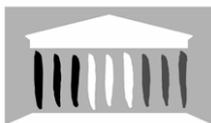


Document
mis en distribution
le 17 octobre 2005



N° 2575

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 12 octobre 2005.

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2006,

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

PRÉSENTÉ

AU NOM DE M. DOMINIQUE DE VILLEPIN,

Premier ministre,

PAR M. XAVIER BERTRAND,

ministre de la santé et des solidarités.

PROJET DE LOI

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé et des solidarités,

Vu l'article 39 de la Constitution,

Décète :

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, délibéré en Conseil des ministres après avis du Conseil d'Etat, sera présenté à l'Assemblée nationale par le ministre de la santé et des solidarités qui est chargé d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion.

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES A L'EXERCICE 2004

Article 1^{er}

Au titre de l'exercice 2004, sont approuvés :

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

En milliards d'euros

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	133,4	145,0	-11,7
Vieillesse	147,9	147,3	0,6
Famille	48,7	49,0	-0,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	10,1	10,2	-0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	335,3	346,8	-11,5

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

En milliards d'euros

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	113,4	125,0	-11,6
Vieillesse	75,2	74,9	0,3
Famille	48,2	48,6	-0,4
Accidents du travail et maladies professionnelles	8,8	9,0	-0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	240,9	252,8	-11,9

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	13,4	14,0	-0,6
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	0,1	0,1	0,0

4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 130,2 milliards d'euros ;

5° Les recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, s'élevant à 2,2 milliards d'euros ;

6° Le montant de la dette amortie par la caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 3,3 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Les montants figurant en données toutes branches ne peuvent correspondre à l'agrégation des données par branche, compte tenu de la neutralisation des opérations de transfert entre branches.

Article 2

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits constatés à l'occasion de l'approbation, à l'article 1^{er} de la présente loi, des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2004.

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES A L'ANNEE 2005

Section 1

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

Article 3

Au titre de l'année 2005, 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 :

En milliards d'euros

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	140,3	149,7	-9,4
Vieillesse	153,1	155,2	-2,1
Famille	50,2	51,2	-1,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	10,3	10,7	-0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)	349,2	362,1	-12,9

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

En milliards d'euros

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	120,6	128,8	-8,3
Vieillesse	78,2	80,1	-2,0
Famille	49,7	50,8	-1,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	9,0	9,5	-0,5
Toutes branches (hors transferts entre branches)	252,6	264,5	-11,9

Exposé des motifs

Les montants figurant en données toutes branches ne peuvent correspondre à l'agrégation des données par branche, compte tenu de la neutralisation des opérations de transfert entre branches.

Article 4

Au titre de l'année 2005, sont rectifiées, conformément au tableau qui suit, les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

En milliards d'euros

	Prévisions de recettes	Prévisions de charges	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	12,5	14,6	-2,0
Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles	13,7	15,4	-1,7
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	0,5	0,5	0,0

Article 5

I. - Au titre de l'année 2005, l'objectif d'amortissement rectifié de la dette sociale par la caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 2,4 milliards d'euros.

II. - Au titre de l'année 2005, les prévisions rectifiées des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à 1,5 milliards d'euros.

Section 2
Dispositions relatives aux dépenses

Article 6

La contribution de l'assurance maladie au fonds de concours mentionné à l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 est fixée pour 2005 à 176 millions d'euros.

Cette contribution est répartie entre les différents régimes d'assurance maladie selon les règles mises en œuvre au titre de l'année 2004 pour l'application de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

Exposé des motifs

Depuis 2001, pour faire face à l'éventualité de menaces sanitaires graves d'origine terroriste, le ministère de la santé mène une politique de constitution de stocks de médicaments, qui sont financés au moyen du fonds de concours dénommé « participation de la CNAMTS à l'achat, au stockage et à la livraison de traitements pour les pathologies résultant d'actes terroristes ». Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 (article 37), ce fonds de concours a vu son objet étendu à toutes les menaces sanitaires graves, quelle qu'en soit l'origine.

Afin de permettre la préparation du pays à la survenue d'une pandémie grippale, il a ainsi été décidé d'accroître, dès cette année, les réserves de moyens de protection (antiviraux, vaccins, matériel de vaccination, masques) pour la mise en œuvre du plan gouvernemental de protection contre un risque de pandémie de grippe d'origine aviaire.

Les crédits alloués en 2005 sur le fonds de concours (62 M€) étant insuffisants pour constituer un premier stock stratégique de moyens de protection pour la population, une dotation de 176 M€, au titre de 2005, est demandée dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 pour permettre la préparation des plans de réponse aux menaces sanitaires graves.

Article 7

Au titre de l'année 2005, les prévisions rectifiées des objectifs de dépenses, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale sont fixées à :

	Objectifs de dépenses (en milliards d'euros)
Maladie	149,7
Vieillesse	155,2
Famille	51,2
Accidents du travail et maladies professionnelles	10,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	362,1

Exposé des motifs

Les montants figurant en données toutes branches ne peuvent correspondre à l'agrégation des données par branche, compte tenu de la neutralisation des opérations de transfert entre branches.

Article 8

Au titre de l'année 2005, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie rectifié de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à 134,9 milliards d'euros.

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2006

Article 9

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2006-2009), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes, ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Section 1
**Dispositions relatives
aux recettes des régimes obligatoires de base
et des organismes concourant à leur financement**

Article 10

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

A. - Au 1^o, après les mots : « Les intérêts et primes d'épargne des comptes d'épargne-logement visés à l'article L. 315-1 du code de la construction et de l'habitation, » sont insérés les mots : « à l'exception des plans d'épargne-logement, » ;

B. - Le 2^o est remplacé par les dispositions suivantes:

« 2^o Les intérêts des plans d'épargne-logement, exonérés d'impôt sur le revenu en application du 9^o *bis* de l'article 157 du code général des impôts :

« *a*) au 1^{er} janvier 2006, pour les plans de plus de dix ans à cette date et pour ceux ouverts avant le 1^{er} avril 1992 dont la durée est échue avant le 1^{er} janvier 2006 ;

« *b*) à la date du dixième anniversaire du plan ou, pour les plans ouverts avant le 1^{er} avril 1992, à leur date d'échéance ;

« *c*) lors du dénouement du plan, s'il intervient antérieurement au dixième anniversaire ou antérieurement à leur date d'échéance pour les plans ouverts avant le 1^{er} avril 1992 ;

« *d*) lors de leur inscription en compte, pour les intérêts courus à compter du 1^{er} janvier 2006 sur des plans de plus de dix ans ou sur des plans ouverts avant le 1^{er} avril 1992 dont la durée est échue ; ».

C. - Après le 2^o, il est inséré un 2^o *bis* ainsi rédigé :

« 2^o *bis*. Les primes d'épargne des plans d'épargne-logement lors de leur versement ; ».

II. - Le I de l'article 1600-0 J du code général des impôts est ainsi modifié :

A. - Au 1, après les mots : « Les intérêts et primes d'épargne des comptes d'épargne-logement visés à l'article L. 315-1 du code de la construction et de l'habitation, » sont insérés les mots : « à l'exception des plans d'épargne-logement, » ;

B. - Le 2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« 2. Les intérêts des plans d'épargne-logement, exonérés d'impôt sur le revenu en application du 9^o *bis* de l'article 157 :

« *a*) au 1^{er} janvier 2006, pour les plans de plus de dix ans à cette date et pour ceux ouverts avant le 1^{er} avril 1992 dont la durée est échue avant le 1^{er} janvier 2006 ;

« *b*) à la date du dixième anniversaire du plan ou, pour les plans ouverts avant le 1^{er} avril 1992, à leur date d'échéance ;

« *c*) lors du dénouement du plan, s'il intervient antérieurement au dixième anniversaire ou antérieurement à leur date d'échéance pour les plans ouverts avant le 1^{er} avril 1992 ;

« *d*) lors de leur inscription en compte, pour les intérêts courus à compter du 1^{er} janvier 2006 sur des plans de plus de dix ans ou sur des plans ouverts avant le 1^{er} avril 1992 dont la durée est échue ; ».

C. - Après le 2, il est inséré un 2 *bis* ainsi rédigé :

« 2 *bis*. Les primes d'épargne des plans d'épargne-logement lors de leur versement ; ».

III. - Les dispositions du présent article sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2006.

Exposé des motifs

La durée des plans d'épargne-logement (PEL) est fixée contractuellement à dix ans. Passé ce délai, le plan peut être prorogé. Il devient alors un produit d'épargne classique sur lequel les sommes investies sont disponibles à tout moment.

Les PEL sont aujourd'hui assujettis à la contribution sociale généralisée (CSG) et aux autres prélèvements sociaux (prélèvement de 2 %, contribution sociale additionnelle - CSA, contribution au remboursement de la dette sociale - CRDS). Le présent article ne modifie ni le principe ni le quantum de cet assujettissement mais aménage les conditions de ces prélèvements.

Désormais, la CSG et les autres prélèvements sociaux seront prélevés chaque année. L'article prévoit :

- d'anticiper, au 1^{er} janvier 2006 ou à la date du dixième anniversaire du plan si celle-ci est postérieure, le paiement des prélèvements sociaux dus sur les intérêts exonérés d'impôt sur le revenu qui sont capitalisés sur des plans d'épargne-logement de dix ans ou plus ; ces sommes étaient dues en tout état de cause au dénouement du PEL ;

- et de retenir à la source annuellement, sur les intérêts perçus, le montant des prélèvements sociaux dus à compter du 1^{er} janvier 2006 sur les plans de dix ans, conformément à la règle applicable généralement pour les produits de placement.

Article 11

A l'article 13 de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail, après le mot : « acquis » sont insérés les mots : « jusqu'au 31 décembre 2005 ».

Exposé des motifs

L'abattement de 30 % sur les cotisations patronales dues au titre des salariés embauchés à temps partiel créé par la loi du 31 décembre 1992 relative à l'emploi, au développement du travail à temps partiel et à l'assurance chômage a cessé de s'appliquer aux nouvelles embauches un an après l'abaissement de la durée légale du travail, soit depuis le 1^{er} janvier 2001 pour les entreprises de plus de vingt salariés, et depuis le 1^{er} janvier 2003 pour les entreprises de vingt salariés au plus, en application de la loi du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail.

Mais il reste applicable aux contrats en cours avant l'abaissement de la durée légale du travail à trente cinq heures.

Aussi, afin de mettre en cohérence la politique d'exonérations de cotisations sociales, il est proposé de mettre fin, à compter du 1^{er} janvier 2006, à l'abattement temps partiel qui subsiste pour les contrats en cours.

Les employeurs pourront toutefois appliquer le dispositif d'allègement général des cotisations patronales de sécurité sociale de droit commun (réduction Fillon).

Article 12

I. - Le 1 de l'article 80 *duodecies* du code général des impôts est remplacé par les dispositions suivantes :

« 1. Sous réserve de l'exonération prévue au 22° de l'article 81, constitue une rémunération imposable toute indemnité versée à l'occasion de la rupture du contrat de travail, à l'exception des indemnités mentionnées à l'article L. 122-14-4 du code du travail, de la fraction des indemnités de départ volontaire versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi au sens des articles L. 321-4 et L. 321-4-1 du même code ou des indemnités de licenciement versées ou non dans un tel cadre, qui n'excède pas le montant de l'indemnité de licenciement prévue par la convention collective de branche, par l'accord professionnel ou interprofessionnel ou, à défaut, par la loi, ainsi que de la fraction des indemnités de mise à la retraite qui n'excède pas le montant de l'indemnité de mise à la retraite prévue par la convention collective de branche, par l'accord professionnel ou interprofessionnel ou, à défaut, par la loi.

« La fraction des indemnités de départ volontaire, des indemnités de licenciement ou de mise à la retraite exonérée en application du premier alinéa ne peut être inférieure ni à 50 % de leur montant ni à deux fois le montant de la rémunération annuelle brute perçue par le salarié au cours de l'année civile précédant la rupture de son contrat de travail, dans la limite de six fois, ou pour les indemnités de mise à la retraite, de trois fois le montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale en vigueur à la date du versement des indemnités ».

II. - A l'antépénultième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, avant les mots : « les indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail à l'initiative de l'employeur », sont insérés les mots : « les indemnités de départ volontaire versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi au sens des articles L. 321-4 et L. 321-4-1 du code du travail, ».

III. - Les dispositions du présent article sont applicables aux indemnités perçues à compter du 1^{er} janvier 2006.

Exposé des motifs

Il est proposé de fixer à 182 000 € le plafond en valeur absolue sous lequel sont entièrement exonérées d'impôt sur le revenu ainsi que de cotisations de sécurité sociale les indemnités versées hors plan social aux salariés en cas de licenciement, ainsi que celles versées aux dirigeants en cas de départ forcé, notamment de révocation. En outre, les indemnités de licenciement et de départ volontaire versées dans le cadre d'un plan social, qui sont actuellement totalement exonérées d'impôt sur le revenu et de cotisations de sécurité sociale, ne seraient exonérées qu'à hauteur de ce plafond.

Seule la partie de l'indemnité dépassant 182 000 € sera soumise à prélèvement. Le reste continuera à bénéficier des mêmes exonérations que précédemment.

Le seuil de 182 000 € correspond au versement d'une indemnité de licenciement égale à dix-huit mois de salaires pour un salarié gagnant 10 064 € par mois, soit quatre fois le plafond de la sécurité sociale. En tout état de cause, la mesure

ne modifiera en aucune façon la situation des salariés gagnant moins de 91 000 € par an. Elle ne remet pas non plus en cause l'exonération totale des indemnités de licenciement abusif, de même que celles de licenciement ou de mise à la retraite pour leur montant légal ou conventionnel.

Pour les indemnités de départ en retraite, un plafond spécifique est fixé à 91 000 €. Les indemnités de départ en retraite prévues par voie conventionnelle continueront à être entièrement exonérées.

Article 13

I. - Le chapitre I^{er} du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 241-15 ainsi rédigé :

« *Art. L. 241-15.* - Pour la mise en œuvre des mesures d'exonération ou de réduction de cotisations de sécurité sociale prévues par le présent code ou par toute autre disposition législative ou réglementaire, les heures rémunérées s'entendent des heures de travail effectif accomplies au sens de l'article L. 212-4 du code du travail. »

II. - L'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale est modifié ainsi qu'il suit :

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

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

2° Le cinquième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes:

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

III. - Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée et des instances en cours à la date du 12 octobre 2005, les dispositions du I du présent article sont applicables aux cotisations dues au titre des gains et rémunérations versés à compter du 1^{er} janvier 2003.

Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée et des instances en cours à la date du 12 octobre 2005, les dispositions du présent 1° du II s'appliquent aux compensations salariales versées dans le cadre d'accords collectifs réduisant la durée du travail conclus à compter du 1^{er} octobre 1996.

Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée et des instances en cours à la date du 12 octobre 2005, les dispositions du présent 2° du II s'appliquent aux cotisations dues au titre des contributions versées à compter du 31 octobre 2000.

Exposé des motifs

Le premier alinéa du III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale dispose que la réduction générale des cotisations patronales de sécurité sociale, dite « réduction Fillon », est calculée en multipliant la rémunération brute versée au cours du mois civil à chaque salarié par un coefficient déterminé par application d'une formule fixée par décret (article D. 241-7 du même code). Ce coefficient est fonction de la rémunération horaire, elle-même définie par référence au nombre d'heures

rémunérées au cours du mois considéré : plus la rémunération horaire est basse, plus le coefficient de réduction est élevé.

Le I du présent article prévoit pour l'application du dispositif et de tout autre dispositif d'allègement des cotisations de sécurité sociale que les heures de travail s'entendent au sens d'heures de travail effectif.

La loi n° 96-502 du 11 juin 1996 a institué un allègement dégressif de cotisations patronales de sécurité sociale, dit « allègement de Robien », pour les entreprises qui réduisent leur durée collective de travail et qui s'engagent à créer ou à préserver des emplois. La nouvelle durée est fixée dans un accord d'aménagement du temps de travail. Le bénéfice de l'allègement, appliqué pendant sept ans au titre des rémunérations versées au cours d'un mois civil, intervient dans le cadre d'une convention conclue avec le ministère chargé de l'emploi ou avec le préfet. Le II précise à cet égard que la compensation salariale de la réduction du temps de travail, étant quelle que soit sa forme un élément de rémunération, doit être soumise à cotisations et contributions sociales.

Par ailleurs, le II précise également le sens du cinquième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale en indiquant que seules donnent lieu à l'exonération prévue par ce texte les contributions correspondant à la part patronale due en application des règles régissant les régimes de retraite complémentaire.

Pour l'application dans le temps de ces dispositions interprétatives, le III fait la réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée et des instances en cours à la date du conseil des ministres au cours duquel le Gouvernement a délibéré du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

Article 14

I. - L'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 1° est complété par les mots : « , quelles que soient, le cas échéant, la nature et la répartition de leur capital » ;

2° Le 4° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 4° Des personnes morales de droit public, dans la mesure où elles sont assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application des dispositions de l'article 256 B du code général des impôts ; »

3° Après le 4°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 4°*bis* - Des groupements d'intérêt public assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée en application de dispositions du chapitre I^{er} du titre II de la première partie du livre I^{er} du code général des impôts autres que celles de l'article 256 B ; ».

II. - Au deuxième alinéa de l'article L. 651-3 du même code, les mots : « visés aux 6°, 7° et 8° de l'article L. 651-1 » sont remplacés par les mots : « mentionnés aux 4° *bis*, 6°, 7° et 8° de l'article L. 651-1 ainsi que les groupements d'intérêt public assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 B du code général des impôts, ».

Au troisième alinéa de ce même article, les mots : « visés aux 1° à 5° et 10° de l'article L. 651-1 » sont remplacés par les mots : « mentionnés aux 1° à 3°, 4°, sauf s'il s'agit de groupements d'intérêt public assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 B du code général des impôts, 5° et 10° de l'article L. 651-1. ».

Exposé des motifs

Le présent article a pour objet de modifier le champ d'application de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) en rendant imposable l'ensemble des organismes publics qui exercent leur activité de façon concurrentielle.

L'impact de cette modification est estimé à 70 M€, dont 14 M€ pour la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), au titre de la C3S additionnelle.

Article 15

I. - Dans l'intitulé de la section II du chapitre VIII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, le mot : « contribution » est remplacé par le mot : « contributions ».

