

# ASSEMBLÉE NATIONALE

**JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

**XIII<sup>e</sup> Législature**

---

**SESSION ORDINAIRE DE 2009-2010**

Séances du mercredi 25 novembre 2009

Articles, amendements et annexes



**JOURNAUX  
OFFICIELS**

# SOMMAIRE

---

## **63<sup>e</sup> séance**

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 .....	3
---	---

## **64<sup>e</sup> séance**

Annexes .....	23
---------------	----

## 63<sup>e</sup> séance

### PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010

Discussion du texte de la commission mixte paritaire sur les dispositions restant en discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 (n° 2092)

*Texte élaboré par la commission mixte paritaire*

### PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010

#### Première partie

Dispositions relatives à l'exercice 2008

#### Deuxième partie

Dispositions relatives à l'année 2009

##### *Section 1*

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

##### *Section 2*

*Dispositions relatives aux dépenses*

#### **Article 6**

*(Texte du Sénat)*

I. – Au I de l'article 68 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009, le montant : « 240 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 190 millions d'euros ».

II. – Au IV du même article, le montant : « 44 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 338 300 000 euros ».

#### Troisième partie

Dispositions relatives aux recettes  
et à l'équilibre général pour 2010

#### **Article 9**

*(Texte du Sénat)*

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2010-2013), 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 11**

*(Texte du Sénat)*

I. – Le II de l'article 15 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 est ainsi rédigé :

« II. – Pour le calcul des contributions dues au titre de l'année 2010 en application de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, le taux de 1 % est substitué au taux K mentionné dans le tableau figurant au même article. »

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

1° La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 165-4 est ainsi rédigée :

« Le produit des remises est recouvré par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés pour le recouvrement des contributions mentionnées à l'article L. 138-20. » ;

2° À l'article L. 162-37, la référence : « et L. 162-18 » est remplacée par les références : « , L. 162-18 et L. 165-4 ».

III. – Le deuxième alinéa de l'article L. 245-6 du même code est complété par les mots et une phrase ainsi rédigée : « et des ventes ou reventes à destination de l'étranger. Les revendeurs indiquent à l'exploitant de l'autorisation de mise sur le marché les quantités revendues ou destinées à être revendues en dehors du territoire national. »

IV. – Après la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 5121-17 du code de la santé publique, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Les revendeurs indiquent au titulaire de l'autorisation de mise sur le marché les quantités revendues ou destinées à être revendues en dehors du territoire national. »

V. – Après le deuxième alinéa de l'article L. 5123-1 du même code, il est inséré un alinéa rédigé :

« Les premier et deuxième alinéas ne s'appliquent pas aux médicaments et produits non consommés en France et destinés à l'exportation. »

**Article 12***(Texte du Sénat)*

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

1° Après le 4° de l'article L. 161-45, il est inséré un 4° *bis* ainsi rédigé :

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

2° À l'article L. 245-5-1, après le mot : « salariés », sont insérés les mots : « et de la Haute Autorité de santé » ;

3° (Supprimé)

4° Au dernier alinéa de l'article L. 245-5-2, le taux : « 10 % » est remplacé par le taux : « 15 % » ;

5° Au premier alinéa et aux 1° et 2° de l'article L. 245-5-3, le nombre : « 7,5 » est remplacé par le nombre : « 11 ».

II. – Le 4° du I s'applique pour la détermination de la contribution due en 2010.

**Article 14***(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

I. – L'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 1° du I, le taux : « 8 % » est remplacé par le taux : « 16 % » et les mots : « et versées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004 » sont supprimés ;

2° Le dernier alinéa du I est ainsi rédigé :

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

3° Il est ajouté un V ainsi rédigé :

« V. – Les régimes de retraite à prestations définies, mentionnés au I, créés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010 sont gérés exclusivement par l'un des organismes régis par le titre III du livre IX du présent code, le livre II du code de la mutualité ou le code des assurances. » ;

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

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

II. – Le 1° du I est applicable aux rentes versées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010. Le 4° du I est applicable aux retraites liquidées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010. Le 2° du I est applicable aux versements, comptabilisations ou mentions réalisés à compter des exercices ouverts après le 31 décembre 2009.

III. – Avant le 15 septembre 2010, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la situation des régimes relevant de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale indiquant :

- le nombre d'entreprises en disposant ;
- le mode de gestion choisi, interne ou externe ;
- le mode de contribution, assise sur les rentes ou sur les primes ou versements ;
- le nombre de bénéficiaires de rentes ;

– le montant moyen des rentes versées ;

– et les possibilités techniques d'une individualisation de la contribution assise sur les primes ou versements.

Le rapport est établi sur la base de l'article 114 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites. Il s'appuie sur l'exploitation des données transmises par l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles pour les organismes relevant de son champ et par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale pour les entreprises gérant elles mêmes les engagements de retraite concernés.

Ce rapport présente également les conditions dans lesquelles les régimes gérés en interne au 1<sup>er</sup> janvier 2010 peuvent externaliser leur gestion auprès d'un des organismes mentionnés au I de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale.

**Article 17 bis A***(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

Le chapitre VII du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est complété par une section 11 ainsi rédigée :

*« Section 11**« Prélèvements sur les jeux, concours et paris*

« Art. L. 137-19. – Il est institué, au profit de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, un prélèvement sur le produit des appels à des numéros surtaxés effectués dans le cadre des programmes télévisés et radiodiffusés comportant des jeux et concours.

« Le prélèvement est assis sur le montant des appels effectués au moyen de numéros audiotels ou de messages écrits adressés, net des coûts de l'opérateur de téléphonie et des remboursements de la participation aux jeux et concours, et diminué de la valeur des gains distribués aux spectateurs, aux auditeurs et aux candidats.

« Le prélèvement est acquitté par l'organisateur du jeu ou du concours.

« Le taux du prélèvement est fixé à 9,5 %.

« Ce prélèvement est recouvré et contrôlé selon les mêmes procédures et sous les mêmes sanctions, garanties, sûretés et privilèges que les taxes sur le chiffre d'affaires. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées selon les règles applicables à ces mêmes taxes. »

**Article 17 ter***(Texte du Sénat)*

I. – Le chapitre VII du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est complété par une section 10 ainsi rédigée :

*« Section 10*

« Contribution salariale sur les distributions et gains nets afférents à des parts de fonds communs de placement à risques, des actions de sociétés de capital-risque ou des droits représentatifs d'un placement financier dans une entité mentionnée au dernier alinéa du 8 du II de l'article 150-0 A du code général des impôts

« *Art. L. 137-18.* – Il est institué une contribution sociale libératoire au taux de 30 % assise sur les distributions et gains nets mentionnés à l'article 80 *quindécies* du code général des impôts qui, en application du même article, sont imposables à l'impôt sur le revenu au nom des salariés et dirigeants bénéficiaires selon les règles applicables aux traitements et salaires. Elle est mise à la charge de ces salariés et dirigeants et affectée aux régimes obligatoires d'assurance maladie dont ils relèvent.

« Cette contribution est établie, recouvrée et contrôlée dans les conditions et selon les modalités prévues au III de l'article L. 136-6. »

II. – Après l'article 242 *ter* B du code général des impôts, il est inséré un article 242 *ter* C ainsi rédigé :

« *Art. 242 ter C.* – 1. Les sociétés de capital-risque, les sociétés de gestion de fonds communs de placement à risques ou de sociétés de capital-risque et les entités mentionnées au dernier alinéa du 8 du II de l'article 150-0 A, ou les sociétés qui réalisent des prestations de services liées à la gestion des fonds communs de placement à risques, des sociétés de capital-risque ou des entités précitées, sont tenues de mentionner, sur la déclaration prévue à l'article 242 *ter*, l'identité et l'adresse de leurs salariés ou dirigeants qui ont bénéficié de gains nets et distributions mentionnés au 8 du II de l'article 150-0 A, aux deuxième à huitième alinéas du 1 du II de l'article 163 *quinquies* C et à l'article 80 *quindécies* ainsi que, par bénéficiaire, le détail du montant de ces gains et distributions.

« 2. Pour l'application des dispositions du 1, la société de gestion ou, le cas échéant, le dépositaire des actifs des sociétés de capital-risque, des fonds communs de placement à risques et des entités mentionnées au dernier alinéa du 8 du II de l'article 150-0 A fournit aux personnes mentionnées au 1 du présent article les informations nécessaires en vue de leur permettre de s'acquitter de l'obligation déclarative correspondante. »

III. – Le I s'applique aux distributions et gains nets afférents aux fonds communs de placement à risques créés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010 et, pour les sociétés de capital-risque et les entités mentionnées au dernier alinéa du 8 du II de l'article 150-0 A du code général des impôts, aux actions et droits émis à compter de la même date. Le II s'applique aux déclarations déposées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010.

**Article 17 quater**

*(Texte du Sénat)*

À la fin du IV de l'article L. 222-2 du code du sport, la date : « 30 juin 2012 » est remplacée par la date : « 30 juin 2010 ».

**Article 18 bis**

*(Texte du Sénat)*

I. – Par anticipation à la date d'entrée en vigueur fixée par le décret visé au III de l'article 5 de la loi n° 2008-126 du 13 février 2008 relative à la réforme de l'organisation du service public de l'emploi, les contributions mentionnées aux articles L. 1233-69, L. 1235-16, L. 5422-9, L. 5422-11 et L. 5424-20 du code du travail ainsi qu'à l'article 9 de l'ordonnance n° 2006-433 du 13 avril 2006 relative à l'expérimentation du contrat de transition professionnelle et les cotisations prévues à l'article L. 3253-18 du même

code peuvent, pour l'ensemble ou certaines catégories de cotisants, être recouvrées, selon les dispositions de l'article L. 5422-16 du même code, dans sa rédaction issue de l'article 17 de la loi n° 2008-126 du 13 février 2008 précitée, et celles prévues au II du présent article, dès l'année 2010 par l'un ou plusieurs des organismes mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 5427-1 du même code, dans des conditions définies par décret.

II. – Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 5422-16 du même code, demeurent applicables après le transfert du recouvrement aux organismes chargés du recouvrement mentionnés à l'article L. 5427-1 dudit code :

1° Les modalités de paiement des contributions prévues aux articles L. 5422-9, L. 5422-11 et L. 5424-20 du même code et de la cotisation mentionnée à l'article L. 3253-18 du même code, applicables à la date d'entrée en vigueur de la présente loi et particulières aux entreprises de moins de dix salariés ;

2° La possibilité pour l'employeur de n'accomplir qu'une déclaration et un versement par an pour les contributions et la cotisation mentionnées au 1° du présent II, lorsque le montant de ce versement est inférieur à un minimum fixé par décret.

