaire sera en charge du suivi de la mesure.

« Une évaluation annuelle des expérimentations autorisées est réalisée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et transmise au Parlement. »

Amendement n° AS 490 présenté par Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour le médico-social

Après l'article 10

Insérer l'article suivant :

I. – Le premier alinéa du III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La référence : « L. 122-1-1 » est remplacée par la référence : L 1242-2 » ;

2° Les mots « les centres communaux » sont précédés du mot : « par » ;

3° Les mots « de prestations d'aide ménagère » sont précédés du mot : « soit » ;

4° Il est complété par les mots : « , soit des prestations mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 222-3 du code de l'action sociale et des familles ou de prestations d'aide et d'accompagnement aux familles dans le cadre d'une convention conclue entre ces associations ou organismes et un organisme de sécurité sociale. ».

II. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Amendement n° AS 491 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Avant l'article 10

Insérer l'article suivant :

Au second alinéa du 6° de l'article 1001 du code général des impôts, le taux : « 9 % » est remplacé par le taux : « 14 % ».

Amendement n° AS 492 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Après l'article 10

Insérer l'article suivant :

À la première phrase du douzième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, le chiffre : « trois » est remplacé par le chiffre : « deux ».

Amendement n° AS 493 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Après l'article 10

Insérer l'article suivant :

I. – L'article L. 242-1-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « est une rémunération au sens de l'article L. 242-1. » sont remplacés par les mots : « est assujettie aux cotisations de sécurité sociale et aux contributions mentionnées aux articles L. 136-1 du présent code, L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles et 14 de l'ordonnance n°96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale. » ;

2° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

a) Les mots : « les cotisations des assurances sociales, 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 » sont remplacés par les mots : « cette personne tierce verse à l'organisme de recouvrement dont elle dépend une contribution libératoire » ;

b) Les mots : « Les autres cotisations d'origine légale ou conventionnelle rendues obligatoires par la loi » sont remplacés par les mots : « Les cotisations et contributions mentionnées au premier alinéa » ;

c) Les mots : « la part supérieure à ce plafond est assujettie à toutes les cotisations et contributions d'origine légale ou conventionnelle » sont remplacés par les mots : « les dispositions du présent alinéa ne s'appliquent pas » ;

3° Au dernier alinéa, les mots : « les contributions et les cotisations mentionnées au deuxième alinéa » sont remplacés par les mots : « les branches de la sécurité sociale, les organismes concourant à leur financement et les organismes qui financent et gèrent des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ».

II. – Les pertes de recettes pour les organismes de sécurité sociale sont compensées à due concurrence par le produit d'une taxe additionnelle au droit de consommation sur les tabacs visé à l'article 575 du code général des impôts.

Amendement n° AS 494 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 35

Au début de la première phrase de l'alinéa 2, après les mots : « Ils fixent », insérer les mots : « dans le respect de la déontologie des professions de santé ».

Amendement n° AS 495 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 41

I. – Après l'alinéa 4, insérer l'alinéa suivant :

« Au cas où le service médical estime l'arrêt de travail médicalement injustifié, il adresse au fonctionnaire son avis et les éléments et pièces justificatives d'ordre médical ayant motivé cet avis ».

II. – À la seconde phrase de l'alinéa 5, après les mots : « Cette demande », insérer les mots : « est obligatoirement accompagnée de l'avis adressé par le service médical et de ses pièces jointes. Elle »

Amendement n° AS 496 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Après l'article 36

Insérer l'article suivant :

I. – Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1^{er} janvier 2012 et pour une période n'excédant pas cinq ans, portant sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents préhospitaliers réalisés à la demande du service d'aide médicale urgente, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité de l'offre de transports sanitaires urgents en région.

II. – Dans ce cadre et en tant que de besoin, les expérimentations peuvent déroger aux dispositions suivantes :

1° À l'article L. 6312-5 du code de la santé publique, en tant qu'il concerne les conditions de réalisation des transports sanitaires urgents à la demande du service d'aide médicale urgente ;

2° Au 6° de l'article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale, en tant qu'il concerne les conditions de rémunération des entreprises de transport sanitaires dans le cadre de leur participation à la garde départementale et à la prise en charge des urgences pré-hospitalières. Les plafonds des montants des éléments de tarification des entreprises de transports sanitaires assurant la prise en

charge des urgences pré-hospitalières, ainsi que le montant maximal de dépenses au titre de ces rémunérations pour chaque région ou département participant à l'expérimentation sont fixés par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale.