II. - L'article L. 138-10 du même code est modifié comme suit :

A. - Au début du premier alinéa, il est ajouté le chiffre : « I.- ».

B. - Au troisième alinéa, les mots : « articles L. 162-16-1 et suivants » sont remplacés par les mots : « article L. 162-16-4 » ;

C. - Au quatrième alinéa, les mots : « Pour le déclenchement de la contribution » sont remplacés par les mots « : « Pour l'assujettissement à la contribution, » ;

D.- Après le quatrième alinéa, sont insérés un II et un III ainsi rédigés :

« II. - Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au cours de l'année civile, au titre des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique et n'ayant pas passé convention avec le comité économique des produits de santé, dans les conditions mentionnées au troisième alinéa ci-après, s'est accru, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, au titre des médicaments inscrits sur ladite liste, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 précité par l'ensemble de ces mêmes entreprises, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année et de l'année précédente compte tenu, le cas échéant, des lois de financement rectificatives, ces entreprises sont assujetties à une contribution.

« Le montant total de cette contribution est calculé comme suit :

TAUX D'ACCROISSEMENT du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables	TAUX DE LA CONTRIBUTION globale exprimé en pourcentage de la tranche du chiffre d'affaires déclaré par l'ensemble des entreprises redevables
T supérieur à K (+) et/ou égal à K + 0,5 point	50
T supérieur à K + 0,5 point et inférieur ou égal à K + 1 point	60
T supérieur à K + 1 point et plus	70
(+) K = taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie arrondi à la décimale la plus proche.	

« 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 la liste mentionnée à l'article 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 médicaments mentionnés à l'article 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 au I et au II ci-dessus. »

III. Au V de l'article 74 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, les mots : « du premier alinéa » sont supprimés et les mots : « dans le tableau figurant au deuxième alinéa du même article » sont remplacés par les mots : « dans chacun des deux tableaux figurant au même article ».

IV. - A l'article L. 245-5-1 du même code, les mots : « au titre I^{er} » sont remplacés par les mots : « aux titres I^{er} et III ».

V. - Au cinquième alinéa de l'article L. 245-5-2 du même code, le montant de 100 000 € est remplacé par le montant de 50 000 €.

VI. - A titre exceptionnel, pour la détermination de la contribution mentionnée à l'article L. 245-6 du même code due au titre du chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année 2006, le taux de la contribution est fixé à 1,96 %.

VII. - Les dispositions du II et du III du présent article s'appliquent pour la première fois au calcul de la contribution due au titre de l'année 2005, à l'exception des dispositions du troisième alinéa du II de l'article L.138-10 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue du présent article, qui ne s'appliquent qu'aux contributions dues au titre des années 2006 et suivantes.

Les dispositions du IV et du V s'appliquent pour la première fois à la détermination des contributions dues au plus tard le 1^{er} décembre 2006.

Exposé des motifs

I. à III. - Actuellement, les spécialités pharmaceutiques inscrites pour des raisons de santé publique sur la liste des médicaments rétrocedés par les établissements de santé et vendues aux patients non hospitalisés ne sont pas prises en compte pour la mise en œuvre de la régulation des dépenses de médicaments, laquelle porte sur les seuls médicaments vendus en officine. Rien ne justifie du point de vue de la régulation de la dépense un traitement différent selon le circuit de distribution des médicaments. Il est donc proposé d'étendre les mécanismes de régulation aux médicaments rétrocedables.

La rétrocession concerne le plus souvent des médicaments innovants dont les prix peuvent être particulièrement élevés. A ce titre ils contribuent massivement à l'effet de structure qui est une des principales composantes de la dérive des dépenses d'assurance maladie de médicaments.

Il convient donc de traiter de la même manière les dépenses de médicaments vendus en officine de ville et celles des médicaments inscrits sur la liste rétrocession et permettre à l'assurance maladie, via la clause de sauvegarde, de récupérer une fraction de la progression des dépenses de médicaments remboursés.

IV. à VI. - Les difficultés de financement de l'assurance maladie et la hausse continue des dépenses de médicament et de dispositifs médicaux ont incité le gouvernement à prendre des mesures de responsabilisation vis à vis de l'industrie.

D'une part, une taxe sur les dépenses de promotion pour responsabiliser les industriels sur ce chapitre, fortement inflationniste pour la dépense, a été instituée.

La responsabilisation de la promotion dépasse le respect des seules conditions liées à la santé publique (règles de publicité L. 5122-2 du code de la santé public). Les dispositifs médicaux n'y sont aujourd'hui que marginalement soumis (2 M€ de ressources sur trente-trois entreprises redevables seulement).

Il est donc proposé d'inclure dans l'assiette de la taxe les dispositifs médicaux implantables du titre III de la liste des produits et prestations remboursés (article L. 165-1), aujourd'hui pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation dans le cadre de la tarification à l'activité et dont les premiers éléments d'informations liées à la mise en place de la tarification à l'activité indiquent une forte croissance. Il est également proposé de baisser le seuil d'abattement pour que l'ensemble du secteur soit

mis en position de responsabilité.

D'autre part il est proposé, à titre exceptionnel, d'augmenter la contribution des laboratoires pharmaceutiques assise sur leur chiffres d'affaires de 2006 en portant le taux de 0,6 à 1,96 %, ce qui permet un rendement supplémentaire de 300 M€ au bénéfice de la CNAMTS.

VII. - L'application dans le temps des dispositions issues des II à V du présent article est précisée : ces dispositions s'appliqueront à compter des premières contributions dues après la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

Article 16

Est approuvé le montant de 21,6 milliards d'euros, correspondant à la compensation des exonérations, des réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 5 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

Section 2
Dispositions relatives à la lutte contre le travail dissimulé

Article 17

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

« *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 acquittées auprès des organismes de sécurité sociale, appliquée par un employeur ou un travailleur indépendant sans qu'il soit tenu d'en faire une demande préalable, est subordonné au respect par l'employeur ou le travailleur indépendant des dispositions de l'article L. 324-9 du code du travail.

« Lorsque l'infraction définie au quatrième alinéa de l'article L. 324-10 du code du travail est constatée par procès-verbal dans les conditions déterminées à l'article L. 324-12 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 à l'alinéa précédent.

« Cette annulation, plafonnée à un montant fixé par décret, est égale au montant des réductions ou exonérations pratiquées, au cours du mois où l'infraction a été commise, dans l'établissement au profit duquel le travail dissimulé a été accompli, affecté d'un coefficient égal au rapport entre le nombre de journées de travail dissimulé au cours de ce mois et le nombre de jours ouvrés du même mois. Si ce rapport est supérieur à un, le reliquat de l'annulation est imputé sur les mois précédents, dans la limite du montant total des réductions ou exonérations obtenues au titre de l'établissement. »

II. - Il est inséré au chapitre II du titre IV du livre II du même code, après l'article L. 242-1, un article L. 242-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 242-1-1.* - Les rémunérations, versées ou dues à des salariés, qui sont réintégrées dans l'assiette des cotisations à la suite du constat de l'infraction définie aux quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 324-10 du code du travail ne peuvent faire l'objet d'aucune mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale ou de minoration de l'assiette de ces cotisations. »

III. - La dernière phrase de l'article L. 243-11 du code de la sécurité sociale est abrogée.

IV. - Il est inséré dans la section 4 du chapitre III du titre IV du livre II du même code, après l'article L. 243-12, deux articles L. 243-12-1 et L. 243-12-2 ainsi rédigés :

« *Art. L. 243-12-1.* - Le fait de faire obstacle à l'accomplissement des fonctions des agents mentionnés à l'article L. 243-11, quel que soit leur cadre d'action, est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 € d'amende.

« *Art. L. 243-12-2.* - Les personnes morales peuvent être déclarées responsables pénalement, dans les conditions prévues par l'article 121-2 du code pénal, de l'infraction définie à l'article L. 243-12-1. La peine encourue par les personnes

morales est l'amende, suivant les modalités prévues par l'article 131-38 du code pénal.

V. - L'article L. 123-11 du code de commerce est complété par sept alinéas ainsi rédigés :

« L'activité de domiciliataire ne peut être exercée dans un local à usage d'habitation principale ou à usage mixte professionnel.

« Sont qualifiés pour procéder, dans le cadre de leurs compétences respectives, à la recherche et à la constatation des infractions aux dispositions des articles de la présente sous-section et des règlements pris pour leur application :

« 1° Les agents mentionnés à l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale ;

« 2° Les inspecteurs du travail et les contrôleurs du travail et fonctionnaires de contrôle assimilés au sens de l'article L. 611-10 du code du travail.

« 3° Les agents des caisses de la mutualité sociale agricole mentionnés à l'article L. 724-7 du code rural.

« A cet effet, ils agissent, chacun pour ce qui le concerne, conformément aux règles de recherche et de constatation des infractions déterminées par les dispositions du code de la sécurité sociale, du code du travail et du code rural qui leur sont applicables.

« Les infractions sont constatées par des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire et transmis directement au parquet.

VI. - L'article L. 341-6-4 du code du travail est ainsi modifié :

1° Après les mots : « d'un acte de commerce, » sont insérés les mots : « et tous les six mois jusqu'à la fin de l'exécution dudit contrat, » ;

2° Le deuxième alinéa est abrogé.

Exposé des motifs

Le présent article met en place de nouvelles mesures dissuasives destinées à optimiser la lutte contre le travail dissimulé, qui pénalise les salariés, fausse la concurrence et prive de ressources notre protection sociale.

Le I de l'article étend aux réductions et exonérations de cotisations de sécurité sociale qui ne nécessitent pas une demande préalable de l'employeur les sanctions administratives prévues à l'article L.325-3 du code du travail et consistant à exclure du bénéfice des aides à l'emploi les personnes convaincues de travail dissimulé.

Le II vise à une application stricte du prélèvement social de droit commun sur les salaires réintégrés dans l'assiette des cotisations suite au constat du délit de travail dissimulé.

Le III caractérise en délit toute entrave aux fonctions des agents de la sécurité sociale investis de pouvoirs de contrôle, alors que le texte actuel limite le délit à l'obstacle aux visites. En outre, il alourdit les sanctions financières, pour les rendre dissuasives, et les étend aux personnes morales.

Le IV habilite les inspecteurs du recouvrement, les agents de contrôle des mutualités agricoles, ainsi que les inspecteurs et contrôleurs du travail à constater le non respect des obligations mises à la charge des entreprises domiciliataires par le code de commerce. En effet, les pratiques irrégulières de la domiciliation commerciale sont un des principaux moyens permettant la dissimulation d'activité.

Le VI de l'article consolide l'obligation de vigilance des donneurs d'ordre vis-à-vis de leurs cocontractants étrangers, en harmonisant la périodicité des vérifications déjà imposées dans le cadre de la lutte contre le travail illégal et en incluant les particuliers employeurs dans ces dispositions. Elle renforcera les moyens d'action des agents habilités à lutter contre le travail illégal et notamment des inspecteurs du recouvrement.

Section 3
Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 18

Pour l'année 2006, les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, sont fixées :

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

	Prévisions de recettes (en milliards d'euros)
Maladie	146,4
Vieillesse	159,1
Famille	52,2
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,0
Toutes branches (hors transferts entre branches)	363,6

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

	Prévisions de recettes (en milliards d'euros)
Maladie	125,8
Vieillesse	81,6
Famille	51,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	9,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	263,7

Exposé des motifs

Les montants figurant en données toutes branches ne peuvent correspondre à l'agrégation des données par branche, compte tenu de la neutralisation des opérations de transfert entre branches.

Article 19

Pour l'année 2006, les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, sont fixées, pour les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à :

	Prévisions de recettes (en milliards d'euros)
Fonds de solidarité vieillesse	13,1
Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles	13,9

Article 20

Pour l'année 2006, 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	146,4	153,4	-7,0
Vieillesse	159,1	161,0	-1,8
Famille	52,2	53,3	-1,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,0	11,1	-0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	363,6	373,7	-10,1

Exposé des motifs

Les montants figurant en données toutes branches ne peuvent correspondre à l'agrégation des données par branche, compte tenu de la neutralisation des opérations de transfert entre branches.

Article 21

Pour l'année 2006, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de la sécurité sociale :

En milliards d'euros

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	125,8	131,9	-6,1
Vieillesse	81,6	83,1	-1,4
Famille	51,6	52,8	-1,2
Accidents du travail et maladies professionnelles	9,7	9,9	-0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	263,7	272,7	-8,9

Exposé des motifs

Les montants figurant en données toutes branches ne peuvent correspondre à l'agrégation des données par branche, compte tenu de la neutralisation des opérations de transfert entre branches.

Article 22

Pour l'année 2006, est approuvé le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

En milliards d'euros

	Prévisions de recettes	Prévisions de charges	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	13,1	14,6	-1,5
Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles	13,9	15,6	-1,7

Article 23

I. - Pour l'année 2006, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 2,4 milliards d'euros.

II. - Pour l'année 2006, les prévisions de recettes par catégorie affectées au fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

	Prévisions de recettes (en milliards d'euros)
Prélèvement social de 2 %	1,4
Affectation de l'excédent de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés	0,0
Affectation de l'excédent du fonds de solidarité vieillesse	0,0
Revenus exceptionnels (dont privatisations)	0,0
Revenus de capitaux	0,0
Total	1,4

Section 4
Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité

Article 24

I. - Le chapitre IV *bis* du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 114-8 ainsi rédigé :

« *Art. L. 114-8.* - Les comptes des organismes nationaux de sécurité sociale, autres que ceux mentionnés à l'article L.O.132-2-1 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.140-2 du code des juridictions financières sont applicables à ces derniers. »

II. - L'article L. 723-46 du code rural est abrogé.

III. - Un décret fixe le calendrier d'entrée en vigueur des dispositions du présent article, qui s'appliquent au plus tard aux comptes de l'exercice 2008.

Exposé des motifs

La loi organique a inséré dans le code des juridictions financières (article L.O. 132-2-1) un article prévoyant la certification par la Cour des comptes des comptes des organismes nationaux du régime général, des comptes combinés de chaque branche et de l'activité de recouvrement du régime général, avec une information au Parlement et au Gouvernement. Le présent article instaure une procédure de certification pour les comptes de tous les autres régimes (comptes des organismes nationaux et comptes combinés) et des organismes qui concourent au financement de l'ensemble des régimes.

Ce dispositif étant applicable aux régimes de protection sociale agricole, les dispositions actuelles du code rural prévoyant l'intervention de commissaires aux comptes au sein des caisses de la mutualité sociale agricole et des unions mentionnées aux articles L. 723-7 et L. 723-13 du code rural doivent être abrogées.

Il est proposé de mettre en oeuvre ces dispositions après la première campagne de certification qui portera sur les comptes 2006 du régime général, afin de permettre de tirer profit de l'expérience de celle-ci.

Article 25

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

	Limites (en millions d'euros)
Régime général	18 500
Régime des exploitants agricoles (fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles)	7 100
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	550
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat	150
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	300
Caisse nationale des industries électriques et gazières	475

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES POUR 2006

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 26

I. - Après l'article L. 161-13 du code de la sécurité sociale, il est créé un article L. 161-13-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 161-13-1.* - Les personnes ayant relevé des dispositions de l'article L. 381-30 retrouvent, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, à l'issue de leur incarcération, pour la détermination des conditions d'attribution aux prestations en espèces, le bénéfice des droits ouverts dans le régime dont elles relevaient avant la date de leur incarcération, augmenté, le cas échéant, des droits ouverts pendant la période de détention provisoire. Ce décret fixe notamment la durée maximale d'incarcération ouvrant droit au bénéfice de ses dispositions et la durée de maintien des droits aux prestations en espèces pour les personnes n'ayant pas repris d'activité professionnelle à la fin de leur incarcération. »

II. - Le premier alinéa de l'article L. 311-5 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Elle continue à en bénéficier, en cas de reprise d'une activité insuffisante pour justifier des conditions d'ouverture du droit à prestation fixées à l'article L. 313-1, pendant une durée déterminée par décret en Conseil d'Etat. »

III. - Le cinquième alinéa de l'article L. 323-4 du code de la sécurité sociale est abrogé.

IV. - Les dispositions du III ne s'appliquent pas aux arrêts de travail en cours atteignant au 1^{er} janvier 2006 le septième mois d'indemnisation continue.

V. - Après le premier alinéa de l'article L. 381-30-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Durant leur incarcération, les détenus titulaires d'une pension d'invalidité liquidée par le régime dont ils relevaient avant leur incarcération bénéficient du maintien de son versement. Leurs ayants droit bénéficient, le cas échéant, du capital-décès prévu à l'article L. 361-1. »

Exposé des motifs

Le I de l'article vise à permettre au détenu libéré de recouvrer les droits à prestations en espèces dont il bénéficiait lors de son incarcération, augmenté le cas échéant des droits acquis en prison pendant la période de détention provisoire.

En effet, une seule journée d'incarcération entraîne la perte de tous les droits aux prestations en espèces acquis antérieurement, que cette incarcération soit provisoire ou corresponde à l'exécution d'une peine.

La disposition permet ainsi à un ancien détenu de percevoir immédiatement des indemnités journalières s'il subit un arrêt de travail pour maladie en tenant compte des droits qu'il avait acquis antérieurement à son incarcération.

II. - Les chômeurs indemnisés par l'assurance chômage ou le régime de solidarité bénéficient, pendant toute la durée de leur indemnisation, du maintien des droits, notamment, aux indemnités journalières pour maladie et maternité qu'ils ont acquis auprès du régime de sécurité sociale auquel ils étaient affiliés avant leur prise en charge par l'assurance chômage ou le régime de solidarité.

En cas de reprise d'activité, ils perdent immédiatement les droits qui leur étaient garantis pendant la période de chômage et doivent reconstituer leurs droits à indemnités journalières au titre de leur nouvelle activité. Dès lors, ils peuvent ainsi être privés d'indemnisation maladie ou maternité en cas d'arrêt de travail survenant avant une reprise suffisante pour reconstituer ces droits.

La mesure proposée vise à favoriser le retour à l'emploi des chômeurs en leur permettant de conserver leur droit à indemnité journalière pendant le temps nécessaire à l'acquisition de droits équivalents au titre de leur nouvelle activité.

III et IV. - L'augmentation de la CSG sur les indemnités pour maladie à compter du 1^{er} janvier 1998 avait conduit à créer une majoration de 1,9 % du taux de liquidation des indemnités journalières de plus de six mois afin de ne pas pénaliser les assurés en cours d'indemnisation à cette date.

Cette différence circonstancielle ne se justifie plus aujourd'hui. Il est donc proposé de la supprimer, pour l'avenir, en réservant cependant le cas des personnes qui bénéficient déjà d'un congé indemnisé depuis plus de six mois.

Le V de l'article vise à ne pas interrompre le versement des pensions d'invalidité liquidées avant la date d'incarcération, à l'instar de la réglementation en vigueur concernant les pensions de vieillesse. Elle permet également aux familles des détenus de percevoir le capital décès en cas de décès du détenu.