*Section 2*

**Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre**

**Article 21**

*(Texte du Sénat)*

Pour l'année 2010, les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, sont fixées :

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

*(En milliards d'euros)*

	PRÉVISIONS de recettes
Maladie .....	164,6
Vieillesse .....	182,4
Famille .....	50,1
Accidents du travail et maladies professionnelles ..	12,1
Toutes branches (hors transferts entre branches) ...	403,7 ;

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

*(En milliards d'euros)*

	Prévisions de recettes
Maladie .....	141,2
Vieillesse .....	92,1
Famille .....	49,6
Accidents du travail et maladies professionnelles .	10,6
Toutes branches (hors transferts entre branches) ..	288,1 ;

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

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de recettes
Fonds de solidarité vieillesse .....	12,9

### Article 22

(Texte du Sénat)

Pour l'année 2010, 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 .....	164,6	179,1	- 14,5
Vieillesse .....	182,4	195,0	- 12,6
Famille .....	50,1	54,5	- 4,4
Accidents du travail et maladies professionnelles .....	12,1	12,9	- 0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches) .....	403,7	435,9	- 32,2

### Article 23

(Texte du Sénat)

Pour l'année 2010, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de recettes	OBJECTIFS de dépenses	SOLDE
Maladie .....	141,2	155,7	- 14,5
Vieillesse .....	92,1	102,9	- 10,7
Famille .....	49,6	54,1	- 4,4
Accidents du travail et maladies professionnelles .....	10,6	11,4	- 0,8
Toutes branches (hors transferts entre branches) .....	288,1	318,5	- 30,5

### Section 3

Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité

### Article 26 bis

(Suppression maintenue)

### Quatrième partie

Dispositions relatives aux dépenses pour 2010

### Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

### Article 28

(Suppression maintenue)

### Article 29

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

Le 10° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :

« 10° Lorsque l'assuré ne relève plus des dispositions du 3° mais se trouve dans une situation clinique déterminée sur la base de recommandations de la Haute Autorité de santé et justifiant des actes et examens médicaux ou biologiques de suivi de son état, pour ces actes et examens, dans des conditions et pour une durée définies par décret pris après avis de la Haute autorité de santé ; »

### Article 29 bis

(Texte du Sénat)

Après l'article L. 5121-10-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5121-10-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 5121-10-3. – Le titulaire d'un droit de propriété intellectuelle protégeant l'apparence et la texture des formes pharmaceutiques orales d'une spécialité de référence au sens de l'article L. 5121-1 ne peut interdire que les formes pharmaceutiques orales d'une spécialité générique susceptible d'être substituée à cette spécialité en application de l'article L. 5125-23 présentent une apparence et une texture identiques ou similaires. »

### Article 29 ter

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire,  
pour coordination)

I. – Après le premier alinéa de l'article L. 4113-5 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Cette disposition ne s'applique pas à l'activité de télémédecine telle que définie à l'article L. 6316-1 et aux coopérations entre professionnels de santé prévues aux articles L. 4011-1 à L. 4011-3. »

II. – La première phrase de l'article L. 162-3 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « ou lorsqu'il s'agit d'une activité de télémédecine telle que définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique. »

III (nouveau). – À l'article L. 4421-5 et à l'article L. 4431-2 du code de la santé publique, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « troisième ».

### Article 29 quater

(Texte de l'Assemblée nationale)

La dernière phrase du premier alinéa du III de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique est supprimée.

### Article 29 quinquies

(Suppression maintenue)

### Article 29 septies

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

L'article L. 162-1-18 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces conditions peuvent prévoir, pour une période limitée à deux ans à compter de l'entrée en vigueur de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2010, une expérimentation au bénéfice d'une partie de la population visée au premier alinéa. »

**Article 30 bis A***(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

I. – Le 14<sup>o</sup> de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« 14<sup>o</sup> Le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie au développement professionnel continu ; ».

II. – Avant le dernier alinéa de l'article L. 182-2-4 du même code, il est inséré un 4<sup>o</sup> ainsi rédigé :

« 4<sup>o</sup> Arrête le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie au développement professionnel continu pour chaque catégorie de professionnels mentionnée aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-16-1 et L. 162-32-1. »

III. – Le présent article entre en vigueur à la date d'effet de la convention prévue au XXI de l'article 59 de la loi n<sup>o</sup> 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

**Article 30 bis***(Texte du Sénat)*

Le deuxième alinéa de l'article L. 4113-9 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Elles ne s'appliquent pas aux contrats conformes à un contrat-type soumis à l'approbation des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »

**Article 30 ter***(Supprimé)***Article 30 quater***(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

Après l'article L. 1142-21 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1142-21-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 1142-21-1. – Lorsqu'un médecin régi par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ou le règlement arbitral mentionné à l'article L. 162-14-2 du même code est condamné par une juridiction à réparer les dommages subis par la victime, l'office institué à l'article L. 1142-22 du même code est substitué au professionnel dans le cas où le délai de validité de la couverture d'assurance garanti par les dispositions du cinquième alinéa de l'article L. 251-2 du code des assurances est expiré. »

**Article 31 bis A***(Texte du Sénat)*

Les deux derniers alinéas de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles tel qu'il résulte du III de l'article 63 de la loi n<sup>o</sup> 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :

« 3<sup>o</sup> Des tarifs journaliers afférents aux prestations relatives à l'hébergement, fixés par le président du conseil général, dans des conditions précisées par décret et opposables aux

bénéficiaires de l'aide sociale accueillis dans des établissements habilités totalement ou partiellement à l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées. Ce décret détermine le contenu des tarifs journaliers afférents aux prestations relatives à l'hébergement qui ne peuvent comporter des dépenses intégrées dans les tarifs relatifs aux soins et à la dépendance cités respectivement aux 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup>.

« Pour les établissements mentionnés à l'article L. 342-1 à l'exception de ceux mentionnés au 4<sup>o</sup>, les prestations relatives à l'hébergement sont fixées et contrôlées dans les conditions prévues par les articles L. 342-2 à L. 342-6.

« Les tarifs correspondant à des prestations complémentaires et librement acceptées et acquittées par les résidents, à la condition qu'elles ne relèvent pas des tarifs cités aux 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup>, constituent des suppléments aux tarifs journaliers afférents à l'hébergement. Ils doivent être établis par l'organe délibérant de la personne morale gestionnaire pour chaque catégorie homogène de prestation faisant l'objet d'un paiement par les résidents ou leurs représentants au sein de l'établissement. Les tarifs des suppléments aux tarifs journaliers doivent être communiqués aux titulaires d'un contrat de séjour ou à leurs représentants, et portés à la connaissance du président du conseil général et du public dans des conditions fixées par décret.

« Pour les établissements mentionnés à l'article L. 342-1 et les résidents non admis à l'aide sociale dans les établissements relevant du 6<sup>o</sup> du I de l'article L. 312-1 du présent code et du 2<sup>o</sup> de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, les prestations relatives aux suppléments aux tarifs journaliers afférents à l'hébergement sont fixées et contrôlées dans les conditions prévues par les articles L. 342-2 à L. 342-6 du présent code. »

**Article 32***(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

I A. – Le VI de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n<sup>o</sup> 2003-1199 du 18 décembre 2003) est ainsi rédigé :

« VI. – Le I, à l'exclusion du quatrième alinéa, le II, le V, à l'exception du G, et le VII du présent article sont applicables aux établissements de santé de Guyane mentionnés aux *a* et *b* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, selon des modalités et un calendrier fixés par décret, et sous les réserves suivantes :

« 1<sup>o</sup> Au deuxième alinéa du B du V, l'année : "2008" est remplacée par l'année : "2010" ;

« 2<sup>o</sup> À la fin du dernier alinéa du C, les mots : « en 2012 » sont remplacés par les mots : « à une date fixée par décret » et à la seconde phrase au D du V, l'année : « 2012 » est remplacée par les mots : « une date fixée par décret » ;

« Ces dispositions entrent en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2010. »

I. – Le premier alinéa du VII de l'article 33 de la loi n<sup>o</sup> 2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée est ainsi modifié :

1<sup>o</sup> L'année : « 2012 » est, par trois fois, remplacée par l'année : « 2018 » ;

2<sup>o</sup> À la dernière phrase, le mot : « octobre » est remplacé par le mot : « septembre » ;

3° Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Ce bilan contient également un programme précisant la méthode et les étapes permettant de progresser dans la réalisation de la convergence intersectorielle des tarifs avant l'échéance de 2018. »

I *bis*. – L'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée est complété par un VIII et un IX ainsi rédigés :

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

« IX. – Les dispositions du I, à l'exclusion du quatrième alinéa, celles du II et du V, à l'exception du G, du présent article sont applicables aux activités de médecine exercées par les hôpitaux locaux au sens de l'article L. 6141-2 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 précitée, selon des modalités et un calendrier fixés par décret, et sous les réserves suivantes :

« 1° Le B du V s'applique à compter d'une date fixée par décret ;

« 2° À la fin du dernier alinéa du C, les mots : « en 2012 » sont remplacés par les mots : « à une date fixée par décret » et à la seconde phrase au D du V, l'année : « 2012 » est remplacée par les mots : « une date fixée par décret ».

I *ter*. – (*Supprimé*)

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

1° A À la première phrase du premier alinéa du V de l'article L. 162-22-10, le mot : « octobre » est remplacé par le mot : « septembre » ;

1° B À la fin du dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-10, la référence : « II » est remplacée par la référence : « II *bis* » ;

1° Après le 6° de l'article L. 174-1-1, il est inséré un 7° ainsi rédigé :

« 7° Les activités de soins dispensés par un hôpital établi dans un autre État à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, en application d'un accord conclu entre la France et l'État concerné. » ;

1° *bis* Au neuvième alinéa de l'article L. 174-1-1, après les mots : « au titre », sont insérés les mots : « du 7° du présent article et » ;

2° Après l'article L. 174-2-1, il est inséré un article L. 174-2-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 174-2-2. – Une caisse primaire d'assurance maladie désignée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale peut verser à l'hôpital mentionné au 7° de l'article L. 174-1-1, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, les sommes dues au titre des soins dispensés à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, en application de l'accord mentionné à ce même 7°.