III. – Les agences régionales de santé conduisent ces expérimentations en liaison avec les organismes locaux d'assurance maladie. Ils déterminent les conditions de rémunération des entreprises de transports sanitaires pour leur participation à la prise en charge des urgences préhospitalières à la demande du service d'aide médicale urgente en mobilisant l'ensemble des crédits affectés à cette prise en charge, comprenant les éléments de tarification et les crédits d'aide à la contractualisation affectés à l'indemnisation des services d'incendie et de secours en cas d'indisponibilité ambulancière en application de l'article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales.

À cet effet, une convention est conclue entre les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, l'établissement de santé siège du service d'aide médicale urgente et l'association départementale de transports sanitaires d'urgence la plus représentative comprenant un objectif de maîtrise des dépenses. La convention est soumise pour avis au sous comité des transports sanitaires.

IV. – Une évaluation semestrielle de ces expérimentations, portant notamment sur le gain financier, la couverture du territoire et la disponibilité de la prise en charge ambulancière, est réalisée par les agences régionales de santé en liaison avec les organismes locaux d'assurance maladie.

V. – Les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies par décret en Conseil d'État, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et des organisations syndicales représentatives des entreprises de transport sanitaire concernées.

Amendement n° AS 497 présenté par Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour le médico-social

Après l'article 37

Insérer l'article suivant :

Avant le 30 juin 2012, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les charges fiscales et sociales résultant des différentes obligations législatives et réglementaires auxquelles sont soumis les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes et les services de soins infirmiers à domicile en fonction de leur statut juridique.

Amendement n° AS 498 présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 65

Rédiger ainsi les alinéas 2 à 4 :

« Dans l'exercice de leurs missions respectives, les organismes de sécurité sociale, le ministère des affaires étrangères et européennes, les ambassades pourvues d'une circonscription consulaire et les postes consulaires, ainsi que l'établissement mentionné à l'article L. 452-1 du code de l'éducation, se communiquent toutes informations qui sont utiles :

« 1° À l'appréciation et au contrôle des conditions d'ouverture ou de service des prestations et des aides qu'ils versent ;

« 2° Au recouvrement des créances qu'ils détiennent ; ».

Amendements déposés à la séance par le Gouvernement

Amendement n° 1 présenté par le Gouvernement

Après l'article 51

Insérer l'article suivant :

Au 2° de l'article L. 732-54-1 du code rural et de la pêche maritime, les mots « L. 732-23 et L. 732-25 » sont remplacés par les mots : « L. 732-18-3, L. 732-23 et L. 732-25 ».

Amendement n° 2 présenté par le Gouvernement

Après l'article 40

Insérer l'article suivant :

I. – Le I et la première phrase du III de l'article 27 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 sont supprimés.

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

1° À la fin de la première phrase du premier alinéa de l'article L. 863-1, le taux : « 30 % » est remplacé par le taux : « 35 % ».

2° Au premier alinéa de l'article L. 871-1, les mots : « des 13°, 15° et 16° de l'article 995 » sont remplacés par les mots : « du 2°*bis* de l'article 1001 ».

III. – Le 1° du II s'applique aux décisions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 863-3 du code de la sécurité sociale prises à compter du 1^{er} janvier 2012.

Amendement n° 3 présenté par le Gouvernement

Après l'article 51

Insérer l'article suivant :

Au premier alinéa de l'article L. 722-17 du code rural et de la pêche maritime, les mots : « pouvant prétendre en raison de leur âge aux prestations de vieillesse » sont remplacés par les mots : « réunissant pas la durée minimale d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes mentionnée à l'article L. 732-25 ».

Amendement n° 4 présenté par le Gouvernement

Après l'article 51

Insérer l'article suivant :

Après le sixième alinéa de l'article L. 732-39 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation aux deux premiers alinéas, et sous réserve que l'assuré ait liquidé ses pensions de vieillesse personnelles auprès de la totalité des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales dont il a relevé, les personnes mentionnées à l'article L. 321-5 et au 2° de l'article L. 722-10 qui justifient des conditions fixées par les deux alinéas précédents, peuvent

cumuler leur pension de vieillesse non salariée agricole avec une activité professionnelle non salariée agricole exercée sur une exploitation ou entreprise agricole donnant lieu à assujettissement du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole. »

Amendement n° 5 présenté par le Gouvernement

Après l'article 51

Insérer l'article suivant :

Au premier alinéa de l'article L. 634-3-3 du code de la sécurité sociale, après la deuxième occurrence du mot : « décret », sont insérés les mots : « ou qu'ils bénéficiaient de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé mentionné à l'article L. 5213-1 du code du travail ».