Article 27

I. - Il est inséré dans le code de la sécurité sociale, après l'article L. 162-1-7, un article L. 162-1-7-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-1-7-1.* - Les règles de hiérarchisation des actes effectués par les directeurs de laboratoire mentionnés à l'article L. 162-14 sont arrêtées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis de la commission mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7. »

II. - Il est inséré dans le code de la sécurité sociale, après l'article L. 162-2-1, un article L. 162-2-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-2-2.* - Le médecin qui prescrit des soins de masso-kinésithérapie doit se conformer, pour apprécier l'opportunité de recourir, pour son patient, à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite ou de réadaptation mentionnés à l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, aux recommandations établies par la Haute Autorité de santé. »

III. - Après la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 162-5-3 du même code, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Les médecins exerçant au sein d'un cabinet médical situé dans les mêmes locaux ou dans un centre de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique peuvent être conjointement désignés médecins traitants. »

IV. - A l'article L. 4151-4 du code de la santé publique, après les mots : « peuvent prescrire » sont insérés les mots : « les dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par l'autorité administrative, et ».

Exposé des motifs

I. - En vue de donner suite aux recommandations du dernier rapport de la Cour des comptes, il est proposé au II de simplifier la procédure de droit commun pour l'inscription des actes de biologie, la commission de hiérarchisation se bornant à émettre un avis consultatif.

II. - Le pourcentage de patients indûment traités en centre de rééducation fonctionnelle (CRF) et qui pourraient faire l'objet d'une prise en charge en ville se situerait entre 10 et 15 %.

Il est donc proposé d'améliorer l'orientation du patient nécessitant des soins de masso-kinésithérapie afin qu'il ne soit traité en centre de rééducation fonctionnelle que lorsque cela s'avère nécessaire et qu'il puisse, dans le cas contraire, faire l'objet d'une prise en charge en ville. Cette disposition participe de la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie.

Les CRF pourraient ainsi recentrer leur activité sur les patients atteints des pathologies les plus lourdes (polytraumatisés, traumatisés crâniens, traumatisés de la moelle épinière...).

Les médecins prescripteurs de soins de masso-kinésithérapie devront apprécier l'opportunité de recourir à une hospitalisation de leurs patients en fonction de

recommandations établies par la Haute Autorité de santé (HAS). Il sera demandé à la HAS de fournir ces recommandations pour le 30 mars 2006 au plus tard.

III. - L'objet de cette disposition est d'adapter le dispositif du médecin traitant aux modalités particulières d'exercice des cabinets de groupe et des centres de santé.

IV. - La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a modifié les dispositions relatives au champ de compétence des sages-femmes, dans le sens d'un élargissement.

Toutefois, en matière de prescription, la loi ne fait aujourd'hui référence qu'au pouvoir de prescription des examens et des médicaments mais ne précise rien s'agissant de la prescription par les sages-femmes de matériel (dispositifs médicaux).

L'Ordre national des sages-femmes, ainsi que les organisations syndicales représentatives de la profession, ont alerté le ministère sur l'absence de remboursement par certaines caisses du petit matériel prescrit par les sages-femmes.

Permettre aux sages-femmes de prescrire ces petits matériels qui relèvent de leur compétence éviterait aux patientes d'aller consulter leur médecin généraliste, et serait également source d'économies pour l'assurance maladie.

Afin d'éviter l'interprétation trop restrictive qui y fait obstacle, il est donc proposé de préciser dans la loi que les sages-femmes sont autorisées à prescrire les dispositifs médicaux dont la liste sera définie par arrêté après avis de l'Académie nationale de médecine.

Article 28

Après l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, il est créé un article L. 162-22-7-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-7-1.* - Le comité économique des produits de santé peut fixer pour chacun des médicaments ou produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation le montant des dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale au-delà duquel il peut décider de baisser le tarif de responsabilité mentionné aux articles L. 162-16-6 et L. 165-7. Les entreprises peuvent toutefois solliciter auprès du comité économique des produits de santé de verser sous forme de remise à l'assurance maladie un montant égal à la perte de chiffre d'affaire annuel qui résulterait de l'application de la décision de baisse tarifaire. »

Exposé des motifs

Cet article complète le dispositif de régulation en l'étendant aux médicaments et dispositifs médicaux et infirmiers facturés en sus des tarifs de groupes homogènes de séjour.

Article 29

I. - Il est créé après l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale un article L. 162-5-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-5-4.* - Un décret prévoit la durée pendant laquelle les dispositions prises en application du 18° de l'article L. 162-5, du cinquième alinéa de l'article L. 162-5-3 et du troisième alinéa de l'article L. 162-26 ne sont pas applicables aux consultations assurées ou prescrites par un médecin généraliste installé pour la première fois en exercice libéral. Il prévoit également la durée pendant laquelle les mêmes dispositions ne sont pas applicables à un médecin généraliste qui s'installe dans une zone définie par la mission régionale de santé mentionnée à l'article L. 162-47. »

II. - Au 4 ° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, » sont insérés les mots : « ou le remplacement de professionnels de santé libéraux, ».

Exposé des motifs

I. - Les assurés sociaux désignent un médecin traitant. Sauf situation particulière liée par exemple à l'urgence ou à un déplacement, ils sont incités à consulter leur médecin traitant en première intention. Dans le cas contraire, ils supportent un reste à charge supplémentaire. Afin que ces règles d'organisation des soins ne se traduisent pas pour les médecins qui s'installent par une difficulté supplémentaire pour constituer leur patientèle, il est prévu de considérer qu'un patient qui consulte un médecin récemment installé qui n'est pas son médecin traitant ne soit pas considéré comme dérogeant au parcours de soins.

La disposition concerne la première installation d'un médecin ou son installation dans une des zones déficitaires définies par la mission régionale de santé.

II. - La loi du 13 août 2004 a prévu la possibilité d'aides conventionnelles aux médecins qui s'installent et à ceux qui sont déjà installés dans une zone déficitaire. La disposition étend la possibilité d'aide aux remplaçants, la période de remplacement étant une période propice pour orienter les choix d'installation des jeunes professionnels.

Article 30

I. - L'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 est modifié ainsi qu'il suit :

A. - Les deux premiers alinéas du IV sont remplacés par les dispositions suivantes :

« IV. - Pour les années 2005 à 2012, l'Etat fixe, outre les éléments mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, le taux moyen régional de convergence des coefficients de transition des établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du même code. La convergence doit être achevée au plus tard en 2012.

« L'Etat fixe les règles générales de modulation du taux moyen régional de convergence entre les établissements de la région. Le taux moyen de convergence des coefficients de transition des établissements pour lesquels ce coefficient est inférieur à un peut excéder le taux moyen régional de convergence, à la condition que la masse financière supplémentaire résultant de ce dépassement soit prélevée sur les établissements pour lesquels le coefficient de transition est supérieur à un. Ce prélèvement résulte de l'application d'un taux de convergence pour ces derniers établissements supérieur au taux moyen régional.

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les dispositions d'application du présent IV. »

B. - Le dernier alinéa du A du V est remplacé par les dispositions suivantes :

« Par dérogation aux dispositions des quatre alinéas précédents, les prestations de prélèvement d'organes ou de tissus et celles afférentes à certains modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation complète dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sont facturées dans leur intégralité sur la base des tarifs fixés en application des dispositions du 1° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale. »

C. - La dernière phrase du VII est supprimée.

II. - L'article L. 6114-2 du code de la santé publique est modifié ainsi qu'il suit :

1° Au cinquième alinéa, après les mots : « A défaut de signature du contrat ou de l'avenant dans ce délai, l'agence régionale de l'hospitalisation inscrit ces objectifs quantifiés » sont insérés les mots : « ainsi que les pénalités applicables en cas de non-respect de ces objectifs » ;

2° Il est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« 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. 6121-2 ou 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 trois mois suivant le renouvellement ou la décision de révision de l'autorisation. »

III. - Le deuxième alinéa de l'article L. 6122-8 du même code est complété par la phrase suivante :

« Dans ce cas, l'autorisation prévoit les pénalités applicables en cas de non-respect de ces objectifs».

IV. - A titre transitoire, pour les titulaires d'autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique, les objectifs quantifiés prévus au quatrième alinéa de l'article L. 6114-2 du même code, ainsi que les pénalités applicables en cas de non respect de ces objectifs, sont fixés, au plus tard le 31 mars 2007, dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 6114-1 de ce code. A défaut de signature de ce contrat au 31 mars 2007, l'agence régionale de l'hospitalisation inscrit ces objectifs quantifiés, ainsi que les pénalités, dans l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1, dans les trois mois qui suivent. Jusqu'à la conclusion de ce contrat ou de cet avenant, les titulaires d'autorisation mentionnés à l'alinéa précédent demeurent tenus au respect de la capacité des installations autorisées.

Exposé des motifs

Les dispositions du A du I aménagent le mécanisme de convergence des cliniques privées prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004. Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation disposera d'un outil garantissant la convergence effective des établissements de sa région avec la possibilité d'accélérer la convergence des établissements sous-dotés dans la limite de la masse financière dégagée par le produit de la convergence des établissements sur-dotés.

Les dispositions du B du I prévoient que certains modes de prise en charge en hospitalisation pourront bénéficier d'un financement intégral sur la base des tarifs nationaux de prestation. Cette mesure vise à favoriser le développement dans les établissements financés antérieurement par dotation globale de nouveaux modes de prise en charge, telle que l'hospitalisation à domicile. Ce développement accéléré se traduira pour l'assurance maladie par des coûts de prise en charge des patients moindres au regard d'une prise en charge en hospitalisation complète. La liste des modes de prise en charge qui feront exception à la montée en charge progressive de la tarification à l'activité sera fixée par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Les dispositions du C du I visent à garantir que la convergence entre les tarifs des établissements du secteur public et ceux du secteur privé sera mise en œuvre dans la plus grande transparence et sur la base des conclusions de travaux menés en toute objectivité.

Les dispositions du II et du III visent à prévenir une augmentation des dépenses de l'assurance maladie que provoquerait un développement non encadré de l'activité des établissements de santé aujourd'hui financée, non plus par une dotation globale de fonctionnement, mais essentiellement par des tarifs dans le cadre de la « tarification à l'activité ». L'encadrement de l'activité des établissements de santé reposera sur la fixation d'objectifs quantifiés par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé entre

chaque établissement de santé et l'Agence régionale de l'hospitalisation.

Précisant les modalités d'application de l'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, qui portait sur la planification, les dispositions du IV prévoient que ces contrats devront être signés avec tous les établissements de santé dans un délai pouvant aller jusqu'à douze mois après la publication des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). En complément, un dispositif transitoire est instauré pour la période qui sépare la publication du SROS de la signature du contrat en maintenant la référence aux capacités autorisées.

Article 31

I. - Au 3° de l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « et au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique » sont supprimés.

II. - A l'article L. 174-5 du code de la sécurité sociale, les mots : « défini à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles » sont remplacés par les mots : « mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale. »

III. - Par dérogation à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, au vu du résultat des analyses transversales réalisées, à partir du référentiel définissant les caractéristiques des personnes relevant de soins de longue durée arrêté par les ministres chargés des personnes âgées, de la santé et de la sécurité sociale, sous le contrôle médical des organismes d'assurance maladie présents au niveau régional, l'Etat fixe au 1^{er} janvier 2007, par établissement, en tenant compte du schéma régional d'organisation sanitaire et du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, la répartition des crédits relevant respectivement des objectifs mentionnés aux articles L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale.

IV. - Pour les établissements pour lesquels la répartition prévue au III ci-dessus n'est pas intervenue au 1^{er} janvier 2007, l'Etat arrête, avant le 1^{er} juin 2007, selon une clé de répartition fixée par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées et de la sécurité sociale selon des modalités fixées par décret, la répartition des crédits relevant respectivement des objectifs mentionnés aux articles L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale. Cet arrêté prend effet au 31 décembre 2007.

V. - Les répartitions prévues au III et IV du présent article correspondent à la transformation en tout ou partie de l'activité de soins de longue durée en places d'établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou à la réorientation de cette activité vers d'autres établissements de santé. Les décisions de l'Etat mentionnées arrêtés visés aux III et IV du présent article valent autorisation au sens de l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles pour les établissements auxquels elles s'appliquent, sans préjudice de la modification de l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique.

Exposé des motifs

Avant d'opérer, conformément à la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, le transfert des dépenses des unités de soins de longue durée (USLD) dans l'objectif de dépenses médico-sociales géré par la caisse nationale solidarité et autonomie (CNSA), il convient de déterminer quels patients pris en charge dans ces unités relèvent d'une prise en charge dans le secteur médico-social et quels patients relèvent au contraire d'une prise en charge sanitaire requise par leurs poly-pathologies et leur fragilité.

Ce partage, qui conditionne la répartition des crédits de l'assurance maladie entre les objectifs de suivi de dépenses, nécessite de définir un référentiel relevant les caractéristiques des patients relevant des soins de longue durée. Ce référentiel sera fixé par arrêté.

A partir de ce référentiel, pour chaque établissement de santé titulaire d'une autorisation de soins de longue durée, une répartition des crédits sera opérée entre les objectifs de suivi de dépenses, par arrêté conjoint du préfet et du directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation au plus tard le 1^{er} janvier 2007.

Au cas où un arrêté n'aurait pu être pris à cette date, la répartition des crédits sera opérée par le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation entre les objectifs de suivi des dépenses selon une clé de répartition déterminées par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées et de la sécurité sociale. La répartition des crédits prendra alors effet au 31 décembre 2007.

Article 32

I. - Au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « que s'ils ont passé avant le 31 décembre 2005, ou avant le 31 décembre 2006 pour les établissements mentionnés à l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation, une convention pluriannuelle » sont remplacés par les mots : « que s'ils ont passé au plus tard le 31 décembre 2007 une convention pluriannuelle ».

II. - Le dernier alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est remplacé par les dispositions suivantes :

« Dans les établissements et services mentionnés au 6 ° du I de l'article L. 312-1, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 comprennent la prise en charge de certains dispositifs médicaux dont la liste est fixée par arrêté.

« Ces prestations comprennent également, pour les établissements qui disposent d'une pharmacie à usage intérieur ou qui sont membres d'un groupement de coopération sanitaire ou médico-sociale en disposant ainsi que, sur leur demande, pour les autres établissements, la prise en charge des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables mentionnée à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale. »

Les dispositions du présent II sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2007.

III. - Il est inséré à l'article L. 312-7 du même code, après le *c*, un *d* rédigé comme suit:

« *d*) Gérer, pour le compte de ses membres, une pharmacie à usage intérieur dans les conditions énoncées à l'article L. 5126-1 du code de la santé publique. »

IV. - Au deuxième alinéa de l'article L. 5126-1 du code de la santé publique, après les mots : « au groupement de coopération sanitaire » sont ajoutés les mots : « , au groupement de coopération médico-sociale mentionné à l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles ».

V. - Le sixième alinéa de l'article L. 5125-17 du même code est abrogé.

VI. - Le troisième alinéa de l'article L. 5126-5 du même code est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Les pharmaciens libéraux titulaires uniques ou associés peuvent également assurer la gérance d'une pharmacie à usage intérieur dans les établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles et dans les groupements mentionnés au 3° de l'article L.312-7 du même code, sous réserve d'y avoir été autorisés par l'autorité compétente de l'Etat dans le département. Cette autorisation tient notamment compte de la compatibilité de cette gérance avec l'obligation d'exercice personnel du pharmacien ainsi que de la proximité de son officine et de l'établissement. »

Exposé des motifs

La date avant laquelle les établissements médico-sociaux et les unités de soins de longue durée de plus de vingt-cinq places devront avoir signé la convention pluriannuelle les liant au conseil général et à l'Etat est actuellement fixé au 31

décembre 2005 ou, pour les logements-foyers, au 31 décembre 2006. Il est proposé de la fixer au 31 décembre 2007 dans les deux cas, de manière à ce qu'elle coïncide avec la fin du plan « vieillesse, solidarité » qui prévoit une médicalisation progressive de ces établissements entre 2004 et 2007. C'est l'objet du I de l'article.

En second lieu, il est proposé d'améliorer la prise en charge sanitaire et financière des médicaments et des dispositifs médicaux dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes en s'appuyant sur les conclusions du groupe de travail menée par l'inspection générale des affaires sociales en 2005.

Le II propose ainsi de réévaluer le forfait de soins des établissements pour permettre le financement sur ce forfait de certains dispositifs médicaux collectifs. Cette mesure prendra effet le 1^{er} janvier 2007 après un délai nécessaire à la redéfinition des nouveaux forfaits.

Il est également proposé de permettre aux établissements médico-sociaux ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) de prendre en charge les médicaments dans le cadre de leur forfait de soins. Ce droit d'option sera ouvert à compter du 1^{er} janvier 2007, délai nécessaire pour réévaluer le montant des dotations et définir leurs modalités d'évolution.

Les III à VI prévoient diverses mesures destinées à faciliter le fonctionnement des PUI :

- en vertu des III et IV, à l'instar des missions des groupements de coopération sanitaires, les missions des groupements de coopération médico-sociale sont élargies à la gestion d'une PUI commune auprès de laquelle les établissements membres pourront s'approvisionner ;

- en application des V et VI, les pharmaciens d'officine pourront être autorisés à gérer une PUI sous réserve d'une autorisation préalable.

Article 33

I. - Le deuxième alinéa de l'article L. 3121-5 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les dépenses afférentes aux missions des centres mentionnés par le présent article sont prises en charge par l'assurance maladie, sans préjudice d'autres participations, notamment des collectivités territoriales. Pour le financement de ces dépenses, il n'est pas fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural 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 ».

II. - Dans l'attente de l'arrêté fixant la dotation globale pour l'année 2006, les caisses d'assurance maladie versent à chaque structure de réduction des risques pour usagers de drogues dont les missions correspondent à celles définies conformément à l'article L. 3121-5 du code de la santé publique et antérieurement financée par l'Etat des acomptes mensuels sur la dotation globale de financement, égaux au douzième de la participation de l'Etat allouée à chaque structure. Tout refus d'autorisation d'un centre met fin à son financement par l'assurance maladie.