« Les sommes versées sont réparties entre les régimes selon les modalités prévues à l'article L. 174-2. »

#### **Article 32 bis A**

(*Texte du Sénat*)

I. – Après la première phrase du premier alinéa du VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Cette mesure tient notamment compte des écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges salariales et fiscales supportées par les catégories d'établissements visés à l'article L. 162-22-10 dudit code. »

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

1° Après le quatrième alinéa du I de l'article L. 162-22-10, il est inséré un 4° ainsi rédigé :

« 4° Un coefficient correcteur, s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés aux 1° et 2°, correspondant aux écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale. » ;

2° À la première phrase du II de l'article L. 162-22-9, les références : « 1° à 3° » sont remplacées par les références : « 1° à 4° ».

#### **Article 32 bis B**

(*Texte élaboré par la commission mixte paritaire*)

À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 132-3-2 du code des juridictions financières, les mots : « financés par l'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « sanitaires et médico sociaux financés par l'assurance maladie, quel que soit leur statut public ou privé. »

#### **Article 32 bis**

(*Texte élaboré par la commission mixte paritaire*)

L'article L. 1111-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les sites informatiques des établissements de santé comportent des informations sur les tarifs et honoraires des professionnels de santé qui y exercent. »

#### **Article 33 bis A**

(*Texte du Sénat*)

I. – Le I de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles est complété par un 11° ainsi rédigé :

« 11° De réaliser, dans des conditions fixées par voie réglementaire, une étude relative à l'analyse des différents coûts de revient et tarifs des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 et relevant de sa compétence, sur la base des données qu'ils lui transmettent ainsi que le prévoit l'article L. 312-9. »

II. – Après le deuxième alinéa de l'article L. 312-9 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsqu'ils relèvent de son domaine de compétence, ils transmettent à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie les données nécessaires à l'étude mentionnée au 11° du I de l'article L. 14-10-1 dans des conditions fixées par voie réglementaire. »

### **Article 33 bis B**

*(Supprimé)*

### **Article 33 sexies**

*(Supprimé)*

### **Article 33 septies**

*(Texte du Sénat)*

L'article L. 344-1 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'application de l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale relatif au forfait journalier ne peut conduire à faire descendre les ressources des personnes handicapées accueillies dans ces établissements au-dessous d'un minimum fixé par décret et par référence à l'allocation aux adultes handicapés. »

### **Article 34**

*(Texte du Sénat)*

La contribution pour l'année 2010 des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des agences régionales de santé correspond à une participation aux dépenses afférentes aux emplois transférés par les organismes d'assurance maladie et aux crédits de fonctionnement s'y rapportant ainsi qu'à une participation au titre d'actions de prévention, fixées au prorata de la période effective de fonctionnement de ces agences, dans la limite, en année pleine, de 173 millions d'euros pour les dépenses en personnel et de 40 millions d'euros pour les actions de prévention. Elle est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture.

### **Article 35**

*(Texte du Sénat)*

I. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, mentionné à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale, est fixé à 228 millions d'euros pour l'année 2010.

II. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est fixé à 264 millions d'euros pour l'année 2010.

III. – Le montant de la dotation globale pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 70 millions d'euros pour l'année 2010.

IV. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires est fixé à 44 millions d'euros pour l'année 2010.

V. – Pour l'année 2010, une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'intérieur, contribue au financement de l'équipement et du fonctionnement du dispositif d'interconnexion visé au quatrième alinéa de l'article L. 6311-2 du code de la santé publique dans les établissements de santé autorisés à comporter une ou plusieurs unités participant au service d'aide médicale urgente conformément au premier alinéa de l'article L. 6311-2 du même code.

### **Article 35 bis A**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

Le IV de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Les sommes dues au titre des actions du fonds sont prescrites à son profit dès lors qu'elles n'ont pas fait l'objet soit d'un agrément ou d'une décision attributive de subvention, dans un délai d'un an à compter de la notification ou de la publication de l'acte de délégation des crédits du fonds, soit d'une demande de paiement justifiée dans un délai de trois ans à partir du premier jour de l'année suivant celle au cours de laquelle les droits ont été acquis.

« L'alinéa précédent est applicable aux sommes déléguées antérieurement à la date de son entrée en vigueur. »

### **Article 36**

*(Texte du Sénat)*

Pour l'année 2010, 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 179,1 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 155,7 milliards d'euros.

### *Section 2*

#### ***Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse***

### **Article 38**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

I. – L'article L. 351-4 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 351-4. – I. – Une majoration de durée d'assurance de quatre trimestres est attribuée aux femmes assurées sociales, pour chacun de leurs enfants, au titre de l'incidence sur leur vie professionnelle de la maternité, notamment de la grossesse et de l'accouchement.

« II. – Il est institué au bénéfice du père ou de la mère assuré social une majoration de durée d'assurance de quatre trimestres attribuée pour chaque enfant mineur au titre de son éducation pendant les trois années suivant sa naissance ou son adoption.

« Les parents désignent d'un commun accord le bénéficiaire de la majoration ou, le cas échéant, définissent la répartition entre eux de cet avantage.

« Cette option est exprimée auprès de la caisse d'assurance vieillesse compétente dans le délai de six mois à compter du troisième anniversaire de la naissance de l'enfant ou de son adoption. Lorsqu'aucun des parents n'a la qualité d'assuré à cette date, ce délai court à compter de la date à laquelle le premier d'entre eux acquiert cette qualité.

« En cas de désaccord exprimé par l'un ou l'autre des parents dans le délai mentionné à l'alinéa précédent, la majoration est attribuée par la caisse d'assurance vieillesse compétente à celui des parents qui établit avoir assumé à titre principal l'éducation de l'enfant pendant la période la plus longue. À défaut, la majoration est partagée par moitié entre les deux parents.

« Le défaut d'option dans le délai mentionné ci-dessus est réputé, en l'absence de désaccord exprimé, valoir décision conjointe implicite de désignation de la mère.

« En cas de décès de l'enfant avant la fin de la troisième année suivant sa naissance ou son adoption, la majoration reste due dans les conditions prévues au présent II.

« La décision, y compris implicite, des parents ou l'attribution de la majoration ne peut être modifiée, sauf en cas de décès de l'un des parents avant la majorité de l'enfant. Dans ce cas, les trimestres sont attribués au parent survivant qui a effectivement élevé l'enfant.

« III. – Une majoration de durée d'assurance de quatre trimestres est attribuée, pour chaque enfant adopté durant sa minorité, à ses parents au titre de l'incidence sur leur vie professionnelle de l'accueil de l'enfant et des démarches préalables à celui-ci.

« Les parents désignent d'un commun accord le bénéficiaire de la majoration ou, le cas échéant, définissent la répartition entre eux de cet avantage. Cette option est exprimée auprès de la caisse d'assurance vieillesse compétente dans le délai de six mois à compter du troisième anniversaire de l'adoption de l'enfant ou, lorsqu'aucun des parents n'a la qualité d'assuré à cette date, à compter de la date à laquelle le premier d'entre eux acquiert cette qualité. En cas de désaccord exprimé par l'un ou l'autre des parents dans ce délai, la majoration est attribuée par la caisse d'assurance vieillesse compétente à celui des parents qui établit avoir assumé à titre principal l'accueil et les démarches mentionnés à l'alinéa précédent ou, à défaut, est partagée par moitié entre les deux parents.

« Le défaut d'option dans le délai mentionné à l'alinéa précédent est réputé, en l'absence de désaccord exprimé, valoir décision conjointe implicite de désignation de la mère adoptante.

« La décision, y compris implicite, des parents ou l'attribution de la majoration ne peut être modifiée, sauf en cas de décès de l'un des parents avant la majorité de l'enfant. Dans ce cas, les trimestres sont attribués au parent survivant qui a effectivement élevé l'enfant.

« IV. – Sont substitués dans les droits des parents pour l'application du II les assurés auxquels l'enfant a été confié par une décision de justice rendue sur le fondement des

articles 373-3, deuxième alinéa, et 375-3 (2<sup>o</sup>) du code civil ou l'assuré bénéficiaire d'une délégation totale de l'autorité parentale en vertu de l'article 377-1, premier alinéa, et qui assument effectivement l'éducation de l'enfant pendant trois ans à compter de cette décision.

« V. – L'assuré ne peut bénéficier de la majoration prévue au II s'il a été privé de l'exercice de l'autorité parentale ou s'est vu retirer l'autorité parentale par une décision de justice au cours des quatre premières années de l'enfant.

« V *bis*. – (*Supprimé*)

« VI. – Lors de la liquidation de la pension de retraite, la majoration prévue au II ne peut être attribuée à l'un ou l'autre des parents lorsque chacun d'eux ne justifie pas d'une durée d'assurance minimale de deux ans auprès d'un régime de retraite légalement obligatoire d'un État membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse. Ces dispositions ne sont pas applicables au parent qui a élevé seul l'enfant pendant tout ou partie de la période mentionnée au premier alinéa du II.

« VII. – Lorsque le délai mentionné au II n'est pas écoulé à la date d'effet de la demande de retraite de l'un des parents, ce délai est réduit à deux mois à compter de la date de cette demande.

« VIII. – Pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, les majorations de durée d'assurance prévues au présent article ne sont pas prises en compte pour le bénéfice des dispositions des articles L. 351-1-1 et L. 634-3-2, du II des articles L. 643-3 et L. 723-10-1 du présent code, de l'article L. 732-18-1 du code rural, de l'article L. 25 *bis* du code des pensions civiles et militaires de retraite et de l'article 57 de la loi n<sup>o</sup> 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005. Il en est de même des périodes d'assurance validées en application des *b* et *b bis* de l'article L. 12 et de l'article L. 12 *bis* du code des pensions civiles et militaires de retraite ou de dispositions réglementaires ayant le même objet.

« IX. – Avant le 1<sup>er</sup> janvier 2015, le Gouvernement élabore, sur la base notamment des travaux du Conseil d'orientation des retraites et de l'Institut national de la statistique et des études économiques, un rapport faisant apparaître l'impact, par génération, de l'éducation des enfants sur le déroulement de la carrière des assurés sociaux et leurs droits à retraite. Il prépare, à partir de ces données, un rapport d'orientation qui est rendu public et transmis au Parlement. »

II. – L'article L. 351-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1<sup>o</sup> Au premier alinéa, les mots : « Le père » sont remplacés par le mot : « L » ;

2<sup>o</sup> Au second alinéa, le mot : « également » est supprimé.

III. – La sous-section 3 de la section 3 du chapitre III du titre VII du livre I<sup>er</sup> du même code est ainsi rétablie :

#### « Sous-section 3

« Majorations de durée d'assurance accordées au titre des enfants

« Art. L. 173-2-0-1 A. – Au titre d'un même enfant, le total des trimestres attribués à chacun des parents en application des II et III de l'article L. 351-4 ou de dispositions renvoyant à cet article ne peut être supérieur à quatre. Les

mêmes II et III sont le cas échéant applicables à la répartition de ces trimestres entre les parents relevant de régimes d'assurance vieillesse différents.

« *Art. L. 173-2-0-1.* – Lorsque les deux parents remplissent, au titre d'un même enfant, l'un dans le régime général d'assurance vieillesse ou dans un régime appliquant les mêmes dispositions que celles de l'article L. 351-4, et l'autre dans un régime spécial de retraite, les conditions pour bénéficier de périodes d'assurance accordées au titre de l'accouchement, de la grossesse, de l'adoption ou de l'éducation d'un enfant, il est fait application des seules règles du régime dont relève la mère de l'enfant. La liste des avantages attribuables dans les régimes spéciaux soumis aux règles prévues au présent article est fixée par décret. »

III *bis.* – Après le mot : « points », la fin du troisième alinéa de l'article L. 643-1 du même code est ainsi rédigée : « au titre du trimestre civil au cours duquel survient l'accouchement, dans des conditions et limites fixées par décret. »

IV. – Après l'article L. 643-1 du même code, il est inséré un article L. 643-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 643-1-1.* – Les assurés du présent régime bénéficient des dispositions prévues à l'article L. 351-4, adaptées en tant que de besoin par décret pour tenir compte des modalités particulières de calcul de la pension de ce régime. »

V. – Après l'article L. 723-10-1 du même code, il est inséré un article L. 723-10-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 723-10-1-1.* – Les assurés du présent régime bénéficient des dispositions prévues à l'article L. 351-4, adaptées en tant que de besoin par décret pour tenir compte des modalités particulières de calcul de la pension de ce régime. »

VI. – Le deuxième alinéa de l'article 9 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon est ainsi rédigé :

« Les assurés du présent régime bénéficient des dispositions prévues à l'article L. 351-4 du code de la sécurité sociale, adaptées en tant que de besoin par décret. »

VII. – Le présent article est applicable aux pensions de retraite prenant effet à compter du 1<sup>er</sup> avril 2010.

VIII. – Pour les enfants nés ou adoptés avant le 1<sup>er</sup> janvier 2010, les majorations prévues au II et au III de l'article L. 351-4 du code de la sécurité sociale sont attribuées à la mère sauf si, dans un délai d'un an à compter de la publication de la présente loi, le père de l'enfant apporte la preuve auprès de la caisse d'assurance vieillesse qu'il a élevé seul l'enfant pendant une ou plusieurs années au cours de ses quatre premières années ou des quatre années suivant son adoption. Dans ce cas, les majorations sont attribuées au père à raison d'un trimestre par année.

Toutefois, pour les enfants nés ou adoptés après le 1<sup>er</sup> juillet 2006, le délai mentionné au précédent alinéa est porté à quatre ans et six mois à compter de la naissance ou l'adoption de l'enfant.

IX. – Les modalités d'information des assurés sur les nouvelles règles d'attribution des majorations de durée d'assurance par la caisse d'assurance vieillesse compétente sont fixées par décret.

### Article 38 bis

(Texte du Sénat)

L'article 2 de la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale est abrogé.

### Article 39 ter

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

L'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Aucune affiliation ne peut intervenir en application des dispositions ci-dessus lorsqu'au titre du ou des enfants considérés et de la même période, la personne concernée bénéficie de la majoration de durée d'assurance prévue à l'article L. 351-5 du présent code ou de périodes d'assurance attribuées par des régimes spéciaux en application du 1° de l'article L. 9 du code des pensions civiles et militaires ou de dispositions réglementaires ayant le même objet. Les dispositions d'application du présent alinéa sont déterminées en tant que de besoin par décret. »

### Article 40

(Texte du Sénat)

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

1° Le 4° est complété par un *f* ainsi rédigé :

« *f*) Des périodes mentionnées au 1° de l'article L. 351-3 ; »

2° À l'avant dernier alinéa, les références : « *d* et *e* » sont remplacées par les références : « *d*, *e* et *f* »

II. – Le présent article entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2010.

### Article 40 bis

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

I. – Après l'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale sont insérés deux articles L. 133-6-8-1 et L. 133-6-8-2 ainsi rédigés :

« *Art. L. 133-6-8-1.* – Le travailleur indépendant qui a opté pour le régime prévu à l'article L. 133-6-8 et qui déclare un montant de chiffre d'affaires ou des recettes nul pendant une période de trente six mois civils ou de douze trimestres civils consécutifs perd le bénéfice de cette option.

« *Art. L. 133-6-8-2.* – Sans préjudice des droits aux prestations des assurances maladie, maternité et invalidité-décès, les bénéficiaires du régime prévu à l'article L. 133-6-8 qui déclarent, au titre d'une année civile, un montant de chiffre d'affaires ou de revenus non commerciaux correspondant, compte tenu des taux d'abattement définis aux articles 50-0 et 102 *ter* du code général des impôts, à un revenu inférieur à un montant minimum fixé par décret n'entrent pas dans le champ de la compensation assurée par l'État aux organismes de sécurité sociale dans le cadre dudit régime. »

II. – L'article 34 de la loi n° 2009-179 du 17 février 2009 pour l'accélération des programmes de construction et d'investissement publics et privés est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa du I, les mots : « et jusqu'à la signature des conventions qu'ils prévoient, et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2012, les cotisations et contributions de sécurité sociale des travailleurs indépendants qui créent une activité relevant » sont remplacés par les mots : « , les cotisations et contributions de sécurité sociale des travailleurs indépendants qui relèvent » ;

2° Le II est abrogé.

III. – Par dérogation au deuxième alinéa de l'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale et au IV de l'article 151-0 du code général des impôts, les options prévues au premier alinéa du même article L. 133-6-8 et au premier alinéa du I du même article 151-0 peuvent être exercées par les travailleurs indépendants affiliés au 31 décembre 2009 à la caisse interprofessionnelle d'assurance vieillesse, au titre de l'année 2010, jusqu'au 28 février 2010.

#### **Article 40 ter**

*(Texte du Sénat)*

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

1° Le dernier alinéa de l'article L. 351-14 est ainsi rédigé :

« Les cotisations sont égales à celles dues en application de l'article L. 351-14-1. » ;

2° L'article L. 742-1 est ainsi modifié :

a) Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° Les personnes salariées ou assimilées travaillant hors du territoire français et ayant été à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une durée déterminée par décret » ;

b) Au 2°, les mots : « de nationalité française » sont remplacés par les mots : « ayant été à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une durée déterminée par décret » ;

3° L'article L. 742-2 est ainsi modifié :

a) À la fin du premier alinéa, les mots : « afférentes à ces périodes » sont remplacés par une phrase ainsi rédigée : « Les cotisations sont égales à celles dues en application de l'article L. 351-14-1. » ;

b) Au second alinéa, les mots : « de nationalité française » sont remplacés par les mots : « ayant été à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une durée déterminée par décret, » ;

4° À la fin de l'article L. 742-3, les mots : « , le mode de calcul des cotisations et les coefficients de revalorisation qui leur sont applicables » sont remplacés par les mots : « et le mode de calcul des cotisations » ;

5° À la première phrase du 1° de l'article L. 742-6 et au deuxième alinéa de l'article L. 742-7, les mots : « de nationalité française » sont remplacés par les mots : « ayant été à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une durée déterminée, » ;

6° À la fin du premier alinéa de l'article L. 742-7, les mots : « afférentes à ces périodes » sont remplacés par les mots : « fixées par référence à celles dues en application de l'article L. 634-2-2 si elles exercent une activité professionnelle énumérée aux articles L. 622-3 et L. 622-4 ou par

référence à celles dues en application de l'article L. 643-2 si elles exercent une activité professionnelle énumérée à l'article L. 622-5 ».

II. – Le code rural est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 722-18, les mots : « de nationalité française résidant à l'étranger » sont remplacés par les mots : « ayant été à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une durée déterminée, résidant à l'étranger et » ;

2° À la fin du premier alinéa de l'article L. 732-52, les mots : « afférentes à ces périodes » sont remplacés par les mots : « égales à celles dues en application de l'article L. 732-27-1 ».

III. – Le présent article est applicable aux demandes d'adhésion et de rachat déposées à compter d'une date fixée par décret et au plus tard au 1<sup>er</sup> janvier 2011.

#### *Section 3*

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

#### **Article 42**

*(Texte du Sénat)*

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa de l'article L. 242-7 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Son taux, la durée pendant laquelle elle est due et son montant forfaitaire minimal sont fixés par arrêté. » ;

2° Avant le dernier alinéa de l'article L. 422-4, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :

« 1° *bis* Imposition découlant d'une répétition dans un établissement dans un délai déterminé de certaines situations particulièrement graves de risque exceptionnel définies par arrêté et qui ont donné lieu à une première injonction à cet établissement ; »

3° L'article L. 422-5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La caisse mentionnée au premier alinéa peut également accorder, dans des conditions définies par arrêté, des subventions aux entreprises éligibles aux programmes de prévention définis par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou par la caisse mentionnée au premier alinéa après avis des comités techniques mentionnés respectivement aux articles L. 422-1 et L. 215-4. Ces programmes précisent les risques et les catégories d'entreprises éligibles ainsi que les montants financiers susceptibles d'être alloués. Une subvention ne peut être accordée à une entreprise que si le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, ou à défaut les délégués du personnel, ont été informés des mesures de prévention préalablement à leur mise en œuvre. »

#### **Article 44 bis**

*(Suppression maintenue)*

*Section 4***Dispositions relatives aux dépenses de la branche Famille****Article 46 bis A***(Supprimé)***Article 46 bis B***(Texte du Sénat)*

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

1° Au quatrième alinéa de l'article L. 2324-1, le mot : « conditions » est remplacé, deux fois, par les mots : « seules conditions exigibles » et les mots : « voie réglementaire » sont remplacés par le mot : « décret » ;

2° L'article L. 2324-2 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 2324-2.* – Le médecin responsable du service départemental de protection maternelle et infantile vérifie que les conditions mentionnées au quatrième alinéa de l'article L. 2324-1 sont respectées par les établissements et services mentionnés au même article. »

II. – Le deuxième alinéa de l'article L. 421-3 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Un référentiel approuvé par décret en Conseil d'État fixe les critères d'agrément. »

**Article 46 bis C***(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

Après l'article L. 2324-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 2324-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 2324-2-1.* – L'autorisation mentionnée au premier alinéa de l'article L. 2324-1 prévoit, à la demande du responsable d'un établissement ou d'un service, des capacités d'accueil différentes suivant les périodes de l'année, de la semaine ou de la journée, compte tenu des variations prévisibles des besoins d'accueil. »

**Article 46 ter***(Texte du Sénat)*

I. – Après le premier alinéa de l'article L. 421-4 du code de l'action sociale et des familles, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Le nombre d'enfants pouvant être accueillis simultanément fixé par l'agrément est sans préjudice du nombre de contrats de travail, en cours d'exécution, de l'assistant maternel.