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

1° Au deuxième alinéa de l'article L. 162-43, les mots : « l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 314-3 » sont remplacés par les mots : « les objectifs de dépenses mentionnés respectivement aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 » ;

2° L'article L. 174-9-1 est modifié comme suit :

a) Au premier alinéa, après les mots : « L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles », sont insérés les mots : « , ainsi que les structures dénommées « lits halte soins » santé et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 du même code » ;

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

« La répartition des sommes versées à ces établissements au titre de l'alinéa précédent entre les régimes d'assurance maladie est effectuée chaque année suivant la répartition qui résulte de l'application de l'article L. 174-2. »

IV. - Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Au 9° du I de l'article L. 312-1, après les mots : « centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie » sont insérés les mots : « , les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue, les structures dénommées « lits halte soins santé » » ;

2° Au cinquième alinéa de l'article L. 313-1, après les mots : « centres de soins spécialisés aux toxicomanes », sont insérés les mots : « et aux centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue » ;

3° Aux cinquième, septième et huitième alinéas de l'article L. 313-4, après la référence : « L. 314-3 », est insérée la référence : « , L. 314-3-2 » ;

4° Au quatrième alinéa de l'article L. 313-8, après les mots : « à l'article L. 314-3 » sont insérés les mots : « et à l'article L. 314-3-2 » ;

5° Il est inséré après l'article L. 314-3-1 deux articles L. 314-3-2 et L. 314-3-3 ainsi rédigés :

« *Art. L. 314-3-2.* - Chaque année, dans les quinze jours suivant la publication de la loi de financement de la sécurité sociale, les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et du budget arrêtent, d'une part, l'objectif de dépenses correspondant au financement, par les régimes obligatoires d'assurance maladie, des établissements et des actions expérimentales mentionnés à l'article L. 314-3-3, et, d'autre part, le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, forfaits, prix de journée et tarifs afférents aux prestations servies par ces mêmes établissements.

« L'objectif susmentionné est fixé en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement et après imputation de la part mentionnée à l'article L. 162-43 du code de la sécurité sociale. Il prend en compte l'impact des éventuelles modifications des règles de tarification des prestations, ainsi que celui des changements de régime de financement des établissements et services concernés.

« Le montant total annuel susmentionné est constitué en dotations régionales limitatives. Le montant de ces dotations est fixé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction des besoins de la population, des orientations définies par les schémas prévus à l'article L. 312-5, des priorités définies au niveau national, 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.

« Chaque dotation régionale est répartie par le représentant de l'Etat dans la région après avis du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et des représentants de l'Etat dans les départements en dotations départementales limitatives. Ces dotations départementales peuvent, dans les mêmes conditions, être réparties par le représentant de l'Etat dans le département en dotations affectées par catégories de bénéficiaires ou à certaines prestations.

« *Art. L. 314-3-3.* - Relèvent de l'objectif et du montant total mentionnés à l'article L. 314-4-1 les établissements suivants :

« 1° Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes mentionnés à l'article L. 314-8 ;

« 2° Les centres de cure ambulatoire en alcoologie mentionnés à l'article L. 3311-2 du code de la santé publique ;

« 3° Les appartements de coordination thérapeutique, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue et les structures dénommées « lits halte soins santé » mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1.

« Relèvent également du même objectif, les actions expérimentales de caractère médical et social mentionnées à l'article L. 162-31 du code de la sécurité sociale. » ;

6° Aux II et III de l'article L. 314-7, après la référence: « L. 314-3 », est insérée la référence: « , L. 314-3-2 » ;

7° Au sixième alinéa de l'article L. 314-8, après les mots : « centres de soins spécialisés aux toxicomanes », sont insérés les mots : « et des structures dénommées « lits halte soins santé » ».

L'objet du présent article est de transférer le financement des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) de l'Etat à l'assurance maladie. Les CAARUD sont des structures de premier accueil des usagers de drogues, de prévention des risques infectieux et de réduction des dommages sociaux.

Les boutiques et les programmes d'échanges de seringues qui disposent de personnel permanent assurent des prestations d'accueil, de soins de premiers secours et d'accompagnement ainsi que la distribution et la récupération de matériel d'injection dans un cadre réglementaire. Le financement actuel sur les crédits d'Etat est peu adapté à ces structures car il est assuré par le chapitre 39-01 du budget de l'Etat alors qu'il s'agit de services qui assument des activités de prise en charge de manière pérenne.

Par ailleurs, l'article L. 3121-5 du code de la santé publique issu de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique confère une base législative aux structures de réduction des risques en les inscrivant dans le cadre des institutions médico-sociales au même titre que les centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA). Le financement des CAARUD dans le cadre de l'ONDAM permettra alors de renforcer la cohérence du dispositif de soins dans le champ des pratiques addictives.

Le présent article a également pour objet de permettre à l'assurance maladie de prendre en charge les dépenses liées à l'hébergement et à la prise en charge des non assurés sociaux dans les lits « halte soins santé ».

En l'absence de domicile, ces établissements médico-sociaux vont permettre aux personnes de garder la chambre, de recevoir des soins médicaux et paramédicaux, qui leur seraient dispensés à domicile s'ils en disposaient.

Ils constituent une modalité de prise en charge globale articulant fortement une dimension sociale avec hébergement temporaire, en un lieu spécifique ou non, de personnes sans domicile, quelle que soit leur situation administrative, et une dimension de soins et de prévention. Ce dispositif ne se substitue à aucune catégorie de structure sanitaire, médico-sociale ou sociale existante.

Les lits « halte soins santé » ne sont pas dédiés à un type de pathologie donnée.

Sur le plan sanitaire, ces structures vont permettre d'éviter des hospitalisations itératives effectuées le plus souvent tardivement et en urgence, le développement de pathologies graves résultant de l'aggravation de pathologies initialement bénignes, de traiter ces dernières pathologies, de continuer des soins initiés à l'hôpital mais ne nécessitant plus une hospitalisation, d'initier des traitements, dans un cadre assurant en outre l'accompagnement social des personnes, l'ouverture ou la régularisation de prestations sociales de droit commun, un bilan social et, un début de réinsertion favorisé par l'amélioration de l'état de santé des personnes concernées.

Enfin, cet article a pour objet de créer un objectif de dépenses médico-social spécifique concernant les établissements médico-sociaux hors champ de compétence de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Il s'agit de tirer les conséquences de la mise en place d'un objectif délégué à la CNSA qui exclut de son champ certains établissements médico-sociaux (appartements de coordination thérapeutiques, centres de soins spécialisés aux toxicomanes et centres de cure

ambulatoire en alcoologie). La loi doit ainsi préciser les règles afférentes à la fixation de ce nouvel objectif, ainsi que les modalités de notification au niveau régional du montant servant de base à la tarification de ces établissements. Les CAARUD et les lits halte soins santé, dont le financement est mis à charge de l'assurance maladie, sont de manière logique inclus dans ce nouvel objectif. Pour assurer un suivi financier, il convient également d'y intégrer les dépenses liées au financement des actions expérimentales de caractère médical et social mentionnées à l'article L. 162-31 du code de la sécurité sociale.

Ce nouvel objectif spécifique sera compris dans le champ du sous-objectif « autres » de l'ONDAM qui devrait figurer dans les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) en application de la loi organique.

Article 34

I. - L'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est modifié comme suit :

1° Le *b* du 1° du I est complété par les mots : « et une contribution, par voie de fonds de concours créée par l'Etat en 2006, au financement des groupes d'entraide mutuelle mentionnés à l'article L. 114-1-1 du code de l'action sociale et des familles »

2° Après le *b* du III, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Est également retracé en charges la subvention due à la Caisse nationale d'allocations familiales en application de l'article L. 541-4 du code de la sécurité sociale ».

II. - Au 3° de l'article L. 314-3-1 du même code, les mots : « Les établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code » sont remplacés par les mots : « Les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code ».

Les dispositions du présent II entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2006.

III. - Les crédits affectés au V de l'article L. 14-10-5 peuvent être utilisés, selon des modalités fixées par voie réglementaire, au financement d'opérations d'investissement et d'équipement, pour la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements mentionnés à l'article L. 314-3-1.

Les montants affectés respectivement aux opérations en faveur des établissements ou services accueillant des personnes âgées et aux opérations en faveur des établissements ou services accueillant des personnes handicapées sont fixés par l'autorité administrative.

Exposé des motifs

I. - L'article 11 de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées prévoit le développement des groupes d'entraide mutuelle. Il a été décidé que le financement de ces groupes incomberait à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Toutefois, cette dépense n'a pas été intégrée dans le texte qui retrace les ressources et les charges de cet établissement (article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles) en six sections distinctes.

Le 1° du I du projet d'article de loi permet de remédier à cette situation, en modifiant l'article L. 14-10-5 susmentionné, de manière à intégrer cette charge dans la section 1 du budget de la caisse.

S'agissant d'un nouveau dispositif encore en montée en charge, il est proposé de reconduire le financement 2005 par voie de fonds de concours de ce dispositif en 2006.

De même, si l'article 68 de la loi du 11 février 2005 a instauré, à l'article L. 541-4 du code de la sécurité sociale, une majoration spécifique à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) dans des conditions qui doivent être définies par décret, le financement de cette majoration, versée par la Caisse nationale

d'allocations familiales (CNAF), ayant été mis à la charge de la CNSA sous forme de subvention correspondant au montant réellement versé, cette dépense n'a pas été intégrée dans le texte qui retrace les ressources et les charges de la CNSA en six sections distinctes. Le 2° du I remédie à cette situation en permettant d'imputer comptablement la subvention à verser à la CNAF dans une section précise de la CNSA.

II. - Par ailleurs, en vertu de la loi du 11 février 2005, la CNSA gèrera à compter du 1^{er} janvier 2006 un objectif de dépenses visant à financer les prestations des établissements et services médico-sociaux prenant en charge des personnes âgées et handicapées à la charge des organismes de sécurité sociale, en application de l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles. Cet objectif de dépenses est déterminé en fonction, d'une part, d'une contribution des régimes d'assurance maladie fixée dans l'ONDAM voté par le Parlement et, d'autre part, des recettes prévisionnelles de la CNSA affectées au financement des structures prenant en charge des personnes âgées.

En vertu du 3° de l'article L. 314-3-1 du même code, relèvent de cet objectif de dépenses les établissements médico-sociaux prenant en charge des personnes âgées.

Cet article a toutefois omis de mentionner au 3° les services médico-sociaux prenant en charge des personnes âgées dont les prestations sont prises en charge par des organismes de sécurité sociale, c'est-à-dire les services de soins infirmiers à domicile.

Or, il ressort très clairement des débats parlementaires que l'objectif était de confier à la CNSA la répartition territoriale d'une enveloppe des crédits destinés aux établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées. Le II du projet d'article répare cette omission.

III. - Cette disposition est destinée à permettre le cofinancement, notamment avec les conseils généraux, d'opérations d'investissement concernant la modernisation et la mise aux normes des établissements du secteur social et médico-social.

Article 35

L'article L. 1142-23 du code de la santé publique est modifié ainsi qu'il suit :

1° L'avant-dernier alinéa est abrogé ;

2° Le 7° devient le 6°.

Exposé des motifs

La loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 (articles L. 3122-1 à L. 3122-6 du code de la santé publique) a institué un fonds d'indemnisation pour les personnes contaminées par le virus de l'immunodéficience humaine par voie transfusionnelle (FITH) sur le territoire de la République française.

Tirant les conséquences de la raréfaction des contaminations et donc des demandes d'indemnisation, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a prévu l'intégration de la mission du fonds au sein de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).

Depuis 1992 et jusqu'au 31 décembre 2004, le FITH était financé par le ministère du budget (section des charges communes - chapitre 46-98) à partir d'un chapitre évaluatif. Pour la première fois en 2005 et à titre d'expérimentation de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), les crédits au profit du FITH ont été transférés sur le budget « travail santé et cohésion sociale », chapitre 39-02 (programme « veille et sécurité sanitaires ») à hauteur de 3 millions d'euros.

Accompagnant le transfert de la mission du FITH à l'ONIAM, la loi du 9 août 2004 (II de l'article 115) a ajouté aux recettes de l'office « une dotation versée par l'Etat en vue d'assurer l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus d'immunodéficience humaine en application des articles L. 3122-1 à L. 3122-5 ».

Toutefois, au titre de la simplification des modalités de financement de l'établissement qui reprend les missions du FITH, il est proposé dans le présent projet de loi d'abroger cette disposition financière, ce qui revient à considérer qu'à compter de 2006 les nouvelles missions intégrées à l'ONIAM au titre du FITH, qui correspondent - comme pour les autres missions de l'ONIAM - à des indemnisations de préjudices liées à des activités de soins, seront financées par la dotation versée par les organismes d'assurance maladie.

Article 36

I. - L'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au II, le taux de 1,75 % est remplacé par le taux de 2,5 % ;

2° Au III, le montant : « 76,13 € » est remplacé par le montant : « 85 € ».

II. - Au troisième alinéa de l'article L. 863-1 du même code, les montants : « 150 € », « 75 € » et « 250 € » sont remplacés, respectivement, par les montants : « 200 € », « 100 € » et « 400 € ».

Exposé des motifs

I. - Il est proposé au I d'augmenter de 0,75 point le taux de la taxe sur les organismes complémentaires, instaurée en 1999 au profit du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (CMU-C).

Ce rendement supplémentaire permet notamment de financer une augmentation significative du forfait de la CMU, qui passera de 304,52 € par bénéficiaire et par an à 340 €. Cette revalorisation du forfait aura pour effet de diminuer le coût marginal imputé aux organismes prenant en charge les bénéficiaires de la CMU-C.

L'impact de cette revalorisation portera avant tout sur les organismes complémentaires qui participent peu au dispositif de la CMU-C dans la mesure où les autres bénéficieront de déductions plus importantes sur la taxe.

II. - La mesure prévue au II vise à renforcer l'attractivité du dispositif d'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire de santé prévu par l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, qui permet aux personnes dont les ressources sont légèrement supérieures au plafond de la couverture maladie universelle complémentaire de bénéficier d'une aide pour souscrire une assurance complémentaire de santé.

Les montants actuels de l'aide s'élèvent à 75 € par an pour une personne de moins de vingt-cinq ans, à 150 € pour une personne de vingt-six à cinquante neuf ans et à 250 € pour une personne de plus de soixante ans. Il est proposé de les augmenter respectivement à 100 €, 200 € et 400 € par an.

Article 37

Le troisième alinéa de l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Cette disposition n'est toutefois pas applicable lorsqu'en vertu du 1° de l'article L. 322-3 la participation de l'assuré à l'occasion d'une hospitalisation est limitée au motif que la dépense demeurant à sa charge dépasse un certain montant. »

Exposé des motifs

Lorsqu'un assuré reçoit, en ville ou dans le cadre d'une hospitalisation, des soins médicaux correspondant à des actes affectés d'un coefficient supérieur à 50 ou d'un coût de plus de 91 €, il est dispensé de ticket modérateur. Ainsi, alors qu'une participation de 18 euros est laissée à la charge de l'assuré pour un acte de 90 € effectué à l'hôpital, aucune participation n'est demandée pour un acte de 91 €.

Le présent article prévoit d'étendre aux actes d'une valeur supérieure à 91€ une participation de 18 €. Par souci de justice, cette participation ne sera pas fixée en pourcentage de la valeur de l'acte, mais plafonnée à 18 euros, quels que soient les frais encourus.

Les femmes enceintes, les nouveaux-nés hospitalisés, les titulaires d'une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle ou d'une pension d'invalidité, ainsi que les six millions de personnes reconnues atteintes d'une affection de longue durée, ne sont pas concernés par cette mesure, non plus que l'ensemble des assurés sociaux pour les actes de biologie et de radiologie.

La mise en œuvre de cette mesure suppose, outre des modifications réglementaires, de modifier la règle d'imputation du forfait journalier sur le ticket modérateur.

Neuf assurés sur dix disposent d'une couverture complémentaire qui prendra en charge cette participation de 18 €. Le présent projet de loi revalorise de 33 à 60 % le montant de l'aide instituée pour l'acquisition d'une complémentaire de santé. Dans le cas des 4,7 millions de personnes couvertes par la CMU-C, la participation de 18 € sera acquittée par l'Etat.

Article 38

I. - Le premier alinéa de l'article L. 2133-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les messages publicitaires en faveur de boissons avec ajouts de sucres, de sel ou d'édulcorants de synthèse ou de produits alimentaires manufacturés doivent contenir une information à caractère sanitaire. Dans le cas des messages publicitaires télévisés, radiodiffusés ou diffusés par voie de services de communication au public en ligne, cette obligation ne s'applique qu'aux messages émis et diffusés à partir du territoire français et reçus sur ce territoire. La même obligation d'information s'impose à toute manifestation ou organisation d'événement destinée à promouvoir ces boissons et produits auprès du public et à toute promotion, destinée au public, par voie d'imprimés et de publications périodiques édités par des producteurs ou distributeurs de ces produits. »

II. - Au deuxième alinéa du même article, les mots : « et promoteurs » sont insérés après les mots : « Les annonceurs ».

III. - Le troisième alinéa du même article est remplacé par les deux alinéas suivants :

« La contribution prévue à l'alinéa précédent est assise, s'agissant des messages publicitaires, sur le montant annuel des sommes destinées à l'émission et à la diffusion de ces messages, hors remise, rabais, ristourne et taxe sur la valeur ajoutée, payées par les annonceurs. Le montant de cette contribution est égal à 1,5 % du montant de ces sommes.

« La contribution prévue au deuxième alinéa est assise, s'agissant des autres types de promotion de ces produits, sur la valeur hors taxe sur la valeur ajoutée des dépenses de réalisation et de distribution qui ont été engagées au titre de l'année civile précédente, diminuée des réductions de prix obtenues des fournisseurs qui se rapportent expressément à ces dépenses. La base d'imposition des promoteurs qui effectuent tout ou partie des opérations de réalisation et de distribution avec leurs propres moyens d'exploitation est constituée par le prix de revient hors taxe sur la valeur ajoutée de toutes les dépenses ayant concouru à la réalisation desdites opérations. Le taux de la contribution est fixé à 1,5 % du montant hors taxe sur la valeur ajoutée de ces dépenses. »

IV. - Le quatrième alinéa est remplacé par l'alinéa suivant :

« Le fait générateur est constitué par la diffusion des messages publicitaires, la réalisation des manifestations, l'organisation des événements ou la mise à disposition des documents visés au premier alinéa. La contribution est exigible au moment du paiement par l'annonceur aux régies, au début des manifestations ou événements ou au moment de la première mise à disposition des documents visés. La contribution est déclarée, liquidée, recouvrée et contrôlée selon les procédures et sous les mêmes sanctions, garanties et privilèges que la taxe sur la valeur ajoutée. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées selon les règles applicables à cette même taxe. Il est opéré un prélèvement de 1,5 % effectué par l'Etat sur le montant de cette contribution pour frais d'assiette et de recouvrement. »

Exposé des motifs

Cet article modifie l'article L. 2133-1 du code de la santé publique qui prévoit que les publicités alimentaires contiennent un message à caractère sanitaire ou que les annonceurs versent une contribution financière, correspondant à 1,5 % des sommes engagées, affectée aux actions d'information et d'éducation nutritionnelles conduites par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

Cet article est nécessaire pour mettre en œuvre l'article actuel du code de la santé publique. Il permet ainsi la mise en œuvre d'une importante politique de sensibilisation et d'information des consommateurs sur l'enjeu de santé publique des produits alimentaires. Cette politique de prévention vise un secteur dont l'enjeu financier est très lourd pour l'Assurance maladie : l'obésité et le surpoids qui touchent 19 % des enfants entraînent des dépenses de santé estimées à 5 milliards d'euros.