« Le premier agrément de l'assistant maternel autorise l'accueil de deux enfants au minimum, sauf si les conditions d'accueil ne le permettent pas. Le refus de délivrer un premier agrément autorisant l'accueil de deux enfants ou plus est motivé. »

II. – L'article L. 421-14 du même code est ainsi modifié :

1° Les deuxième et troisième alinéas sont ainsi rédigés :

« La durée de la formation obligatoirement suivie par l'assistant maternel avant d'accueillir des enfants ne peut être supérieure au quart de la durée totale de la formation. Le deuxième quart de la formation doit être suivi dans les six mois suivant l'accueil du premier enfant. Des dispenses de formation peuvent être accordées à l'assistant maternel qui justifie d'une formation antérieure équivalente.

« Une initiation aux gestes de secourisme est obligatoire pour exercer la profession d'assistant maternel. » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« La durée et le contenu des formations suivies par un assistant maternel figurent sur son agrément. »

*Section 5***Dispositions relatives à la gestion du risque et à l'organisation ou à la gestion interne des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement****Article 48***(Texte du Sénat)*

L'article L. 723-12-3 du code rural est ainsi rédigé :

« *Art. L. 723-12-3.* – Le conseil d'administration de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole peut prescrire aux organismes de mutualité sociale agricole toutes mesures tendant à la limitation de leurs dépenses budgétaires ou à une plus grande maîtrise des coûts de gestion administrative et technique et des risques financiers.

« Si les mesures prescrites ne sont pas mises en œuvre, le conseil d'administration peut mettre en demeure l'organisme de prendre, dans un délai déterminé, toutes mesures de redressement utiles.

« À titre exceptionnel, si cette mise en demeure reste sans effet, le conseil d'administration de la caisse centrale peut constituer en son sein une commission qui se substitue au conseil d'administration de l'organisme local pour la mise en œuvre des mesures de redressement nécessaires, pour une durée qu'il fixe et qui est strictement nécessaire à cette mise en œuvre.

« Cette commission peut s'adjoindre des personnalités qualifiées désignées par le conseil d'administration de la caisse centrale. La composition de cette commission est soumise à l'approbation du ministre chargé de l'agriculture. Les décisions de la commission sont soumises au contrôle de l'État dans les conditions prévues par l'article L. 152-1 du code de la sécurité sociale et sont exécutoires par les directeurs des caisses concernées dès leur approbation. »

**Article 48 bis***(Suppression maintenue)**Section 6***Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires**

## Section 7

*Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude***Article 50***(Texte du Sénat)*

I. – L'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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

« Peuvent faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme chargé de la gestion des prestations familiales ou des prestations d'assurance vieillesse, au titre de toute prestation servie par l'organisme concerné :

« 1° L'inexactitude ou le caractère incomplet des déclarations faites pour le service des prestations ;

« 2° L'absence de déclaration d'un changement dans la situation justifiant le service des prestations ;

« 3° L'exercice d'un travail dissimulé, constaté dans les conditions prévues à l'article L. 114-15, par le bénéficiaire de prestations versées sous conditions de ressources ou de cessation d'activité ;

« 4° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir le versement indu de prestations servies par un organisme mentionné au premier alinéa, même sans en être le bénéficiaire. » ;

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

« Cette limite est doublée en cas de récidive. » ;

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

« La personne concernée peut former, dans un délai fixé par voie réglementaire, un recours gracieux contre cette décision auprès du directeur. Ce dernier statue après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil d'administration de l'organisme. Cette commission apprécie la responsabilité de la personne concernée dans la réalisation des faits reprochés. Si elle l'estime établie, elle propose le prononcé d'une pénalité dont elle évalue le montant. L'avis de la commission est adressé simultanément au directeur de l'organisme et à l'intéressé. » ;

4° Le troisième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« La pénalité ne peut pas être prononcée s'il a été fait application, pour les mêmes faits, des articles L. 262-52 ou L. 262-53 du code de l'action sociale et des familles. » ;

5° Au dernier alinéa, le mot : « article » est remplacé par la référence : « I » et les mots : « , notamment les situations mentionnées au premier alinéa et le barème des pénalités, » sont supprimés ;

6° Il est ajouté un II ainsi rédigé :

« II. – Lorsque l'intention de frauder est établie, le montant de la pénalité ne peut être inférieur à un dixième du plafond mensuel de la sécurité sociale. En outre, la limite du montant de la pénalité prévue au I du présent article est portée à quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Dans le cas d'une fraude commise en bande organisée au sens de l'article 132-71 du code pénal, cette limite est portée à huit fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. »

II. – Au premier alinéa de l'article L. 114-15 du code de la sécurité sociale, après la référence : « L. 114-16 » est insérée la référence : « , L. 114-17 ».

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

1° L'avant-dernier alinéa de l'article L. 262-52 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« L'amende administrative ne peut pas être prononcée s'il a été fait application, pour les mêmes faits, de l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale. » ;

2° À l'avant-dernier alinéa de l'article L. 262-53, après le mot : « active » sont insérés les mots : « , la pénalité mentionnée à l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale » et, après la référence : « L. 262-52 », sont insérés les mots : « du présent code ».

IV. – Le I du présent article s'applique aux faits commis postérieurement à la date de publication du décret pris pour l'application de l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant de la présente loi.

**Article 52***(Texte du Sénat)*

Le dernier alinéa du I de l'article 110 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 est ainsi modifié :

1° À la première phrase, l'année : « 2009 » est remplacée par l'année : « 2010 » ;

2° À la dernière phrase, les mots : « juin 2009 » sont remplacés par les mots : « septembre 2010 ».

**Article 53***(Texte du Sénat)*

I. – Le dernier alinéa du II de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« Lorsqu'un contrôle effectué par un médecin à la demande de l'employeur, en application de l'article L. 1226-1 du code du travail, conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail ou fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré, ce médecin transmet son rapport au service du contrôle médical de la caisse dans un délai maximum de quarante-huit heures. Le rapport précise si le médecin diligenté par l'employeur a ou non procédé à un examen médical de l'assuré concerné. Au vu de ce rapport, ce service :

« 1° Soit demande à la caisse de suspendre les indemnités journalières. Dans un délai fixé par décret à compter de la réception de l'information de suspension des indemnités journalières, l'assuré peut demander à son organisme de prise en charge de saisir le service du contrôle médical pour examen de sa situation. Le service du contrôle médical se prononce dans un délai fixé par décret ;

« 2° Soit procède à un nouvel examen de la situation de l'assuré. Ce nouvel examen est de droit si le rapport a fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré. »

II. – Le chapitre III du titre II du livre III du même code est complété par un article L. 323-7 ainsi rédigé :

« *Art. L. 323-7.* – Lorsqu'une prescription d'arrêt de travail intervient, dans un délai précisé par décret, à la suite d'une décision de suspension des indemnités journalières, la reprise du service de ces dernières est subordonnée à l'avis du service du contrôle médical rendu dans un délai défini par décret. »

III. – Après le troisième alinéa de l'article L. 613-20 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque la prestation supplémentaire consiste en l'octroi des indemnités journalières prévues au 5<sup>o</sup> de l'article L. 321-1, le bénéficiaire est soumis aux obligations fixées à l'article L. 323-6, sous peine des pénalités prévues à cet article. L'article L. 323-7 lui est également applicable. »

### Article 53 bis

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

Afin d'harmoniser les règles et modalités de contrôle des assurés se trouvant dans l'incapacité physique médicalement constatée de continuer ou de reprendre le travail, le contrôle des arrêts de travail dus à une maladie d'origine non professionnelle des personnes mentionnées à l'article 2 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État est confié, à titre expérimental et par dérogation à l'article 35 de la même loi, aux caisses primaires d'assurance maladie et aux services du contrôle médical placés près d'elles. Cette expérimentation s'applique aux arrêts prescrits pour une durée inférieure à six mois consécutifs et n'ouvrant pas droit au régime des congés de longue maladie ou de longue durée.

I. – L'expérimentation porte à la fois sur le contrôle médical des arrêts de travail, tel que prévu aux I, II, IV bis et V de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, et le contrôle des heures de sortie autorisées, tel que prévu au 3<sup>o</sup> de l'article L. 323-6 du même code.

Toute personne mentionnée à l'article 2 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 précitée est tenue de se soumettre aux contrôles organisés, dans le cadre de l'expérimentation, par le service du contrôle médical et la caisse primaire. La caisse informe l'administration lorsque la personne qui doit faire l'objet du ou des contrôles ne respecte pas cette obligation.

Lorsque le service du contrôle médical estime que la prescription d'un arrêt de travail n'est pas ou n'est plus médicalement justifiée, il en informe l'administration. L'avis rendu par le service du contrôle médical s'impose à l'administration.

Lorsque les agents de la caisse primaire d'assurance maladie constatent l'absence du domicile en dehors des heures de sortie autorisées et le caractère volontaire de l'inobservation de cette obligation, la caisse en informe l'administration.

La liste des administrations, des caisses primaires d'assurance maladie et des services du contrôle médical participant à l'expérimentation est fixée par une convention conclue entre le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de la fonction publique et le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Elle est publiée par décision du directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Cette convention définit également les engagements réciproques des signataires et prévoit les indicateurs de suivi de l'expérimentation. Elle doit être signée dans un délai de trois mois à compter de la publication de la présente loi.