Cet article définit les conditions d'un renforcement des recettes de l'INPES et ouvre la voie à un allègement de la charge qui pèse sur les dépenses de l'Assurance maladie pour financer l'INPES. En 2005, l'Assurance maladie a contribué à hauteur de 71 % au financement de l'INPES contre 29 % pour l'Etat. L'objectif est de descendre la part de l'Assurance maladie aux deux tiers.

L'article précise en premier lieu le champ d'application de la mesure. La rédaction antérieure de la loi prévoyait que ces obligations s'appliquent aux « messages publicitaires télévisés ou radiodiffusés » et aux « actions de promotion ». La modification proposée substitue à ces deux catégories une distinction plus simple entre l'ensemble des messages publicitaires, d'une part, et, d'autre part, les manifestations et organisations d'événements destinées à promouvoir ces boissons et produits et leur promotion par les publications éditées par les producteurs ou les distributeurs de ces produits.. Cette clarification est nécessaire pour asseoir à un niveau législatif la base de la taxation prévue. La prise en compte de tous ces supports dans leur ensemble correspond à l'intention du législateur au moment du débat sur la loi de santé publique qui a souhaité étendre largement le champ d'application de la loi à toutes les « actions de promotion » de ces produits et boissons.

Cette nouvelle définition garantit l'égalité de traitement des moyens de promotion de ces boissons et produits au regard de l'objectif de santé publique et devant l'impôt. Elle réduit au maximum les effets de distorsion qui pourraient apparaître sur le marché de la publicité entre les supports.

L'article précise en second lieu les conditions dans lesquelles l'organisation de manifestations ou d'événements hors média contribue financièrement à la politique d'éducation nutritionnelle de l'INPES. La rédaction actuelle de la loi a omis de définir les règles de recouvrement des contributions financières du secteur hors média. Ces règles adossées sur des procédures fiscales relèvent du niveau législatif. L'article proposé fixe la contribution possible du secteur hors média à l'INPES à 1,5 % du coût de réalisation de la promotion.

Article 39

I. - L'article 25 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 devient l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale, inséré après l'article L. 221-1 de ce code.

Cet article est ainsi modifié :

1° Au I, les mots : « , pour une durée de neuf ans à compter du 1^{er} janvier 1999 » sont supprimés ;

2° Il est ajouté au deuxième alinéa du II la phrase suivante : « Jusqu'au 31 décembre 2006, il peut également contribuer à la mise en oeuvre du dossier médical personnel, au sens des articles L.161-36-1 et suivants du code de la sécurité sociale. »

3° Au troisième alinéa du II, les mots : « à l'alinéa précédent » sont remplacés par les mots : « au premier alinéa du présent II » ;

4° Il est ajouté au II un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« Le fonds peut attribuer des aides pour le financement des structures participant à la permanence des soins, notamment des maisons médicales. Il peut aussi contribuer au financement de toute action visant à favoriser une bonne répartition des professionnels de santé sur le territoire. » ;

5° Au III, les mots : « , et pour 1999 à 500 millions de francs » sont supprimés.

II. - Pour 2006, le montant maximal des dépenses du fonds institué à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 150 millions d'euros.

Ce fonds est doté de 110 millions d'euros au titre de l'année 2006.

Exposé des motifs

Le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), à l'origine temporaire, existe désormais depuis neuf ans en raison de prorogations successives. Il est proposé de le pérenniser et, par suite, de codifier les dispositions législatives qui le régissent. C'est l'objet du premier alinéa et du 1° du I.

Il est proposé, par ailleurs, que le FAQSV ait explicitement pour mission de financer des structures participant à la permanences des soins, comme les maisons médicales de garde, ou des actions visant à favoriser une bonne répartition des professionnels de santé sur le territoire. Il est également proposé que le fonds finance la mise en oeuvre du dossier médical personnel en phase de montée en charge.

Tel est l'objet des 2° à 5° du I.

Enfin, les ressources du FAQSV étant fixées chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, la dotation du fonds est fixée au III à 110 millions d'euros et le plafond de dépenses à 150 millions d'euros.

Article 40

Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionné à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 est fixé à 327 millions d'euros.

Exposé des motifs

Dès 1998, la recomposition du tissu hospitalier avait justifié la mise en place d'un dispositif exceptionnel de financement des établissements de santé, distinct des crédits versés par les caisses d'assurance maladie et comptabilisé en dehors de l'ONDAM sous la forme d'un fonds : le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

Ce fonds a financé dès son origine des mesures d'accompagnement social des opérations liées à la modernisation des établissements de santé, favorisant notamment la mobilité et l'adaptation des personnels.

Les missions du fonds ont été progressivement élargies puisqu'il participe au financement de certaines dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé, en particulier dans le cadre du plan « Hôpital 2007 ». L'extension des missions du Fonds a conduit à distinguer deux grands volets - le volet « ressources humaines » et le volet « investissement » - auxquels s'ajoutent l'appui à la mise en œuvre de la tarification à l'activité, l'appui aux autres actions de modernisation des établissements de santé et le fonctionnement des missions « Hôpital 2007 ».

Pour 2006, les besoins de financement du FMESPP ont été fixés à 327 millions d'euros. Ils intègrent un volet consacré à la formation et à la reconversion du personnel des établissements de santé, la montée en puissance du dispositif d'accompagnement des réformes hospitalières annoncé par le ministre chargé de la santé le 26 mai 2005 et celle du plan « psychiatrie et santé mentale » annoncé le 4 février 2005, notamment ses volets « investissement » et « formation des soignants ». Le volet investissement du plan « Hôpital 2007 » sera financé par le FMESPP pour 2006 à hauteur de 100 millions d'euros, la charge d'amortissement et les frais financiers afférents à un recours accru à l'emprunt étant compensés par les dotations directes de l'assurance maladie.

Article 41

La contribution de l'assurance maladie au fonds de concours mentionné à l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 est fixée pour 2006 à 175 millions d'euros.

Cette contribution est répartie entre les différents régimes d'assurance maladie selon les règles mises en œuvre au titre de l'année 2004 pour l'application de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

Exposé des motifs

Une dotation de 175 millions d'euros est demandée dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 pour permettre la préparation des plans de réponse aux menaces sanitaires graves.

Ces fonds seront utilisés en application du plan gouvernemental de protection contre un risque de pandémie de grippe d'origine aviaire à hauteur de 146 millions d'euros. Ils financeront des masques, des médicaments et du matériel de vaccination. Le complément permettra de renouveler des stocks d'antibiotiques et de prendre en charge certaines opérations initialement programmées en 2005.

Article 42

Pour l'année 2006, 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 153,4 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 131,9 milliards d'euros.

Article 43

Pour l'année 2006, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous objectifs sont fixés comme suit :

	Objectif de dépenses (en milliards d'euros)
Dépenses de soins de ville	65,3
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	45,8
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	17,9
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	4,3
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	6,6
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	0,7
Total	140,7

Exposé des motifs

L'article 1^{er} de la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale dispose que la loi de financement fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base. Le présent article fixe cet objectif à 140,7 milliards d'euros.

En outre, le Gouvernement, après consultation des commissions parlementaires saisies au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale, fixe la liste des sous-objectifs, dont le nombre ne peut être inférieur à cinq, et la définition des composantes de ceux-ci.

Le présent article propose de retenir six sous-objectifs.

Le premier concerne les dépenses de soins de ville et est fixé à 65,3 milliards d'euros.

Le deuxième concerne la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) et l'objectif de dépenses relatives aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique (ODMCO) de l'ensemble des établissements de santé, publics et privés, à l'exception des hôpitaux locaux. Il est fixé à 45,8 milliards d'euros.

Le troisième concerne les autres dépenses de soins en établissement de santé. Il vise les dépenses d'assurance maladie afférentes aux activités de soins de suite et de réadaptation et de psychiatrie des établissements publics et privés, les hôpitaux locaux, les unités de soins de longue durée, la dotation de l'assurance maladie au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et d'autres dépenses spécifiques. Il est fixé à 17,9 milliards d'euros.

Le quatrième concerne les soins en établissements pour personnes âgées et est fixé à 4,3 milliards d'euros.

Le cinquième concerne les soins en établissements pour personnes handicapées et est fixé à 6,6 milliards d'euros.

Le dernier objectif concerne d'autres dépenses de soins : il s'agit des soins pour les ressortissants français à l'étranger, de la dotation nationale en faveur des réseaux et des dépenses médico-sociales non déléguées à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, qui concernent notamment les dépenses de centres de soins spécialisés pour toxicomanes, des centres de cure en alcoologie et des appartements de coordination thérapeutique. Son montant est de 0,7 milliards d'euros.

Article 44

L'article L. 111-11 du code de la sécurité sociale est modifié ainsi qu'il suit :

1° Au premier alinéa, les mots : « Chaque caisse nationale » sont remplacés par les mots : « l'Union nationale de caisses » et les mots : « l'évolution de ses charges et de ses produits » sont remplacés par les mots : « l'évolution des charges et des produits de la caisse nationale d'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 » ;

2° Au second alinéa, les mots : « la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « l'union nationale des caisses d'assurance maladie » et les mots : « de son conseil de surveillance mentionné à l'article L. 228-1 » par les mots : « du conseil mentionné à l'article L. 182-2-2 ».

Exposé des motifs

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a fait obligation, dans son article 39, à « chaque caisse nationale d'assurance maladie » de transmettre avant le 30 juin au ministre et au Parlement des propositions relatives à l'évolution de ses charges et de ses produits 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. Dans le cadre de l'examen du projet de loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, cette date a été ramenée au 15 juin.

Il est proposé de remplacer l'obligation faite pour chacune des caisses nationales d'assurance maladie par une obligation portant sur l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de lui demander des propositions relatives aux trois principales caisses nationales (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés - CNAMTS, caisse centrale de la mutualité sociale agricole - MSA, caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes - CANAM).

Il semble en effet préférable de disposer de la vision la plus large possible de l'évolution des produits et des charges de l'assurance maladie et non des visions de plusieurs régimes juxtaposées. La modification proposée allège en outre l'information à traiter par le Parlement et le Gouvernement.

Section 2
Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 45

Le code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

I. - L'intitulé du chapitre II du titre VIII du livre III du code de la sécurité sociale est remplacé par l'intitulé ainsi rédigé : « Personnes rattachées au régime général pour l'ensemble des risques »

II. - L'intitulé de la section 1 de ce chapitre est remplacé par l'intitulé ainsi rédigé : « Artistes auteurs »

III. - Il est créé au début de la section 1 une sous-section 1 intitulée : « Champ d'application » et comprenant l'article L. 382-1.

IV. - Les sections 2 à 7 du même chapitre deviennent, respectivement, les sous-sections 2 à 7 de la section 1.

V. - Le chapitre est complété par une section 2 intitulée « Ministres des cultes et membres des congrégations religieuses ». Cette section comporte quatre sous-sections constituées dans les conditions suivantes :

A. - La sous-section 1 est intitulée « Dispositions générales ». Elle comprend les articles L. 381-12, à l'exception de ses cinq derniers alinéas, L. 721-15-1, L. 721-2, L. 721-8-1, L. 381-14 et L. 381-15, qui sont ainsi modifiés :

1° L'article L. 381-12 devient l'article L. 382-15 et est modifié comme suit :

a) Les mots : « le chapitre Ier du titre II du livre VII » sont remplacés par les mots : « la présente section » ;

b) Les mots : « d'un autre régime d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « d'un autre régime de base de sécurité sociale » ;

c) La mention : « L. 721-2 » est remplacée par la mention : « L. 382-17 » ;

2° L'article L. 721-15-1 devient l'article L. 382-16. Dans cet article, la mention : « L. 721-1 » est remplacée par la mention : « L. 382-15 » et les mots : « aux régimes prévus aux articles L. 381-12 et L. 721-1 » sont remplacés par les mots : « au régime prévu par la présente section » ;

3° L'article L. 721-2 devient l'article L. 382-17 ;

4° L'article L. 721-8-1 devient l'article L. 382-18. Dans cet article, la mention : « L. 721-3 » est remplacée par la mention : « L. 382-25 » ;

5° Les articles L. 381-14 et L. 381-15 deviennent respectivement les articles L. 382-19 et L. 382-20.

B. - La sous-section 2 est intitulée : « Assurance maladie ». Elle comprend les cinq derniers alinéas de l'article L. 381-12 et les articles L. 381-17 et L. 381-18, qui sont ainsi modifiés :

1° Les cinq derniers alinéas de l'article L. 381-12 deviennent l'article L. 382-21. Dans cet article, les mots : « du présent article » sont remplacés par les mots : « de l'article L. 382-15 » ;

2° Les articles L. 381-17 et L. 381-18 deviennent les articles L. 382-22 et L. 382-23, respectivement. Dans ces articles, les mots : « de la présente section » sont remplacés par les mots : de la présente sous-section ».

C. - La sous-section 3 est intitulée : « Assurance invalidité ». Elle comprend l'article L. 381-18-1, qui devient l'article L. 382-24. Le troisième alinéa de cet article est remplacé par les dispositions suivantes :

« La pension d'invalidité est remplacée, à l'âge fixé en application du premier alinéa de l'article L. 351-1, par la pension de vieillesse prévue à la sous-section 4 de la présente section ».

D. - La sous-section 4 est intitulée : « Assurance vieillesse ». Elle comprend les articles L. 721-3, L. 721-5-1, L. 721-6, L. 721-7, L. 721-8 et L. 721-15, qui sont ainsi modifiés :

1° L'article L. 721-3 devient l'article L. 382-25. Dans cet article, la mention : « L. 721-2 » est remplacée par la mention : « L.382-17 », et les mots : « de la présente section et de la section 4 » sont remplacés par les mots : « de la présente sous-section » ;

2° L'article L. 721-5-1 devient l'article L. 382-26. Dans cet article, les mots : « visés au 3° de l'article L. 721-5 » sont remplacés par les mots : « atteints d'une incapacité totale ou partielle d'exercer dans les conditions prévues à l'article L. 382-24 » ;

3° L'article L. 721-6 devient l'article L. 382-27. Le premier alinéa de cet article est ainsi rédigé :

« Les personnes qui exercent ou qui ont exercé des activités mentionnées à l'article L. 381-15 reçoivent une pension de vieillesse dans les conditions définies aux articles L. 351-1 à L. 351-1-3, au premier alinéa de l'article L.351-2, aux 4°, 5° et 6° de l'article L. 351-3, aux articles L. 351-4, L. 351-4-1, L. 351-6, L. 351-8 à L. 351-13, L. 352-1, L. 353-1 à L. 353-5 et L. 355-1 à L. 355-3. ». La première phrase du deuxième alinéa du même article est complétée par les mots : « sous réserve d'adaptation par décret » ;

4° L'article L. 721-7 devient l'article L. 382-28. Dans cet article, les mots : « de la présente section » sont remplacés par les mots : « de la présente sous-section » ;

5° L'article L. 721-8 devient l'article L. 382-29. Dans cet article, les mots : « du présent chapitre » sont remplacés par les mots : « de la présente section » et les mots : « audit chapitre » sont remplacés par les mots : « à la présente section » ;

6° L'article L. 721-15 devient l'article L. 382-30. Dans cet article, les mots : « l'article L. 721-1 » sont remplacés par les mots : « la présente sous-section ».

VI. - L'article L.134-14, la section 4 du chapitre I^{er} du titre VIII du livre III et le chapitre 1^{er} du titre II du livre VII du code de la sécurité sociale sont abrogés.

VII. - Le premier alinéa de l'article L. 921-1 est complété par les dispositions suivantes :

« Ces dispositions sont applicables aux personnes mentionnées à l'article L. 382-15 qui bénéficient d'un revenu d'activité perçu individuellement. »

Exposé des motifs

Les ministres des cultes et membres des congrégations religieuses relèvent du régime général depuis 1987 pour l'assurance maladie et 2002 pour l'assurance

invalidité, sous réserve de quelques adaptations en matière de cotisations et de prestations liées à leur spécificité et à une gestion par une caisse spécifique.

Le risque vieillesse est intégré financièrement au régime général depuis 1998, ce qui a conduit à une harmonisation complète des droits acquis à compter de cette date.

Le présent article parachève l'évolution engagée en 1998 en intégrant juridiquement le régime d'assurance vieillesse des cultes au sein du régime général. Il harmonise l'âge de départ à la retraite du régime des cultes, quelle que soit la période d'acquisition des droits, avec celui qui s'applique aux autres régimes de retraite – 60 ans, voire plus tôt pour les personnes ayant commencé à travailler très jeunes.

Ce même article prévoit par ailleurs l'affiliation à une institution de retraite complémentaire des assurés de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC) qui perçoivent un revenu d'activité individuel. Cette affiliation, qui est cohérente avec la vocation de l'association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC) et de l'association des régimes de retraite complémentaire (ARRCO) à affilier les ressortissants du régime général, permettra aux ministres des cultes d'acquérir des droits identiques à ceux des salariés.

Article 46

I. - Le chapitre *V ter* du titre I^{er} du livre VIII du code de la sécurité sociale issu de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse est abrogé.

II. - Au 1° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du II de l'article 1^{er} de l'ordonnance du 24 juin 2004 susmentionnée, les mots : « aux chapitres V et *V ter* ; » sont remplacés par les mots : « au chapitre V ; ».

III. - L'article L. 816-1 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 816-1.* - Le présent titre est applicable aux personnes de nationalité étrangère sous réserve qu'elles répondent aux conditions prévues aux articles L. 262-9 et L. 262-9-1 du code de l'action sociale et des familles. »

Exposé des motifs

Le présent article a pour objet d'harmoniser les conditions de service des différentes prestations composant le minimum vieillesse entre elles et avec celles qui sont applicables aux autres prestations sociales, notamment le revenu minimum d'insertion.