II. – En cas de non respect de l'obligation de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical et la caisse primaire, l'administration peut interrompre le versement de la rémunération.

En cas de non respect des heures de sortie autorisées, non justifié par des soins ou des examens médicaux, l'administration peut retenir une partie de la rémunération, dans la limite de 50 %.

En cas d'absence de justification médicale de l'arrêt de travail, l'administration enjoint le fonctionnaire à reprendre ses fonctions sous peine d'interruption du versement de sa rémunération. Le fonctionnaire doit reprendre ses fonctions sans délai, dès notification de la décision administrative, sauf à saisir le comité médical de l'avis du service du contrôle médical.

III. – Le comité médical compétent peut être saisi par le fonctionnaire de l'avis rendu par le service du contrôle médical.

Les décisions prises par l'administration en application du II peuvent être contestées par les voies de recours gracieux ou hiérarchique et de recours contentieux devant la juridiction administrative compétente.

IV. – L'expérimentation prévue au présent article prend effet à compter de la signature de la convention prévue au dernier alinéa du I, pour une durée de deux ans. Le Gouvernement transmet au Parlement un rapport d'évaluation, au plus tard six mois avant la fin de l'expérimentation.

V. – L'expérimentation prévue au présent article s'applique également aux personnes mentionnées à l'article 2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, par dérogation à l'article 58 de la même loi, dès lors qu'elles relèvent d'une collectivité territoriale volontaire pour y participer et répondant aux critères du nombre de fonctionnaires minimal fixé par la convention cadre nationale, prévue à l'alinéa suivant.

La liste des caisses primaires d'assurance maladie et des services du contrôle médical participant à l'expérimentation est fixée par une convention conclue entre le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé des collectivités territoriales et le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Elle est publiée par décision du directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Cette convention détermine également le nombre minimum de fonctionnaires devant être employés par les collectivités territoriales volontaires pour participer à l'expérimentation. Elle définit enfin les engagements réciproques des signataires et prévoit les indicateurs de suivi de l'expérimentation. Elle doit être signée dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi.

Des conventions locales, signées entre les caisses et collectivités territoriales expérimentatrices, déterminent les modalités pratiques de mise en œuvre de l'expérimentation dans le respect de la convention cadre précitée. Elles doivent être signées dans un délai de trois mois après signature de la convention mentionnée à l'alinéa précédent.

L'expérimentation s'applique dans les mêmes conditions aux personnes mentionnées à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, par dérogation à l'article 42 de la même loi, dès lors qu'elles relèvent d'un établissement public de santé, volontaire pour y participer et répondant aux critères du nombre de fonctionnaires minimal fixé par la convention cadre nationale, prévue à l'alinéa suivant.

La liste des caisses primaires d'assurance maladie et des services du contrôle médical participant à l'expérimentation est fixée par une convention conclue entre le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de la santé et le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Elle est publiée par décision du directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Cette convention détermine également le nombre minimum de fonctionnaires devant être employés par les établissements publics de santé

volontaires pour participer à l'expérimentation. Elle définit enfin les engagements réciproques des signataires et prévoit les indicateurs de suivi de l'expérimentation. Elle doit être signée dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi.

Des conventions locales, signées entre les caisses et établissements publics de santé expérimentateurs, déterminent les modalités pratiques de mise en œuvre de l'expérimentation dans le respect de la convention cadre précitée. Elles doivent être signées dans un délai de trois mois après signature de la convention mentionnée à l'alinéa précédent.

**Article 54 bis**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

I. – La section 3 du chapitre III du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 133-4-6 ainsi rédigé :

« Art. L. 133-4-6. – La prescription est interrompue par une des causes prévues par le code civil. À l'exception des taxes, cotisations et contributions dues ou recouvrées par les organismes chargés du recouvrement, l'interruption de la prescription peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception, quels qu'en aient été les modes de délivrance. »

II. – L'article L. 262-45 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La prescription est interrompue par une des causes prévues par le code civil. L'interruption de la prescription peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception, quels qu'en aient été les modes de délivrance. »

III. – Après le deuxième alinéa de l'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La prescription est interrompue par une des causes prévues par le code civil. L'interruption de la prescription peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception, quels qu'en aient été les modes de délivrance. »

IV. – Les articles L. 553-1, L. 821-5 et L. 835-3 du code de la sécurité sociale, L. 262-45 du code de l'action sociale et des familles et L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation sont complétés par un alinéa ainsi rédigé :

« La prescription est interrompue tant que l'organisme débiteur des prestations familiales se trouve dans l'impossibilité de recouvrer l'indu concerné en raison de la mise en œuvre d'une procédure de recouvrement d'indus relevant des articles L. 553-2, L. 821-5-1 ou L. 835-3 du code de la sécurité sociale, L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles ou L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation. »

V. – 1. Aux articles 7-3 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, 20-9 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte, 12 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte, 20 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, après les mots : « Les articles », est insérée la référence : « L. 133-4-6, ».

2. L'article 40 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 précitée est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'article L. 133-4-6 du code de la sécurité sociale est applicable à l'allocation pour adulte handicapé. »

3. L'article 22 de l'ordonnance n° 2006-1588 du 13 décembre 2006 relative au régime de prévention, de réparation et de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles à Mayotte est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'article L. 133-4-6 du code de la sécurité sociale est applicable à Mayotte. »

**Article 55**

*(Texte du Sénat)*

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

« Art. L. 133-4-5. – L'infraction définie aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail entraîne l'annulation des exonérations et réductions de cotisations et contributions sociales applicables au titre des rémunérations versées aux salariés employés par le donneur d'ordre pour chacun des mois au cours duquel il est constaté par procès-verbal de travail dissimulé, qu'il a participé au délit de travail dissimulé en qualité de complice de son sous-traitant, et ce, dès l'établissement du procès-verbal.

« L'annulation des exonérations et réductions de cotisations et contributions sociales s'applique dans les conditions fixées par l'article L. 133-4-2 du présent code. »

**Annexes**

**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**

①

Hypothèses d'évolution moyenne sur la période 2010-2013

②

(En %)

	2009	2010	2011	2012	2013
Produit intérieur brut en volume .....	-2,25	0,8	2,50	2,50	2,50
Masse salariale privée .....	-2,00	-0,40	5,00	5,00	5,00
Inflation .....	0,40	1,20	1,75	1,75	1,75
Objectif national de dépenses d'assurance maladie (en valeur) .....	3,4	3,0	3,0	3,0	3,0

- ③ Le scénario économique retenu est identique à celui présenté dans le cadre du rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2010. Il tient compte des hypothèses retenues dans le cadre de la programmation pluriannuelle des finances publiques en termes de croissance, avec une évolution du PIB de 2,5 % par an à partir de 2011. Le rebond de croissance à partir de 2011 repose sur l'hypothèse d'un retour de l'environnement international sur un sentier de croissance moyen et un rattrapage partiel des retards de croissance accumulés entre 2008 et 2010. Ce même effet de rattrapage est envisagé pour la masse salariale après deux années consécutives de décroissance.
- ④ À ce stade, en l'absence de schéma de traitement de la dette qui ne peut être décidé dans le contexte économique actuel, les comptes du régime général intègrent les frais financiers qui atteignent 3 milliards d'euros à l'horizon 2013 et sont inclus dans le déficit présenté.
- ⑤ La crise économique éloigne l'horizon de retour à l'équilibre de la sécurité sociale. Cela reste néanmoins un objectif essentiel à la soutenabilité du système de protection sociale. L'action publique doit dès à présent contribuer à renforcer la croissance future par la recherche d'une meilleure compétitivité des entreprises et une maîtrise accrue des dépenses. Malgré les déficits accumulés à fin 2010 qui pénalisent le rétablissement rapide des finances sociales, l'objectif reste bien la réduction régulière des déficits grâce à une maîtrise des dépenses et une préservation de l'assiette des cotisations et contributions sociales.
- ⑥ **Des recettes affectées durablement par la crise économique**
- ⑦ Les recettes de la sécurité sociale sont majoritairement assises sur les revenus d'activité et font l'objet d'une réactivité importante en cas de retournement de la conjoncture économique. 70 % des recettes du régime général sont en effet constituées des cotisations et de la CSG sur les revenus d'activité.
- ⑧ La perte de recettes imputable à la chute de la masse salariale en 2009 et 2010 sera difficile à résorber. Par rapport à une progression moyenne de la masse salariale privée de 4,1 % constatée sur la période 1998-2007, le régime général perd plus de 12 milliards d'euros de recettes en 2009 et 9 milliards supplémentaires en 2010.
- ⑨ Les revenus du capital sont également affectés en 2010 par la crise : moindres versements de dividendes compte tenu de l'effondrement des revenus des sociétés, baisse des plus-values mobilières du fait de la chute des marchés boursiers, modération des revenus fonciers en raison du retournement du marché immobilier...
- ⑩ Compte tenu de l'écart entre charges et produits à fin 2010, une progression des recettes identique à celle des dépenses ne permet pas de stabiliser le solde.
- ⑪ Le retour de la croissance ne doit pas être freiné par une hausse des prélèvements obligatoires qui affecterait la compétitivité des entreprises et le pouvoir d'achat des ménages. En revanche, dans la continuité des mesures prises dans la présente loi de financement de la sécurité sociale et dans les lois de financement antérieures, le Gouvernement poursuivra son action d'évaluation des niches sociales et de suppression de celles qui se révèlent inévitables.
- ⑫ **La nécessité de poursuivre la maîtrise des dépenses**
- ⑬ L'effort de maîtrise des dépenses d'assurance maladie, avec un objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) fixé à 3 % par an, doit se prolonger sur toute la période. C'est une condition indispensable pour infléchir le rythme tendanciel des dépenses et éviter une aggravation des déficits. Respecter cet objectif de 3 % en 2010, 2011, 2012 et 2013 nécessite de réaliser chaque année 2,3 milliards d'euros d'économies nouvelles par rapport à une progression naturelle des dépenses de l'ordre de 4,5 %. Ces efforts doivent permettre de recentrer progressivement l'assurance maladie sur le financement des dépenses les plus utiles médicalement et d'améliorer l'efficacité du système de soins.
- ⑭ En matière de retraites, les dépenses tendanciennes sont dynamiques compte tenu de l'arrivée à la retraite des classes nombreuses du *baby-boom* et de l'allongement de l'espérance de vie. Le contexte économique qui pèse sur les recettes des régimes d'assurance vieillesse rend d'autant plus nécessaire la maîtrise des dépenses pour assurer la pérennité du système de retraites et maintenir l'équité et la solidarité entre les générations. Le rendez-vous 2010 est essentiel, car il doit permettre de restaurer l'équilibre de la branche tant à court terme qu'à moyen et long termes. Conformément à la demande du Président de la République exprimée devant le Congrès le 22 juin 2009, tous les thèmes devront être abordés : l'âge, la durée de cotisations, la pénibilité, le niveau des cotisations, la transition entre vie active et retraite, la mobilité entre les régimes... Le Conseil d'orientation des retraites doit également, à la demande du Parlement, remettre un rapport début 2010 sur les pistes d'une évolution globale du système de retraite français, en examinant les modalités techniques de passage à un régime par points ou de « comptes notionnels ».
- ⑮ En matière d'assurance vieillesse, la réflexion sur la réallocation de certaines dépenses et recettes au sein du système de protection sociale doit se poursuivre. La possibilité de diminuer les cotisations d'assurance chômage et d'augmenter à due concurrence les cotisations vieillesse voit son horizon repoussé compte tenu de la dégradation de la situation financière du régime d'assurance chômage sous l'effet de la crise économique. En revanche, au sein de la sécurité sociale, certaines réallocations de charges gardent toute leur raison d'être. Ainsi, dans la logique de prise en charge des avantages non contributifs par le Fonds de solidarité vieillesse, la présente loi de financement de la sécurité sociale prévoit que le FSV finance les validations gratuites de trimestres accordées au titre des périodes d'arrêt maladie, maternité, ou d'invalidité, qui sont aujourd'hui prises en charge par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV). Cette opération sera conduite en deux temps, pour environ 600 millions d'euros en 2010 et autant en 2011. Elle sera neutre financièrement pour le FSV. Celui-ci profite en effet du transfert progressif sur trois ans de l'intégralité du financement des majorations de pensions pour enfants à la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF), voté en loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.
- ⑯ La branche Famille devra contribuer au redressement des finances sociales. Les perspectives relativement modérées d'inflation faciliteront cet effort de maîtrise malgré une dynamique démographique susceptible d'accroître tendanciellement les dépenses notamment sur la petite enfance. La priorité donnée au développement des modes de garde pour les enfants de moins de trois ans doit inciter à faire des choix afin de rétablir l'équilibre structurel de la branche.

17

## Régime général

18

*(En milliards d'euros)*

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Maladie</b>							
Recettes .....	135,4	140,7	139,3	141,2	147,4	154,1	160,6
Dépenses .....	140,0	145,2	150,8	155,7	160,9	166,3	171,9
<b>Solde</b> .....	<b>-4,6</b>	<b>-4,4</b>	<b>-11,5</b>	<b>-14,5</b>	<b>-13,5</b>	<b>-12,2</b>	<b>-11,3</b>
<b>Accidents du travail/Maladies professionnelles</b>							
Recettes .....	10,2	10,8	10,5	10,6	11,2	11,7	12,2
Dépenses .....	10,7	10,5	11,2	11,4	11,7	11,9	12,2
<b>Solde</b> .....	<b>-0,5</b>	<b>0,2</b>	<b>-0,6</b>	<b>-0,8</b>	<b>-0,5</b>	<b>-0,2</b>	<b>0,0</b>
<b>Famille</b>							
Recettes .....	54,9	57,2	56,1	49,6	51,8	54,0	56,3
Dépenses .....	54,8	57,5	59,2	54,1	56,1	57,8	59,4
<b>Solde</b> .....	<b>0,2</b>	<b>-0,3</b>	<b>-3,1</b>	<b>-4,4</b>	<b>-4,3</b>	<b>-3,8</b>	<b>-3,2</b>
<b>Vieillesse</b>							
Recettes .....	85,8	89,5	90,7	92,1	96,4	100,2	104,2
Dépenses .....	90,4	95,1	98,9	102,9	108,0	113,2	118,7
<b>Solde</b> .....	<b>-4,6</b>	<b>-5,6</b>	<b>-8,2</b>	<b>-10,7</b>	<b>-11,6</b>	<b>-13,0</b>	<b>-14,5</b>
<b>Toutes branches consolidé</b>							
Recettes .....	281,6	293,1	291,2	288,1	301,1	314,4	327,5
Dépenses .....	291,1	303,3	314,6	318,5	331,1	343,6	356,4
<b>Solde</b> .....	<b>-9,5</b>	<b>-10,2</b>	<b>-23,4</b>	<b>-30,5</b>	<b>-29,9</b>	<b>-29,2</b>	<b>-28,9</b>

19

## Ensemble des régimes obligatoires de base

20

*(En milliards d'euros)*

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Maladie</b>							
Recettes .....	157,4	164,0	162,3	164,6	171,4	178,8	186,0
Dépenses .....	162,4	168,1	173,8	179,1	184,9	191,0	197,3
<b>Solde</b> .....	<b>-5,0</b>	<b>-4,1</b>	<b>-11,5</b>	<b>-14,5</b>	<b>-13,5</b>	<b>-12,2</b>	<b>-11,3</b>
<b>Accidents du travail/Maladies professionnelles</b>							
Recettes .....	11,7	12,3	12,1	12,1	12,7	13,2	13,8
Dépenses .....	12,1	12,1	12,6	12,9	13,1	13,4	13,6
<b>Solde</b> .....	<b>-0,4</b>	<b>0,2</b>	<b>-0,5</b>	<b>-0,7</b>	<b>-0,4</b>	<b>-0,1</b>	<b>0,2</b>
<b>Famille</b>							
Recettes .....	55,4	57,7	56,6	50,1	52,3	54,5	56,8
Dépenses .....	55,2	58,0	59,7	54,5	56,6	58,2	59,9
<b>Solde</b> .....	<b>0,2</b>	<b>-0,3</b>	<b>-3,1</b>	<b>-4,4</b>	<b>-4,3</b>	<b>-3,7</b>	<b>-3,1</b>
<b>Vieillesse</b>							
Recettes .....	169,1	175,3	178,4	182,4	189,2	195,9	202,9
Dépenses .....	173,0	180,9	187,9	195,0	202,6	210,7	219,0
<b>Solde</b> .....	<b>-3,9</b>	<b>-5,6</b>	<b>-9,5</b>	<b>-12,6</b>	<b>-13,4</b>	<b>-14,8</b>	<b>-16,1</b>
<b>Toutes branches consolidé</b>							
Recettes .....	388,7	404,2	403,8	403,7	419,8	436,6	453,5
Dépenses .....	397,9	414,0	428,4	435,9	451,4	467,5	483,8
<b>Solde</b> .....	<b>-9,1</b>	<b>-9,7</b>	<b>-24,6</b>	<b>-32,2</b>	<b>-31,6</b>	<b>-30,8</b>	<b>-30,4</b>

21

## Fonds de solidarité vieillesse

22

*(En milliards d'euros)*

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Recettes .....	14,4	15,4	12,9	12,9	14,2	14,7	15,3
Dépenses .....	14,3	14,5	16,0	17,4	18,2	18,4	18,5
<b>Solde</b> .....	<b>0,2</b>	<b>0,8</b>	<b>-3,0</b>	<b>-4,5</b>	<b>-4,0</b>	<b>-3,7</b>	<b>-3,1</b>

23 Fonds de financement des prestations sociales  
des non-salariés agricoles

\*  
\* \*

24 (En milliards d'euros)

	2008
Recettes .....	22,1
Dépenses .....	16,8
<b>Solde .....</b>	<b>5,3</b>

**ANNEXE C**

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

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

② Exercice 2008

③ (En milliards d'euros)

	MALADIE	VIEILLESSE	FAMILLE	ACCIDENTS DU TRAVAIL/ Maladies professionnelles	TOTAL par catégorie
Cotisations effectives .....	73,9	94,7	32,4	8,9	209,8
Cotisations fictives .....	1,0	36,5	0,1	0,3	38,0
Cotisations prises en charge par l'État .....	1,9	1,7	0,8	0,0	4,5
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale .....	1,4	0,0	0,3	0,0	1,7
Autres contributions publiques .....	0,4	6,2	6,8	0,1	13,5
Impôts et taxes affectés .....	79,3	14,3	16,5	2,2	112,2
<i>Dont contribution sociale généralisée .....</i>	<i>59,4</i>	<i>0,0</i>	<i>12,2</i>	<i>0,0</i>	<i>71,5</i>
Transferts reçus .....	1,5	19,5	0,0	0,1	16,0
Revenus des capitaux .....	0,1	0,3	0,1	0,0	0,5
Autres ressources .....	2,5	0,8	0,4	0,7	4,3
<b>Total par branche .....</b>	<b>164,0</b>	<b>175,3</b>	<b>57,7</b>	<b>12,3</b>	<b>404,2</b>

④ Exercice 2009 (prévisions)

⑤ (En milliards d'euros)

	MALADIE	VIEILLESSE	FAMILLE	ACCIDENTS DU TRAVAIL/ maladies professionnelles	TOTAL par catégorie
Cotisations effectives .....	73,4	94,5	31,9	8,7	208,5
Cotisations fictives .....	1,0	38,4	0,1	0,3	39,9
Cotisations prises en charge par l'État .....	1,7	1,4	0,7	0,0	3,8
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale .....	1,2	0,0	0,4	0,0	1,5
Autres contributions publiques .....	0,4	6,3	6,7	0,1	13,6
Impôts et taxes affectés .....	79,8	15,5	16,1	2,1	113,6
<i>Dont contribution sociale généralisée .....</i>	<i>57,8</i>	<i>0,0</i>	<i>11,9</i>	<i>0,0</i>	<i>69,7</i>
Transferts reçus .....	2,1	21,0	0,0	0,1	17,6
Revenus des capitaux .....	0,0	0,3	0,0	0,0	0,3
Autres ressources .....	2,7	0,9	0,7	0,7	5,0
<b>Total par branche .....</b>	<b>162,3</b>	<b>178,4</b>	<b>56,6</b>	<b>12,1</b>	<b>403,8</b>

⑥ Exercice 2010 (prévisions)

⑦ (En milliards d'euros)

	MALADIE	VIEILLESSE	FAMILLE	ACCIDENTS DU TRAVAIL/ maladies professionnelles	TOTAL par catégorie
Cotisations effectives .....	73,9	95,5	31,9	8,8	210,1
Cotisations fictives .....	1,1	39,9	0,1	0,4	41,5
Cotisations prises en charge par l'État .....	1,7	1,4	0,7	0,0	3,8
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale .....	1,3	0,0	0,4	0,0	1,7
Autres contributions publiques .....	0,4	6,5	0,0	0,1	7,0
Impôts et taxes affectés .....	81,4	15,4	16,3	2,2	115,3
<i>Dont contribution sociale généralisée .....</i>	<i>58,2</i>	<i>0,0</i>	<i>12,0</i>	<i>0,0</i>	<i>70,2</i>
Transferts reçus .....	2,0	22,6	0,0	0,1	19,0
Revenus des capitaux .....	0,0	0,2	0,0	0,0	0,3
Autres ressources .....	2,8	0,8	0,7	0,6	4,9
<b>Total par branche .....</b>	<b>164,6</b>	<b>182,4</b>	<b>50,1</b>	<b>12,1</b>	<b>403,7</b>

⑧ Les montants figurant en total par branche et par catégorie peuvent être différents de l'agrégation des montants détaillés du fait des opérations réciproques (notamment transferts).