Article 47

I. - La section 1 du chapitre V du titre IV du livre VI du code de la sécurité sociale est remplacée par les dispositions suivantes :

« Section 1 « Dispositions générales

« Art. L. 645-1. - Les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux mentionnés à l'article L. 722-1 et les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales non médecins mentionnés à l'article L. 162-14 bénéficient d'un régime de prestations complémentaires de vieillesse propre à chacune de ces catégories professionnelles.

« Ces prestations ne peuvent être attribuées qu'à des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux et directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales non médecins ayant exercé, au moins pendant une durée fixée par décret, une activité professionnelle non salariée dans le cadre des conventions ou adhésions personnelles mentionnées aux articles L. 722-1 et L. 162-14.

« Pour chacun des régimes mentionnés au premier alinéa, des décrets peuvent prévoir que les personnes dont l'activité non salariée ne constitue pas l'activité professionnelle principale ou dont le revenu professionnel non salarié est inférieur à un montant fixé par décret pourront demander à être dispensées de l'affiliation aux régimes prévus au présent chapitre.

« Art. L. 645-2. - Le financement des régimes prévus au premier alinéa de l'article L. 645-1 est assuré par une cotisation annuelle obligatoire, distincte selon les régimes, dont le montant est fixé par décret.

« Le versement de cette cotisation annuelle ouvre droit, pour chacun des régimes, à l'acquisition d'un nombre de points dans des conditions déterminées par décret.

« Art. L. 645-3. - Pour chacun des régimes prévus au premier alinéa de l'article L. 645-1, une cotisation d'ajustement peut être appelée, dans des conditions fixées par décret en sus de la cotisation prévue à l'article L. 645-2. Cette cotisation annuelle obligatoire est proportionnelle aux revenus que les intéressés tirent de l'activité mentionnée aux articles L. 722-1 et L. 162-14. Le versement de cette cotisation ne donne pas lieu à l'acquisition de points supplémentaires. Néanmoins, tout ou partie de cette cotisation peut ouvrir droit à des points supplémentaires dans des conditions fixées par décret, après avis des sections professionnelles des régimes mentionnés à l'article L. 645-1

« Art. L. 645-4. - Les prestations complémentaires de vieillesse prévues au premier alinéa de l'article L. 645-1 et les pensions de réversion y afférant sont servies aux intéressés par les sections professionnelles mentionnées à l'article L. 641-6, dans des conditions fixées par décret.

« Art. L. 645-5. - La valeur de service du point de retraite pour les prestations de droit direct et les pensions de réversion liquidées antérieurement au 1^{er} janvier 2006 est fixée par décret pour chacun des régimes.

« Les points non liquidés et acquis antérieurement au 1^{er} janvier 2006 ouvrent droit à un montant annuel de pension égal à la somme des produits du nombre de points acquis chaque année par une valeur de service du point. Cette valeur, fixée par décret, peut varier selon l'année durant laquelle les points ont été acquis et selon l'année de liquidation de la pension.

« Les points acquis à compter du 1^{er} janvier 2006 ouvrent droit à un montant annuel de pension égal au produit du nombre de points portés au compte de l'intéressé par la valeur de service du point. Cette valeur de service est fixée par décret. »

II. - Au premier alinéa de l'article L. 645-6 du même code, les mots : « et rendus obligatoires en application de l'article L. 645-3 » sont abrogés.

III. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2006.

Exposé des motifs

Lorsqu'ils sont conventionnés, les médecins, les chirurgiens-dentistes, les auxiliaires médicaux, les pharmaciens directeurs de laboratoire et les sages-femmes bénéficient d'un étage supplémentaire de retraite, additionnel à la retraite de base et au régime complémentaire. A ce titre, les régimes d'assurance maladie prennent à leur charge, conformément aux accords conventionnels, les deux tiers de la cotisation du professionnel.

Ces régimes dits « ASV » (avantage social vieillesse) sont gérés par les cinq sections de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) en charge de ces professions, soit respectivement : la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF), la Caisse autonome de retraite des chirurgiens-dentistes (CARCD), la Caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs-kinesithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes (CARPIMKO), la Caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens(CAVP) pour les directeurs de laboratoire de biologie et la Caisse autonome de retraite des sages-femmes françaises (CARSAF).

Afin de garantir la pérennité de ces régimes, le présent article prévoit :

- une amélioration de la « gouvernance » des régimes : l'ensemble des paramètres est déconnecté de la valeur des lettres-clefs et fixé par le pouvoir réglementaire ;

- la possibilité de moduler la valeur des points selon leur période d'acquisition, afin de permettre un traitement équitable entre les générations ;

- la possibilité de créer une cotisation d'ajustement non créatrice de droits, qui marque la solidarité des actifs vis-à-vis des retraités.

Les cinq caisses demeureront les gestionnaires du régime de prestations complémentaire de vieillesse.

Le présent article ne modifie pas les paramètres des régimes dont l'évolution fera l'objet d'une concertation approfondie avec chacune des professions.

Article 48

Pour l'année 2006, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés :

- 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale à 161,0 milliards d'euros ;
- 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 83,1 milliards d'euros.

Section 3
**Dispositions relatives aux dépenses d'assurance
des accidents du travail**

Article 49

I. - Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 700 millions d'euros au titre de l'année 2006.

II. - Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 315 millions d'euros au titre de l'année 2006.

Exposé des motifs

I. - Le montant fixé pour cette contribution par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 était de 600 millions d'euros.

Au 31 mai 2005, le nombre d'allocataires présents dans le dispositif s'élève à 29 621 (soit 17,3 % de plus par rapport au 31 mai 2004).

Compte tenu de la ressource constituée par le versement au fonds d'une part fixée à 0,31 % des droits de consommation sur le tabac et de la contribution des employeurs en vertu de l'article 47 de la LFSS pour 2005, la contribution de la branche devrait être fixée à hauteur de 700 millions d'euros au titre de l'année 2006.

II. - Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) a été doté comme suit tant au titre des lois de finances qu'au titre des lois de financement de la sécurité sociale de 2001 à 2005 :

<i>Dotations au FIVA</i> (année)	Etat (en M€)	Branche AT/MP (en M€)	Total ressources FIVA (en M€)
2001		438	438
2002	38	180	218
2003	40	190	230
2004	52	100	152
2005	0	200	200
Total	130	1 108	1 238

Au 31 mai 2005, le FIVA a effectué près de 35 000 paiements (provisions, offres d'indemnisation), pour un montant total de 723 millions d'euros dont 62 % sur les douze derniers mois (soit 454 millions d'euros).

Sur un an, de juin 2004 à mai 2005, le FIVA a reçu 14 209 demandes d'indemnisations.

Compte tenu des dotations déjà votées, du maintien des besoins du FIVA (dans son rapport annuel d'activité, le FIVA évalue ses besoins de financement pour 2006 à 450M€) et de la réduction des délais d'instruction et de paiement des dossiers, il apparaît nécessaire de porter la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au FIVA à 315 millions d'euros en 2006.

Pour sa part, l'Etat versera au Fonds 50M€ en 2006.

Article 50

Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2006, à 330 millions d'euros.

Exposé des motifs

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

Il est proposé de retenir un montant de 330 millions d'euros, inchangé par rapport à la dotation 2005. Ce chiffre se situe légèrement en deçà de l'évaluation effectuée au second trimestre 2005 par la Commission présidée par M. Diricq, conseiller maître à la Cour des comptes, qui retenait une fourchette comprise entre 355 et 750 millions d'euros.

Article 51

Pour l'année 2006, les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail sont fixés :

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

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

Section 4
Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

Article 52

I. - Au VI de l'article L. 531-4 du code de la sécurité sociale, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« 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 du présent article 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.

« 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. »

II. - A l'article L. 532-2 du même code, il est ajouté un V ainsi rédigé :

« V. - Pendant le mois au cours duquel le versement des indemnités ou allocations mentionnées aux 1° à 3° du II prend fin, celles-ci sont cumulables avec le complément de libre choix d'activité à taux plein, lorsqu'il est fait usage de l'option mentionnée au deuxième alinéa du VI de l'article L.531-4. »

III. - Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 552-1 du même code, après les mots : « lorsque le bénéficiaire a un seul enfant à charge », sont insérés les mots : « ou lorsqu'il est fait usage de l'option prévue au deuxième alinéa du VI de l'article L. 531-4 ».

IV. - Les dispositions du présent article sont applicables à compter du 1^{er} juillet 2006 pour les enfants nés ou adoptés à compter de cette date, ainsi que pour les enfants nés avant cette date alors que leur date de naissance présumée était postérieure au 30 juin 2006.

Exposé des motifs

Le complément de libre choix d'activité (CLCA) de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) est attribué au parent qui choisit de ne plus exercer d'activité professionnelle ou de l'exercer à temps partiel pour s'occuper d'un enfant jusqu'à son troisième anniversaire.

Le dispositif ne correspond pas à l'attente de tous. En raison de sa durée – trois ans -, les personnes peu qualifiées peuvent avoir de grandes difficultés à se réinsérer dans le monde du travail. En raison de sa rémunération (513 €), la perte de revenu peut être importante lorsque le parent décide de bénéficier du CLCA.

Il convenait donc de maintenir le dispositif actuel, mais d'offrir une alternative plus courte (un an) et mieux rémunérée (750 €) : le complément optionnel de libre choix d'activité (COLCA). Ce choix est effectué à l'ouverture du droit au complément

et est définitif, afin d'éviter le choix de la nouvelle formule dans la seule intention de passer ensuite à l'ancienne formule.

Ce COLCA est réservé aux personnes qui assument la charge d'au moins trois enfants. L'activité professionnelle antérieure minimale exigée est identique à celle du complément de rang trois de droit commun (deux ans dans les cinq ans). Ce complément optionnel est toutefois réservé aux personnes bénéficiaires du CLCA à taux plein. Les personnes qui travaillent à temps partiel après la naissance de leur enfant ne sont donc pas éligibles à ce dispositif.

Ce dispositif entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2006 pour tous les enfants nés ou adoptés à compter de cette date.

Article 53

I. - Au 9° de l'article L. 511-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « allocation de présence parentale », sont remplacés par les mots : « allocation journalière de présence parentale ».

II. - Le chapitre IV du titre IV du livre V du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« CHAPITRE IV

« ALLOCATION JOURNALIERE DE PRESENCE PARENTALE

« Art. L. 544-1. - La personne qui assume la charge d'un enfant atteint d'une maladie ou d'un handicap graves ou est victime d'un accident grave nécessitant, pendant une durée minimale, une présence soutenue ou des soins contraignants, bénéficie, pour chaque jour de congé prévu à l'article L. 122-28-9 du code du travail, d'une allocation journalière de présence parentale.

« La durée minimale mentionnée au premier alinéa est fixée par décret et peut varier selon les pathologies.

« Art. L. 544-2. - La nécessité d'une présence soutenue ou de soins contraignants ainsi que la durée prévisible du traitement de l'enfant sont attestées par un certificat médical détaillé, établi par le médecin qui suit l'enfant au titre de la maladie, du handicap ou de l'accident visés au 1^{er} alinéa de l'article L. 544-1. Le droit à la prestation est soumis à un avis favorable du service du contrôle médical prévu aux articles L. 315-1 et L. 615-13 ou du régime spécial de sécurité sociale.

« Le droit est ouvert pour une période égale à la durée prévisible du traitement de l'enfant visée à l'alinéa précédent. Cette durée fait l'objet d'un nouvel examen selon une périodicité fixée par décret.

« Art. L. 544-3. - L'allocation est versée dans la limite d'une durée maximum fixée par décret pour un même enfant et par maladie, handicap ou accident. Le nombre maximum d'allocations journalières versées au cours de cette période est égal à 310.

« Art. L. 544-4. - Le nombre d'allocations journalières versées au titre d'un même enfant au cours d'un mois civil à l'un ou aux deux membres du couple ne peut être supérieur à un nombre maximal fixé par décret.

« Art. L. 544-5. - L'allocation journalière de présence parentale est due à compter du premier jour du mois civil au cours duquel est déposée la demande, sous réserve que les conditions d'ouverture de droit soient réunies à cette date. L'allocation cesse d'être due à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions de droit ne sont plus réunies.

« Art. L. 544-6. - Le montant de l'allocation journalière est fixé par décret. Il est majoré pour la personne assumant seule la charge de l'enfant, dans des conditions déterminées par décret.

« Art. L. 544-7. - Lorsque le traitement de l'enfant exige au moins un déplacement par mois supérieur à une distance fixée par décret, un complément mensuel pour frais est attribué.

« Les modalités de son versement sont déterminées par décret.

« *Art. L. 544-8.* - Les 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, à l'article L. 722-1 du présent code, à l'article L. 722-9 du code rural, aux articles L. 351-1 à L. 351-15 du code du travail peuvent bénéficier de l'allocation journalière de présence parentale.

« Les travailleurs à la recherche d'un emploi mentionnés au premier alinéa ou en formation professionnelle rémunérée bénéficient d'une allocation journalière de présence parentale versée mensuellement sur la base d'un nombre de jours fixé par décret.

« Le versement des indemnités dues aux demandeurs d'emploi est suspendu au début du versement de l'allocation journalière de présence parentale et est, à la date de cessation de paiement de celle-ci, repris et poursuivi jusqu'à son terme.

« Les modalités d'attribution et de versement de l'allocation journalière de présence parentale aux personnes visées au 1er et au second alinéa sont fixées par décret.

« *Art. L. 544-9.* - L'allocation journalière de présence parentale n'est pas cumulable, pour un même bénéficiaire, avec :

« 1° L'indemnisation des congés de maternité, de paternité ou d'adoption ;

« 2° L'indemnité d'interruption d'activité ou l'allocation de remplacement pour maternité ou paternité, prévues aux articles L. 615-19 à L. 615-19-2 et L. 722-8 à L. 722-8-3 du présent code, aux articles L. 732-10 à L. 732-12-1 du code rural et à l'article 17 de la loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines ;

« 3° L'indemnisation des congés de maladie ou d'accident du travail ;

« 4° Les indemnités servies aux demandeurs d'emploi ;

« 5° Un avantage personnel de vieillesse ou d'invalidité ;

« 6° L'allocation parentale d'éducation ou le complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant ;

« 7° Le complément et la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé perçu pour le même enfant ;

« 8° L'allocation aux adultes handicapés.

« Toutefois, l'allocation journalière de présence parentale, lorsqu'elle n'est pas servie pour la totalité des jours prévus à l'article L. 544-4 est cumulable en cours de droit avec l'indemnisation mentionnée au 3° perçue au titre de l'activité exercée à temps partiel. »

III. - A l'article L. 381-1 du même code, il est inséré après le quatrième alinéa un alinéa ainsi rédigé :

« La personne bénéficiaire de l'allocation journalière de présence parentale est affiliée à l'assurance vieillesse du régime général, sous réserve que ses ressources ou celles du ménage soient inférieures à un plafond fixé par décret. »

IV. - L'article L. 122-28-9 du code du travail est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 122-28-9.* - Tout salarié dont l'enfant à charge au sens de l'article L. 513-1 du code de la sécurité sociale et remplissant l'une des conditions prévues par l'article L. 512-3 du même code est atteint d'une maladie ou d'un handicap graves ou est victime d'un accident grave nécessitant, pendant une durée minimale, une présence

soutenue ou des soins contraignants, a le droit de bénéficier, pour une période déterminée fixée par décret, d'un congé de présence parentale.

« Le nombre de jours de congés dont peut bénéficier le salarié au titre du congé de présence parentale est au maximum de trois cent dix jours ouvrés. Chacun de ces jours ne peut être fractionné.

« La durée initiale de la période au cours de laquelle le salarié peut bénéficier du droit à congé prévu au 1er alinéa est celle définie dans le certificat médical mentionné à l'article L. 544-2 du code de la sécurité sociale. Cette durée fait l'objet d'un nouvel examen selon une périodicité définie par décret.

« Le salarié doit envoyer à son employeur, au moins quinze jours avant le début du congé, une lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou lui remettre en main propre une lettre contre décharge l'informant de sa volonté de bénéficier des dispositions du premier alinéa du présent article, ainsi qu'un certificat médical établi selon les modalités fixés par décret en Conseil d'Etat.

« L'employeur peut exiger du salarié, avant chaque absence, le respect d'un délai de prévenance de quarante huit heures maximum par tous moyens.

« La détermination d'un calendrier prévisionnel ainsi que les modalités de prise des jours de congé peuvent faire l'objet d'une convention entre le salarié et l'employeur.

« A l'issue du congé de présence parentale, le salarié retrouve son précédent emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente.

« Toutefois, en cas de décès de l'enfant ou de diminution importante des ressources du ménage, le salarié retrouve également son précédent emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente, s'il a accompli les formalités prévues à l'article L. 122-28-2 ».

V. - Aux articles L. 161-9-1 et L. 161-9-2, L. 333-3, L. 552-1, L. 755-33 du code de la sécurité sociale, les mots : « allocation de présence parentale » sont remplacés par les mots : « allocation journalière de présence parentale ».

VI. - L'intitulé de la section 14 du chapitre V du titre V du livre VII du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé : « Section 14 - Allocation journalière de présence parentale ».

VII. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur à compter du 1^{er} juillet 2006 pour toute demande déposée à compter de cette date.

Les personnes qui bénéficient de l'allocation de présence parentale en vertu de la réglementation applicable avant cette date continuent à en bénéficier jusqu'à son terme.

Exposé des motifs

Malgré les améliorations apportées en 2002 au dispositif de congé et d'allocation de présence parentale créé en 2001, le comité de suivi de la prestation a constaté que l'allocation de présence parentale versée à 3 600 personnes au 31 décembre 2004 ne rencontre toujours pas le public attendu lors de sa création (13 000). De plus, il a mis en exergue le caractère rigide des modalités du congé de présence parentale : nécessité d'une cessation totale ou partielle d'activité sans possibilité

d'absences ponctuelles variant selon l'évolution de l'état de santé de l'enfant, durée minimale du congé de quatre mois notamment.

Comme actuellement, le dispositif s'adresse aux parents qui exercent une activité professionnelle salariée ou non, sont à la recherche d'un emploi ou stagiaires de la formation professionnelle rémunérés ; les enfants doivent être atteints d'une maladie ou d'un handicap ou victimes d'un accident graves.

Le parent qui a à faire face subitement à cette situation sera assuré d'une plus grande souplesse dans la mesure où il pourra prétendre à un congé de présence parentale sous forme de jours d'absence – 310 jours ouvrés, soit quatorze mois - au sein d'une période maximale de droit de trois ans.

Pour caractériser la gravité de la maladie ou de l'accident de l'enfant, le médecin devra attester de la nécessité d'une présence soutenue des parents ou de soins contraignants d'une durée initiale de quatre mois, (ou deux mois en cas d'affection périnatale lorsque l'enfant est âgé de moins de six mois). Par ailleurs, et cela constitue une novation, le médecin qui suit l'enfant, devra indiquer la durée prévisible du traitement de l'enfant.

S'ouvre alors une période dont la durée est égale à cette durée prévisible déterminée par le médecin au cours de laquelle le parent peut bénéficier de son droit à congé eu égard à l'organisation familiale la plus adaptée à la situation sanitaire de son enfant. Tous les six mois, le droit à l'allocation journalière de présence parentale fait l'objet d'un réexamen qui peut se traduire par une prolongation ou non de ce droit, sachant qu'en cas de rechute de l'enfant ou de récurrence de la pathologie qui affecte l'enfant, il peut être réactivé, dans la limite des trois cent dix jours de droit théoriques sur une période de trois ans, décomptés à la date initiale d'ouverture du droit.

Chaque mois, l'allocataire fera connaître à l'organisme débiteur des prestations familiales le nombre de jours de présence passés auprès de l'enfant sur la base d'une déclaration sur l'honneur. Pour chacun de ces jours sera versée une allocation journalière de présence parentale d'un montant de 38,44 €, majorée en cas d'isolement du parent, soit 45,65 € par jour. Ces montants sont équivalents à ceux versés dans le cadre de l'allocation acutelle. De plus, lorsque la maladie de l'enfant exige des déplacements, un complément d'un montant mensuel forfaitaire de 100 € est versé. Enfin, le parent est affilié obligatoirement et gratuitement à l'assurance vieillesse au titre de l'assurance vieillesse du parent au foyer selon des modalités renouvelées.

A l'issue du congé de présence parentale, le salarié retrouve son précédent emploi ou un emploi équivalent assorti d'une rémunération au moins équivalente.

La présente réforme s'applique à toute nouvelle demande d'allocation journalière de présence parentale déposée à compter du 1^{er} juillet 2006. Les bénéficiaires actuels de l'allocation de présence parentale continuent à en bénéficier dans les conditions applicables à la date de l'ouverture du droit.

Article 54

Le 4° du VIII de l'article 60 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) est abrogé.

Exposé des motifs

La prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) a été instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004. Les dispositions d'entrée en vigueur prévoyaient que seuls les enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} janvier 2004 bénéficiaient de la nouvelle prestation mais que les enfants nés entre le 1^{er} janvier 2001 et le 1^{er} janvier 2004 pourraient se trouver en tout état de cause régis à compter du 1^{er} janvier 2007 par le système de la PAJE. L'objet de cet article est de revenir sur cette exception, tous les enfants nés avant le 1^{er} janvier 2004 continuant à se voir appliquer le régime antérieur à la création de la PAJE.

Article 55

Au 5° de l'article L. 223-1 du code de la sécurité, le mot : « aux » est remplacé par les mots: « à 60% des ».

Exposé des motifs

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a prévu un allègement de la charge résultant pour le fonds de solidarité vieillesse (FSV) du remboursement au régime général, aux régimes alignés sur lui (ORGANIC, CANCAVA, salariés agricoles) et au régime des exploitants agricoles de la majoration de pensions pour enfants, par le transfert de cette charge à la branche famille.

Depuis 2003, la fraction des majorations de pensions pour enfants prise en charge par la branche famille est fixée à 60 %. Par souci de simplicité et pour éviter de reprendre chaque année la même disposition, la part prise en charge par la branche famille est fixée à 60 % dans l'article L. 223-2 du code de la sécurité sociale.

Article 56

Pour l'année 2006, les objectifs de dépenses de la branche famille sont fixés :

- 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 53,3 milliards d'euros ;
- 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 52,8 milliards d'euros.

Section 5
Dispositions relatives à la gestion du risque

Article 57

I. - Il est créé au titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, après le chapitre IV *bis*, un chapitre IV *ter* ainsi rédigé :

« *CHAPITRE IV ter*
« **CONTROLE ET LUTTE CONTRE LA FRAUDE**

« *Art. L. 114-9.* - Les directeurs des organismes de sécurité sociale, ainsi que les directeurs des organismes admis à encaisser des cotisations ou à servir des prestations au titre des régimes obligatoires de base, sont tenus, lorsqu'ils ont connaissance d'informations ou de faits pouvant être de nature à constituer une fraude, de procéder aux contrôles et enquêtes nécessaires. Ils transmettent à l'autorité compétente de l'Etat le rapport établi à l'issue des investigations menées.

« Les organismes nationaux des différents régimes suivent les opérations réalisées par les organismes mentionnés au premier alinéa. Ils en établissent annuellement une synthèse qui est transmise au ministre chargé de la sécurité sociale. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en définit le contenu et le calendrier d'élaboration.

« Lorsqu'à l'issue des investigations prévues au présent article, une fraude est constatée pour un montant supérieur à un seuil fixé par décret, les organismes portent plainte en se constituant partie civile. En ce cas, ils sont dispensés de la consignation prévue à l'article 88 du code de procédure pénale.

« *Art. L. 114-10.* - Les directeurs des organismes de sécurité sociale confient à des agents chargés du contrôle, parmi lesquels figurent les praticiens conseils, assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, le soin de procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Ces agents ont qualité pour dresser des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire.

« Lorsque cela est nécessaire à l'accomplissement de sa mission, un agent chargé du contrôle, peut être habilité par le directeur de son organisme à effectuer, dans des conditions précisées par décret, des enquêtes administratives et des vérifications complémentaires dans le ressort d'un autre organisme. Les constatations établies à cette occasion font également foi à l'égard de ce dernier organisme dont le directeur tire, le cas échéant, les conséquences concernant l'attribution des prestations et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles.

« Les agents chargé du contrôle peuvent mener leurs vérifications et enquêtes pour le compte de plusieurs organismes appartenant éventuellement à différentes branches du régime général.

« Les modalités de cette coopération sont définies par décret.

« Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux agents mentionnés à l'article L. 243-7.

« *Art. L. 114-11.* - 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.

« *Art. L. 114-12.* - Pour l'application des dispositions législatives et réglementaires relatives à la sécurité sociale, les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, les caisses assurant le service des congés payés et les organismes mentionnés à l'article L.351-21 du code du travail se communiquent les renseignements qu'ils détiennent sur leurs ressortissants lorsque ces renseignements :

« 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 ressortissants 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.

« Un acte réglementaire fixe les conditions de la communication des données autorisée par le présent article.

« *Art. L. 114-13.* - Est passible d'une amende de 5000 € quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations ou des allocations de toute nature, liquidées et versées par les organismes de protection sociale, qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, le cas échéant.

« *Art. L. 114-14.* - Les échanges d'informations entre les agents des administrations fiscales, d'une part, et les agents des administrations chargées de l'application de la législation sociale et du travail et des organismes de protection sociale, d'autre part, sont effectués conformément aux dispositions prévues par le livre des procédures fiscales, et notamment ses articles L. 97 à L. 99 et L. 152 à L. 162B. »

« *Art. L. 114-15.* - Lorsqu'il apparaît, au cours d'un contrôle accompli dans l'entreprise par l'un des agents de contrôle mentionnés à l'article L. 325-1 du code du travail, que le salarié a, de manière intentionnelle, accepté de travailler sans que les formalités prévues aux articles L. 143-3 et L. 320 du même code aient été accomplies par son ou ses employeurs, cette information est portée à la connaissance des organismes chargés d'un régime de protection sociale en vue, notamment, de la mise en œuvre des procédures et des sanctions prévues aux articles L. 114-16, L. 162-1-14 et L. 323-6 du code de la sécurité sociale.

« Cette information est également portée à la connaissance des institutions gestionnaires du régime de l'assurance chômage, afin de mettre en œuvre les sanctions prévues aux articles L. 351-17 et L. 365-1 du code du travail.

« *Art. L. 114-16.* - L'autorité judiciaire est habilitée à communiquer aux organismes de protection sociale toute indication qu'elle peut recueillir de nature à faire présumer une fraude commise en matière sociale ou une manœuvre quelconque

ayant eu pour objet ou ayant pour résultat de frauder ou de compromettre le recouvrement des cotisations sociales, qu'il s'agisse d'une instance civile ou commerciale ou d'une information criminelle ou correctionnelle même terminée par un non-lieu.

« *Art. L. 114-17.* - L'inexactitude ou le caractère incomplet des déclarations faites pour le service des prestations versées par les organismes chargés de la gestion des prestations familiales ou des prestations d'assurance vieillesse, ainsi que l'absence de déclaration d'un changement dans la situation justifiant ces prestations, ayant abouti au versement de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme concerné, après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil d'administration de cet organisme. Celle-ci apprécie la responsabilité du bénéficiaire dans l'inobservation des règles applicables.

« 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. Ce montant plafond est doublé en cas de récidive. Le directeur de l'organisme concerné notifie le 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. A 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 mesure prononcée est motivée et peut être contestée devant la juridiction administrative.

« 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.

« Les modalités d'application du présent article, notamment les situations mentionnées au premier alinéa et le barème des pénalités, sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

II. - Il est ajouté à la sous-section 1 de la section 1 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale un article L. 161-1-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 161-1-4.* - Les organismes de sécurité sociale demandent, pour le service d'une prestation, toutes pièces justificatives utiles pour apprécier les conditions du droit à la prestation, notamment la production d'avis d'imposition ou de déclarations déposées auprès des administrations fiscales compétentes. Les organismes peuvent se dispenser de cette demande lorsqu'ils sont en mesure d'effectuer des contrôles par d'autres moyens mis à leur disposition.

« Sauf cas de force majeure, la non présentation par le demandeur des pièces justificatives entraîne la suspension, selon le cas, soit du délai d'instruction de la demande pendant une durée maximale fixée par décret, soit du versement de la prestation jusqu'à la production des pièces demandées.

« Pour le service des prestations sous condition de ressources, l'appréciation des ressources prend en compte les prestations et ressources d'origine française, étrangère ou versées par une organisation internationale. Un décret en Conseil d'Etat prévoit les conditions dans lesquelles la vérification de l'exactitude des déclarations relatives aux revenus de source étrangère peut être confiée à un ou plusieurs organismes du régime général de sécurité sociale agissant pour le compte de l'ensemble des régimes. Les dispositions de l'article L. 114-11 sont applicables à cette vérification. »

III. - A l'article L. 380-2 du code de la sécurité sociale, il est ajouté trois alinéas ainsi rédigés :

« Pour bénéficier du remboursement des prestations, l'assuré mentionné au premier alinéa doit être à jour de ses cotisations.

« En cas de fraude ou de fausse déclaration sur le montant des ressources, la caisse peut, sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-1-14, suspendre à titre conservatoire, après mise en demeure, le versement des prestations. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret.

« Pour la détermination du montant de la cotisation visée au premier alinéa et le contrôle des déclarations de ressources effectué à cette fin, les organismes d'assurance maladie peuvent demander toutes les informations nécessaires à l'administration des impôts, aux organismes de sécurité sociale et aux organismes d'indemnisation du chômage qui sont tenus de les leur communiquer. Les personnels des organismes sont tenus au secret quant aux informations qui leur sont communiquées. Les informations demandées doivent être limitées aux données strictement nécessaires à l'accomplissement de cette mission, dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les personnes intéressées sont informées de la possibilité de ces échanges d'informations. »

IV. - Au cinquième alinéa de l'article L. 133-4 du même code, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « trois ».

V. - Au troisième alinéa de l'article L. 161-2-1 du même code, les mots : « , après avis favorable d'un assistant de service social, » sont insérés après les mots : « élire domicile soit ».

VI. - Les articles L. 115-2, L. 216-6, L. 243-13, L. 243-13-1, L. 256-5, L. 377-1, L. 471-3 et L. 481-2 et le II de l'article L. 861-10 du même code sont abrogés. Aux articles L. 623-1 et L. 721-8 de ce code, la référence : « L. 216-6 » est remplacée par la référence : « L. 114-10 ».

VII. - Le septième alinéa de l'article L. 152 du livre des procédures fiscales est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les agents des administrations fiscales signalent aux directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales et aux chefs des services régionaux de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles, ainsi qu'aux organismes de protection sociale, les faits susceptibles de constituer des infractions qu'ils relèvent en ce qui concerne l'application des lois et règlements relatifs au régime général, au régime des travailleurs indépendants non agricoles, aux régimes spéciaux ou au régime agricole de sécurité sociale ».

VIII. - Le deuxième alinéa de l'article L. 99 du livre des procédures fiscales est abrogé.

Exposé des motifs

Détecter les fraudes aux prestations sociales est une nécessité forte pour garantir que les droits ne soient pas détournés, d'autant plus que ces prestations font l'objet d'un financement reposant sur des mécanismes de solidarité. Il convient donc de conférer aux organismes chargés de la gestion de ces prestations les prérogatives leur permettant de procéder à l'ensemble des contrôles, que ce soit auprès des bénéficiaires ou par des échanges d'informations entre administrations ou services publics, et de tirer les conséquences concernant les fraudes avérées, tant pour recouvrer les sommes indues que pour sanctionner l'auteur de la fraude, différents niveaux de sanctions pouvant être envisagés au regard de la gravité des faits.

Le rapport de l'inspection générale des affaires sociales sur les fraudes à l'assurance maladie, de juin 2004, identifiait d'importantes potentialités de fraude et formulait des propositions, dont certaines impliquaient des mesures législatives. Sur la base de ses conclusions, plusieurs d'entre elles ont d'ores et déjà été adoptées. La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie introduit en effet de nouvelles dispositions sur la carte vitale aux fins d'en sécuriser la délivrance et l'utilisation, ainsi qu'un mécanisme de pénalités permettant de sanctionner le non-respect des règles prévues pour l'attribution des prestations d'assurance maladie par les usagers, qu'ils soient assurés, professionnels ou établissements de santé.

Le présent article vise à compléter les dispositions du code de la sécurité sociale sur la lutte contre la fraude et à les harmoniser tout en tenant compte des différences existant entre les organismes chargés de la gestion des prestations et ceux en charge du recouvrement.

Le I de l'article crée un nouveau chapitre IV *ter* dans le livre I^{er} du titre I^{er}, applicable à l'ensemble des régimes et branches.

Dans ce nouveau chapitre, **l'article L. 114-9** fait obligation aux directeurs de tous les organismes de sécurité sociale, ainsi qu'à ceux des organismes admis à encaisser ou servir des prestations, de réaliser les contrôles et enquêtes en cas de fraudes suspectées et d'en informer la tutelle. Il charge les organismes nationaux d'assurer un suivi et une synthèse des cas de fraudes, synthèse transmise au ministre.

Il prévoit également, en cas de fraudes avérées, l'obligation d'engager des poursuites pénales, en dispensant l'organisme de consignation lorsqu'il se constitue partie civile.

L'article L. 114-10 détermine les conditions dans lesquelles les directeurs des organismes désignent des agents chargés du contrôle, qui sont assermentés et agréés, pour réaliser l'ensemble des vérifications ou enquêtes administratives nécessaires au contrôle du respect des règles.

Cet article ouvre la possibilité de faire réaliser par un agent un contrôle ou une vérification dans le ressort d'une autre caisse relevant de la même branche ou d'une autre branche (par exemple contrôle d'une caisses des allocations familiales dans le ressort d'une autre caisse, ou bien dans le ressort d'une caisse primaire d'assurance maladie). Le constat qui sera établi fera foi pour l'organisme ayant diligenté le

contrôle mais également pour le ou les autres organismes dans le ressort desquels l'agent aura effectué son contrôle.

Enfin, l'article ouvre la possibilité de déléguer à un organisme l'intervention d'un agent chargé du contrôle. Les conditions de réalisation de ces contrôles seront définies par décret.

L'article L. 114-11 ouvre la possibilité aux organismes, dans le respect des conventions et règlements internationaux de sécurité sociale, de confier la réalisation de vérifications à l'étranger à des experts agréés par l'autorité consulaire, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Ces experts, dont le rapport aura force probante, pourront par exemple être conduits à certifier la réalité des dépenses de soins engagés à l'étranger dont le remboursement est demandé à l'assurance maladie au titre de l'article L. 332-3.

L'article L. 114-12 reprend les dispositions de l'actuel article L. 115-2, qui sont modifiées pour élargir les possibilités d'échanges d'informations, aujourd'hui prévues entre organismes de sécurité sociale, aux caisses assurant le service des congés payés ainsi qu'aux organismes en charge de l'indemnisation du chômage. Il est complété par un 3° afin de permettre aussi les échanges nécessaires au contrôle et à la justification des prestations.

L'article L. 114-13 fixe, en reprenant des dispositions actuelles et en les harmonisant, le niveau des sanctions pénales applicables en cas de fraude ou de fausse déclaration. En effet, les sanctions à l'encontre des fraudes commises par les usagers de la sécurité sociale sont actuellement peu lisibles, mal proportionnées, réparties de façon peu visible dans le code de la sécurité sociale et dans d'autres codes, tandis que des infractions semblables par leur nature sont passibles de peines différentes suivant les prestations.

L'article L. 114-14 reprend en les élargissant les actuelles dispositions qui figurent au livre II pour les échanges entre organismes de sécurité sociale et l'administration fiscale dans les dispositions relatives aux cotisations. La nouvelle rédaction proposée, inscrite au livre I^{er}, a pour finalité d'inclure tous les régimes et toutes les branches dans le dispositif et de moderniser les circuits de transmission.

L'article 114-15 impose aux agents habilités à lutter contre le travail illégal le signalement systématique aux organismes attributaires de prestations sociales sous conditions de ressources ou d'activité, de l'exercice d'une activité dissimulée par un salarié qui a accepté, dans un but frauduleux, voire organisé, les conditions de cette activité. Ces organismes, au vu de ce signalement, engageront les procédures prévues par le code de la sécurité sociale pour ces situations.

L'article L. 114-16 reprend une disposition existante figurant dans le livre II qui prévoit que l'autorité judiciaire est habilitée à communiquer aux organismes de protection sociale toute indication de nature à faire présumer une fraude commise en matière sociale.

L'article L. 114-17 crée un dispositif nouveau permettant aux directeurs des organismes chargés de la gestion des prestations familiales ou de l'assurance vieillesse d'appliquer des pénalités lorsque les déclarations faites par les bénéficiaires apparaissent inexactes ou incomplètes, ou lorsque la personne n'a pas déclaré un changement de la situation ouvrant droit à la prestation. Un tel dispositif, inspiré de celui mis en place par l'article L. 162-1-14 issu de la loi du 13 août 2004, est de nature

à faciliter le respect des règles et à dissuader la fraude tout en ne recourant pas immédiatement à une sanction de caractère pénal. Un décret en Conseil d'Etat fixera avec précision les cas pour lesquels cette procédure pourra être mise en œuvre ainsi que le barème des pénalités applicables.