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

⑩

Exercice 2008

⑪

(En milliards d'euros)

	MALADIE	VIEILLESSE	FAMILLE	ACCIDENTS DU TRAVAIL/ maladies professionnelles	TOTAL par catégorie
Cotisations effectives .....	66,0	60,7	32,0	8,2	167,0
Cotisations fictives .....	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'État .....	1,8	1,4	0,8	0,0	4,0
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale .....	1,4	0,0	0,3	0,0	1,7
Autres contributions publiques .....	0,4	0,0	6,8	0,0	7,2
Impôts et taxes affectés .....	66,8	9,6	16,4	2,0	94,8
<i>Dont contribution sociale généralisée .....</i>	<i>52,2</i>	<i>0,0</i>	<i>12,2</i>	<i>0,0</i>	<i>64,4</i>
Transferts reçus .....	1,7	17,4	0,0	0,0	14,1
Revenus des capitaux .....	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Autres ressources .....	2,3	0,2	0,4	0,5	3,3
<b>Total par branche .....</b>	<b>140,7</b>	<b>89,5</b>	<b>57,2</b>	<b>10,8</b>	<b>293,1</b>

⑫

Exercice 2009 (prévisions)

⑬

(En milliards d'euros)

	MALADIE	VIEILLESSE	FAMILLE	ACCIDENTS DU TRAVAIL/ maladies professionnelles	TOTAL par catégorie
Cotisations effectives .....	65,4	60,4	31,6	8,0	165,4
Cotisations fictives .....	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'État .....	1,5	1,2	0,6	0,0	3,4
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale .....	1,2	0,0	0,4	0,0	1,5
Autres contributions publiques .....	0,4	0,0	6,7	0,0	7,1
Impôts et taxes affectés .....	66,0	9,9	16,0	2,0	93,9
<i>Dont contribution sociale généralisée .....</i>	<i>50,3</i>	<i>0,0</i>	<i>11,9</i>	<i>0,0</i>	<i>62,2</i>
Transferts reçus .....	2,4	19,0	0,0	0,0	16,0
Revenus des capitaux .....	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres ressources .....	2,5	0,2	0,6	0,5	3,8
<b>Total par branche .....</b>	<b>139,3</b>	<b>90,7</b>	<b>56,1</b>	<b>10,5</b>	<b>291,2</b>

⑭

Exercice 2010 (prévisions)

⑮

(En milliards d'euros)

	MALADIE	VIEILLESSE	FAMILLE	ACCIDENTS DU TRAVAIL/ maladies professionnelles	TOTAL par catégorie
Cotisations effectives .....	65,9	60,4	31,7	8,1	166,0
Cotisations fictives .....	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'État .....	1,5	1,2	0,7	0,0	3,4
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale .....	1,3	0,0	0,4	0,0	1,7
Autres contributions publiques .....	0,4	0,0	0,0	0,0	0,4
Impôts et taxes affectés .....	67,1	9,6	16,3	2,1	95,0
<i>Dont contribution sociale généralisée .....</i>	<i>50,4</i>	<i>0,0</i>	<i>12,0</i>	<i>0,0</i>	<i>62,4</i>
Transferts reçus .....	2,5	20,6	0,0	0,0	17,7
Revenus des capitaux .....	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres ressources .....	2,6	0,2	0,6	0,5	3,9
<b>Total par branche .....</b>	<b>141,2</b>	<b>92,1</b>	<b>49,6</b>	<b>10,6</b>	<b>288,1</b>

⑯ 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).

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

**18** Exercice 2008  
**19** (En milliards d'euros)

	FONDS de solidarité vieillesse	FONDS de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles
Cotisations effectives .....	0,0	1,7
Cotisations fictives .....	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'État .....	0,0	0,0
Autres contributions publiques .....	0,0	0,0
Impôts et taxes affectés .....	13,0	6,5
<i>Dont contribution sociale généralisée .....</i>	11,6	1,0
Transferts reçus .....	2,4	5,6
Revenus des capitaux .....	0,0	0,0
Autres ressources .....	0,0	8,2
<b>Total par organisme .....</b>	<b>15,4</b>	<b>22,1</b>

**20** Exercice 2009 (prévisions)  
**21** (En milliards d'euros)

	FONDS de solidarité vieillesse
Cotisations effectives .....	0,0
Cotisations fictives .....	0,0
Cotisations prises en charge par l'État .....	0,0

	FONDS de solidarité vieillesse
Autres contributions publiques .....	0,0
Impôts et taxes affectés .....	10,0
<i>Dont contribution sociale généralisée .....</i>	9,1
Transferts reçus .....	2,9
Revenus des capitaux .....	0,0
Autres ressources .....	0,0
<b>Total par organisme .....</b>	<b>12,9</b>

**22** Exercice 2010 (prévisions)  
**23** (En milliards d'euros)

	FONDS de solidarité vieillesse
Cotisations effectives .....	0,0
Cotisations fictives .....	0,0
Cotisations prises en charge par l'État .....	0,0
Autres contributions publiques .....	0,0
Impôts et taxes affectés .....	9,3
<i>Dont contribution sociale généralisée .....</i>	9,2
Transferts reçus .....	3,6
Revenus des capitaux .....	0,0
Autres ressources .....	0,0
<b>Total par organisme .....</b>	<b>12,9</b>

\*  
\* \*

**Amendement n° 1** présenté par le Gouvernement à l'article 4.

I. – Rédiger ainsi le tableau de l'alinéa 3 :

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de recettes	OBJECTIFS de dépenses	SOLDE
Maladie .....	162,3	173,8	-11,5
Vieillesse .....	178,4	187,9	-9,5
Famille .....	56,6	59,7	-3,1
Accidents du travail et maladies professionnelles .....	12,1	12,6	-0,5
Toutes branches (hors transferts entre branches) .....	403,8	428,4	-24,6

II. – Rédiger ainsi le tableau de l'alinéa 5 :

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de recettes	OBJECTIFS de dépenses	SOLDE
Maladie .....	139,3	150,8	-11,5
Vieillesse .....	90,7	98,9	-8,2
Famille .....	56,1	59,2	-3,1
Accidents du travail et maladies professionnelles .....	10,5	11,2	-0,6
Toutes branches (hors transferts entre branches) .....	291,2	314,6	-23,4

**Amendement n° 2** présenté par le Gouvernement à l'article 7.

Rédiger ainsi le tableau de l'alinéa 2 :

(En milliards d'euros)

	OBJECTIFS de dépenses
Maladie .....	173,8
Vieillesse .....	187,9

	OBJECTIFS de dépenses
Famille .....	59,7
Accidents du travail et maladies professionnelles ....	12,6
Toutes branches (hors transferts entre branches) .....	428,4

**Amendement n° 3** présenté par le Gouvernement à l'article 28.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

« En 2010, le surcoût induit par les dépenses exceptionnelles liées à la pandémie grippale n'est pas pris en compte par le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie pour l'évaluation, en application de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, d'un risque de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. »

**Amendement n° 4** présenté par le Gouvernement à l'article 30 *quater*.

Rédiger ainsi l'alinéa 2 :

« Art. L. 1142-21-1. – Lorsqu'un médecin régi, au moment des faits, par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ou le règlement arbitral mentionné à l'article L. 162-14-2 du même code et exerçant, dans un établissement de santé, une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie réanimation, est condamné par une juridiction à réparer les dommages subis par la victime à l'occasion d'un acte lié à la naissance, que la couverture d'assurance prévue à l'article L. 1142-2 est épuisée, et que la victime ne peut obtenir l'exécution intégrale de la décision de justice auprès du professionnel concerné, cette victime peut saisir l'office national d'indemnisation des accidents médicaux institué à l'article L. 1142-22 en vue d'obtenir le règlement de la part d'indemnisation non versée par le professionnel au-delà des indemnités prises en charge par l'assureur dans le cadre des contrats souscrits en application de l'arti-

cle L. 1142-2. Le professionnel doit alors à l'office national d'indemnisation des accidents médicaux remboursement de la créance correspondante, sauf dans le cas où le délai de validité de la couverture d'assurance garantie par les dispositions du cinquième alinéa de l'article L. 251-2 du code des assurances est expiré ou que le juge compétent a constaté l'incompatibilité du règlement de la créance avec la solvabilité du professionnel. »

**Amendement n° 5** présenté par le Gouvernement à l'article 32 *bis* A.

Supprimer cet article.

**Amendement n° 6** présenté par le Gouvernement à l'article 38.

I. – Aux alinéas 3 et 14, substituer au mot : « trois », le mot : « quatre ».

II. – À la première phrase de l'alinéa 5, à l'alinéa 8 et à la deuxième phrase de l'alinéa 11, substituer au mot : « troisième », le mot : « quatrième ».

III. – À l'alinéa 16, rétablir le *V bis* dans la rédaction suivante :

« *V bis*. – L'assuré ne peut bénéficier, au titre de la majoration prévue au II, d'un nombre de trimestres supérieur au nombre d'années durant lesquelles il a résidé avec l'enfant au cours de la période mentionnée au premier alinéa du même II. ».