Le II de l'article insère dans le code de la sécurité sociale un article L. 161-1-4. Cet article permet aux organismes de sécurité sociale de demander toute pièce justificative nécessaire au service d'une prestation, soit pour l'ouverture du droit, soit au cours du versement aux fins de contrôle. Une telle demande n'est pas faite lorsque l'organisme est en mesure de vérifier la situation auprès d'une autre administration (par exemple, vérification des ressources par les CAF auprès de la direction générale des impôts). La non fourniture des pièces demandées entraîne soit la suspension de l'instruction du dossier, soit la suspension des prestations jusqu'à ce que la personne fournisse ces pièces.

L'article dispose également que le service des prestations sous conditions de ressources prend en compte toutes les ressources, y compris celles d'origine étrangère, et prévoit que la vérification de l'exactitude des déclarations relatives aux revenus de source étrangère peut être confiée à un ou plusieurs organismes du régime général agissant pour le compte de l'ensemble des régimes. Ce ou ces organismes pourront notamment recourir aux constatations probantes des personnes agréées conformément aux dispositions prévues à l'article L. 114-11.

Le III de l'article complète l'article L. 380-2 pour prévoir, lorsque la couverture maladie universelle est attribuée sous réserve du paiement d'une cotisation trimestrielle, que le non paiement de la cotisation, liquidée par la caisse primaire mais recouvrée par l'URSSAF, peut entraîner la suspension du service des prestations dans l'attente de la régularisation. L'Urssaf est tenue d'informer la caisse de ce non paiement. La modification vise également à donner une base légale aux contrôles systématiques par croisement de fichiers avec d'autres administrations, afin de sécuriser et simplifier les procédures.

Le IV de l'article modifie l'article L. 133-4 permettant à l'assurance maladie de recouvrer les indus auprès des professionnels de santé et des établissements, en prévoyant que la prescription est de trois ans. Cette modification permet de revenir à la position définie antérieurement par la jurisprudence qui permettait à la caisse d'agir pendant trois ans (par assimilation au recouvrement des cotisations).

Le V de l'article prévoit, pour la domiciliation des personnes sans domicile fixe réalisée par des associations agréées en vue de bénéficier de la CMU, une disposition de nature à éviter un détournement de la procédure. Il modifie à cet effet l'article L. 161-2-1 en exigeant l'intervention d'un assistant de service social dans cette procédure.

Le VI de l'article procède à diverses modifications et abrogations liées aux nouvelles dispositions introduites par l'article.

Le VI de l'article modifie l'article L. 152 du livre des procédures fiscales en cohérence avec les modifications proposées pour l'article L. 114-14 créé au I.

Le VIII abroge le deuxième alinéa de l'article 99 du livre des procédures fiscales.

Section 6
**Dispositions relatives aux organismes concourant
au financement des régimes obligatoires**

Article 58

Pour l'année 2006, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées à :

	Prévisions de charges (en millions d'euros)
Fonds de solidarité vieillesse	14,6
Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles	15,6

Fait à Paris, le 12 octobre 2005.

Signé : DOMINIQUE DE VILLEPIN

Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé et des solidarités,
Signé : XAVIER BERTRAND

ANNEXE A

Rapport décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits constatés sur l'exercice 2004

I. - Pour le régime général, l'exercice 2004 fait apparaître un déficit de 11,9 Md€. Il porte essentiellement sur la branche maladie.

1° Couverture du déficit de la branche maladie

Pour cette branche, le déficit de 11,6 Md€ a été couvert par des versements de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES).

L'article 76 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a en effet prévu que la couverture des déficits cumulés de la branche maladie au 31 décembre 2003 et du déficit prévisionnel au titre de l'exercice 2004 serait assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à hauteur de 10 milliards d'euros le 1^{er} septembre 2004 et dans la limite de 25 milliards d'euros au plus tard le 31 décembre 2004.

Ainsi, quatre versements ont été effectués par la CADES en 2004 pour un montant total de 35 Md€ en 2004 :

- 10 Md€ le 1^{er} septembre 2004 ;
- 7 Md€ le 11 octobre 2004 ;
- 9 Md€ le 9 novembre 2004 ;
- 9 Md€ le 9 décembre 2004.

Or, le déficit constaté de la branche maladie en 2004 a été inférieur à celui prévu au moment du débat parlementaire relatif à la loi du 13 août. Les déficits cumulés au 31 décembre 2004 se sont en effet élevés à 33,3 Md€, au lieu des 35 Md€ alors envisagés.

En conséquence, une régularisation d'un montant de 1,7 Md€ sera opérée lors de la reprise du déficit 2005 de la branche maladie également prévue par la loi du 13 août 2003 précitée.

2° Affectation de l'excédent de la branche vieillesse

L'excédent de la branche vieillesse du régime général est de 0,3 Md€ en 2004. En application de l'article L. 251-6-1 du code de la sécurité sociale, cet excédent sera affecté au Fonds de réserve pour les retraites (FRR) en 2005.

Au total, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) a versé au FRR de 2000 à 2004, au titre de ses excédents constatés entre 1999 et 2003, 5,4 Md€.

3° Couverture des déficits des branches famille et accidents du travail - maladies professionnelles

La Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) enregistre en 2004 un déficit de 0,4 Md€, la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général un déficit de 0,2 Md€.

Au vu de leur faiblesse, ces montants n'ont pas nécessité la prise de mesures spécifiques. Ils ont été couverts par les emprunts de trésorerie que peut conclure le régime général dans la limite du plafond fixé dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005.

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

Seul le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) est concerné en 2004.

Le Fonds de financement de la protection sociale agricole (FFIPSA) n'a été substitué au budget autonome des prestations sociales agricoles (BAPSA) qu'à compter du 1^{er} janvier 2005.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) n'est intervenue que pour abonder à hauteur de 0,1 Md€ la caisse nationale de l'assurance maladie du régime général.

Couverture du déficit du Fonds de solidarité vieillesse

Le résultat du FSV pour l'exercice 2004 est déficitaire de 0,6 Md€.

Le FSV n'ayant pas le droit d'emprunter et ne recevant pas de dotation d'équilibre de l'État, le déficit cumulé est inscrit au bilan en fonds de roulement négatif.

Au 31 décembre 2004, les sommes dues à la CNAVTS sont de 2,2 Md€ et celles dues à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (MSA) de 0,1 Md€.

ANNEXE B

Rapport

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

Hypothèses d'évolution – moyennes sur la période 2007-2009

PIB volume	2,60 %
Masse salariale du secteur privé	4,45 %
ONDAM	2,20 %
Inflation hors tabac	1,80 %

Ce scénario économique est un scénario intermédiaire entre les deux scénarios présentés dans le rapport économique et financier annexé au projet de loi de finances pour 2006.

La masse salariale du secteur privé est ajustée à l'hypothèse de croissance du PIB (en valeur), augmentée de 0,1 point pour tenir compte du dynamisme propre au champ de recouvrement des URSSAF, plus étendu que le champ du secteur privé au sens de la comptabilité nationale.

Le taux de croissance de l'ONDAM retenu dans cette prévision, 2,2 %, suppose une poursuite de l'effort de redressement engagé par la réforme de 2004.

L'hypothèse d'inflation de 1,75 % par an est conforme à l'évolution des prix observée depuis 2002, et prévue pour 2005 et 2006, qui se situe entre 1,7 % et 1,8 %.

Sous ces hypothèses, le solde global du régime général et de l'ensemble des régimes de base se redresserait régulièrement sur la période 2006-2009.

La branche maladie, sous l'effet de la croissance modérée des charges dans le champ de l'ONDAM, verrait son déficit se réduire sensiblement. Pour le seul régime général, le solde redevient excédentaire en fin de période.

La branche famille verra jusqu'en 2007 la poursuite de la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant. A partir de 2008, son solde se redresserait rapidement, le déficit passant de 1,2 milliard d'euros en 2007 à 0,3 milliard d'euros en 2009.

La branche vieillesse subira sur toute la période l'effet du choc démographique résultant de l'arrivée à la retraite des générations nombreuses du « baby-boom ». En conséquence, son solde resterait déficitaire sur toute la période, et s'établirait en 2009 à - 2,2 milliards d'euros pour le régime général, - 2,9 milliards pour l'ensemble des régimes de base.

La branche accidents du travail - maladies professionnelles, sous l'effet d'une progression ralentie de ses charges, connaîtrait un redressement régulier de son solde qui redeviendrait excédentaire en fin de période.

Les soldes calculés sur l'ensemble des régimes de base sont assez proches de ceux du seul régime général. Cette proximité résulte de l'existence, pour de nombreux régimes, de mécanismes garantissant l'équilibre financier : il peut s'agir d'une contribution de régime général, d'une subvention de l'Etat, ou de l'attribution d'une ressource externe (impôt). Quelques régimes ne bénéficient pas de tels mécanismes d'équilibrage. Leurs résultats comptables (excédentaires ou déficitaires) sont toutefois faibles au regard de celui du régime général. Le régime des non-salariés agricoles fait néanmoins exception à cette règle depuis 2005. En effet, jusqu'en 2004, ce régime bénéficiait d'une subvention de l'Etat, destinée à équilibrer le budget annexe des prestations sociales agricoles. Depuis 2005, et le remplacement du BAPSA par le fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA), le versement par l'Etat d'une subvention d'équilibre n'est plus garanti. La prévision présentée ne tient compte d'aucune éventuelle subvention de l'Etat sur la période 2005-2009. Dans ces conditions, le régime des exploitants agricoles présente sur cette période un déficit proche de 2 milliards d'euros. Ce déficit se retrouve dans les prévisions pour le FFIPSA, dont le compte retrace les opérations techniques relatives aux prestations sociales des non-salariés agricoles.

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

Prévision de recettes et de dépenses sur la période 2006-2009
Ensemble des régimes obligatoires de base

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Maladie						
produits	133,4	140,3	146,4	151,5	157,3	163,3
dépenses	145,0	149,7	153,4	156,1	160,0	163,8
solde	-11,7	-9,4	-7,0	-4,6	-2,8	-0,5
AT-MP						
recettes	10,1	10,3	11,0	11,4	11,9	12,3
dépenses	10,2	10,7	11,1	11,4	11,7	12,1
solde	-0,1	-0,4	-0,1	0,0	0,1	0,2
Famille						
recettes	48,7	50,2	52,2	54,1	56,4	58,7
dépenses	49,0	51,2	53,3	55,3	57,1	59,0
solde	-0,3	-1,0	-1,1	-1,2	-0,7	-0,3
Vieillesse						
recettes	147,9	153,1	159,1	165,6	172,3	179,4
dépenses	147,3	155,2	161,0	167,7	174,7	182,4
solde	0,6	-2,1	-1,8	-2,1	-2,4	-2,9
Toutes branches consolidé						
recettes	335,3	349,2	363,6	377,4	390,9	408,1
dépenses	346,8	362,1	373,7	385,3	396,6	411,6
solde	-11,5	-12,9	-10,1	-7,9	-5,8	-3,5

**Prévision de recettes et de dépenses
sur la période 2006-2009
Régime général**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Maladie						
recettes	113,4	120,6	125,8	130,9	136,3	141,9
dépenses	125,0	128,8	131,9	134,5	138,0	141,3
solde	-11,6	-8,3	-6,1	-3,5	-1,7	0,6
AT-MP						
recettes	8,8	9,0	9,7	10,1	10,6	11,0
dépenses	9,0	9,5	9,9	10,2	10,5	10,9
solde	-0,2	-0,5	-0,2	-0,1	0,1	0,1
Famille						
recettes	48,2	49,7	51,6	53,6	55,9	58,2
dépenses	48,6	50,8	52,8	54,9	56,6	58,5
solde	-0,4	-1,1	-1,2	-1,2	-0,8	-0,3
Vieillesse						
recettes	75,2	78,2	81,6	84,7	88,0	91,4
dépenses	74,9	80,1	83,1	86,4	89,8	93,6
solde	0,3	-2,0	-1,4	-1,7	-1,8	-2,2
Toutes branches consolidé						
recettes	240,9	252,6	263,7	274,3	285,4	297,0
dépenses	252,8	264,5	272,7	280,8	289,5	298,7
solde	-11,9	-11,9	-8,9	-6,5	-4,2	-1,8

Fonds de solidarité vieillesse

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
recettes	13,4	12,5	13,1	13,4	13,9	14,5
dépenses	14,0	14,6	14,6	14,8	15,0	15,0
solde	-0,6	-2,0	-1,5	-1,4	-1,1	-0,5

Fonds de financement des prestations sociales agricoles

	2005	2006	2007	2008	2009
recettes	13,7	13,9	13,8	13,8	13,7
dépenses	15,4	15,6	15,6	15,6	15,7
solde	-1,7	-1,7	-1,8	-1,8	-1,9

ANNEXE C

Etat des recettes par catégorie et par branche :
- des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ;
- du régime général de la sécurité sociale ;
- des fonds concourant au financement des régimes obligatoires
de sécurité sociale.

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

Exercice 2004

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT- MP	Total par catégorie
Cotisations effectives	66,2	84,2	28,6	7,6	186,5
Cotisations fictives	1,0	30,3	0,1	0,3	31,6
Cotisations prises en charge par l'Etat	8,4	6,2	3,6	1,6	19,8
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Autres contributions publiques	1,0	5,4	5,8	0,1	12,2
Impôts et taxes affectées	54,0	3,8	10,0	0,0	67,9
dont CSG	46,4	0,0	10,0	0,0	56,3
Transferts reçus	0,5	17,2	0,0	0,0	13,2
Revenus des capitaux	0,0	0,2	0,1	0,0	0,4
Autres ressources	2,3	0,6	0,3	0,4	3,6
Total par branche	133,4	147,9	48,7	10,1	335,3

Exercice 2005 (prévisions)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT- MP	Total par catégorie
Cotisations effectives	67,3	84,9	29,1	7,7	189,0
Cotisations fictives	1,0	31,7	0,1	0,3	33,8
Cotisations prises en charge par l'Etat	8,0	6,6	3,4	1,5	19,0
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Autres contributions publiques	0,6	5,2	6,1	0,1	12,0
Impôts et taxes affectées	60,3	5,3	10,7	0,2	76,5
dont CSG	50,3	0,0	10,3	0,0	60,6
Transferts reçus	0,6	18,6	0,1	0,0	14,9
Revenus des capitaux	0,0	0,2	0,1	0,0	0,4
Autres ressources	2,4	0,5	0,3	0,4	3,6
Total par branche	140,3	153,1	50,2	10,3	349,2

Exercice 2006 (prévisions)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT- MP	Total par catégorie
Cotisations effectives	69,2	88,5	30,1	8,2	196,0
Cotisations fictives	1,0	33,6	0,1	0,3	35,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	1,7	1,2	0,7	0,3	3,9
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Autres contributions publiques	0,6	5,3	6,4	0,1	12,4
Impôts et taxes affectées	70,6	10,8	14,2	1,5	97,0
dont CSG	52,4	0,0	10,7	0,0	63,2
Transferts reçus	0,7	19,1	0,1	0,0	15,1
Revenus des capitaux	0,0	0,2	0,1	0,0	0,4
Autres ressources	2,6	0,5	0,2	0,4	3,7
Total par branche	146,4	159,1	52,2	11,0	363,6

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

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

Exercice 2004

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT- MP	Total par catégorie
Cotisations effectives	59,2	53,1	28,3	6,9	147,5
Cotisations fictives	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	7,9	5,8	3,5	1,5	18,8
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,2	0,0	0,3	0,0	0,2
Autres contributions publiques	0,4	0,1	5,8	0,0	6,3
Impôts et taxes affectées	43,0	0,3	10,0	0,0	53,2
dont CSG	40,1	0,0	10,0	0,0	50,1
Transferts reçus	0,7	15,7	0,0	0,0	12,0
Revenus des capitaux	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2
Autres ressources	2,0	0,2	0,2	0,4	2,7
Total par branche	113,4	75,2	48,2	8,8	240,9

Exercice 2005 (prévisions)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT- MP	Total par catégorie
Cotisations effectives	60,2	54,8	28,8	7,0	150,7
Cotisations fictives	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	7,6	5,6	3,4	1,4	18,0
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,2	0,0	0,3	0,0	0,3
Autres contributions publiques	0,4	0,1	6,1	0,0	6,6
Impôts et taxes affectées	49,1	0,9	10,6	0,2	60,8
dont CSG	43,8	0,0	10,3	0,0	54,1
Transferts reçus	0,8	16,7	0,1	0,0	13,1
Revenus des capitaux	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Autres ressources	2,2	0,1	0,3	0,4	3,0
Total par branche	120,6	78,2	49,7	9,0	252,6

Exercice 2006 (prévisions)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT- MP	Total par catégorie
Cotisations effectives	61,9	57,5	29,8	7,6	156,7
Cotisations fictives	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	1,6	1,2	0,8	0,3	3,8
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,3	0,0	0,3	0,0	0,3
Autres contributions publiques	0,4	0,1	6,4	0,0	6,9
Impôts et taxes affectées	58,5	6,0	14,0	1,4	79,9
dont CSG	45,8	0,0	10,7	0,0	56,5
Transferts reçus	0,8	16,8	0,1	0,0	13,0
Revenus des capitaux	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Autres ressources	2,3	0,1	0,2	0,4	3,0
Total par branche	125,8	81,6	51,6	9,7	263,7

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

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

Exercice 2004

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

Exercice 2005 (prévisions)

	FSV	CNSA	FFIPSA
Cotisations effectives	0,0	0,0	1,7
Cotisations fictives	0,0	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	0,0	0,0	0,0
Autres contributions publiques	0,0	0,0	0,0
Impôts et taxes affectées	10,4	0,5	6,0
dont CSG	9,8		0,9
Transferts reçus	2,1	0,0	5,9
Revenus des capitaux	0,0	0,0	0,0
Autres ressources	0,0	0,0	0,0
Total par organisme	12,5	0,5	13,7

Exercice 2006 (prévisions)

	FSV	FFIPSA
Cotisations effectives	0,0	1,7
Cotisations fictives	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	0,0	0,0
Autres contributions publiques	0,0	0,0
Impôts et taxes affectées	10,9	6,1
dont CSG	10,2	0,9
Transferts reçus	2,2	6,0
Revenus des capitaux	0,0	0,0
Autres ressources	0,0	0,1
Total par organisme	13,1	13,8

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

Prix de vente : 3 €
ISBN : 2-11-119447-6
ISSN : 1240 – 8468

En vente à la Boutique de l'Assemblée nationale
4, rue Aristide Briand - 75007 Paris - Tél : 01 40 63 61 21

N° 2575 - Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006