

N° 2092

N° 99

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
TREIZIÈME LÉGISLATURE

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2009-2010

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale
le 19 novembre 2009

Annexe au procès-verbal de la séance du 18 novembre 2009

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE ⁽¹⁾ CHARGÉE DE PROPOSER UN TEXTE SUR LES DISPOSITIONS RESTANT EN DISCUSSION DU PROJET DE LOI *de financement de la sécurité sociale pour 2010*,

PAR M. YVES BUR

Rapporteur,
Député.

PAR M. ALAIN VASSELLE

Rapporteur,
Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : M. Pierre Méhaignerie, député, président ; Mme Muguette Dini, sénatrice, vice-présidente ; M. Yves Bur, député, M. Alain Vassel, sénateur, rapporteurs ;

Membres titulaires : Mme Marie-Françoise Clergeau, M. Jean-Pierre Door, MM. Michel Issindou, Denis Jacquat, Mme Catherine Lemorton, députés, M. Bernard Cazeau, Mme Christiane Demontès, M. Gérard Dériot, MM. Guy Fischer, Dominique Leclerc, sénateurs ;

Membres suppléants : Mme Catherine Génisson, MM. Maxime Gremetz, Guy Lefrand, Jean Mallot, Mme Marie-Anne Montchamp, M. Jean-Luc Prével, Mme Isabelle Vasseur, députés ; MM. François Autain, Yves Daudigny, Mme Sylvie Desmarescaux, MM. Jean-Jacques Jégou, André Lardeux, Mme Raymonde Le Texier, M. Alain Milon, sénateurs.

Voir les numéros :

**Assemblée nationale (13^{ème} législ.) : Première lecture : 1976, 1994, 1995, et T.A. 358
2071**

Sénat : 82, 90, 91 et T.A. 18 (2009-2010)

SOMMAIRE

TRAVAUX DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE	5
TEXTE ÉLABORÉ PAR LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE	49
TABLEAU COMPARATIF	109

TRAVAUX DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE

Mesdames, Messieurs,

Conformément au deuxième alinéa de l'article 45 de la Constitution et à la demande de M. le Premier ministre, une commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 s'est réunie le mercredi 18 novembre 2009 à l'Assemblée nationale.

La commission a d'abord procédé à la nomination de son bureau, qui a ainsi été constitué :

- M. Pierre Méhaignerie, député, président ;
- Mme Muguette Dini, sénatrice, vice-présidente.

La commission a ensuite désigné :

- M. Yves Bur, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale ;
- M. Alain Vasselle, sénateur, rapporteur pour le Sénat.

*

* *

La commission mixte paritaire a ensuite procédé à l'examen du texte.

En guise de préambule, **le président Pierre Méhaignerie, député**, a rappelé qu'il restait cinquante six articles en discussion, soit plus que le nombre d'articles du projet de loi initial, ce qui témoigne de l'importance des ajouts des deux assemblées.

Cependant, ces deux lectures ont aussi soulevé des points de divergence, sur lesquels nos deux rapporteurs devront trouver une voie d'entente. Si certains sujets délicats le nécessitent, je proposerai une interruption de séance, afin de faciliter nos débats. La question des regroupements d'assistants maternels soulève notamment un certain nombre de difficultés, auxquelles j'ai été sensibilisé par nos collègues Jean Arthuis et Alain Lambert. Je ne doute pas que nous trouverons la synthèse de nos positions respectives.

Mme Muguette Dini, sénatrice, vice-présidente, a souligné que le projet de loi de financement de la sécurité sociale, bien que d'un format relativement réduit cette année, a suscité au Sénat de longs débats, souvent passionnés et toujours passionnants. Alors que ce texte est présenté comme un projet « d'attente », dans l'espoir d'une sortie de crise prochaine, ces discussions montrent que, dans les deux assemblées, les parlementaires de toutes les tendances politiques s'impliquent sans cesse davantage dans un débat qui, par nature, intéresse et concerne tous nos concitoyens. Il est donc souhaitable de parvenir à un texte commun, respectant le travail des uns et des autres.

Le président Pierre Méhaignerie, député, a rappelé l'importance des déficits de nos comptes sociaux. Si j'ai pris en compte que la quasi-totalité des pays européens, à l'exception de l'Espagne, a fait le choix de l'attente afin de ne pas compromettre la sortie de crise, il est clair qu'il faudra travailler en profondeur pour le prochain projet de loi de financement. Je souhaite que nous puissions travailler ensemble dans ce sens.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a rappelé que le projet de loi initial de financement de la sécurité sociale comprenait cinquante-quatre articles, auxquels se sont ajoutés vingt-neuf articles additionnels introduits par l'Assemblée nationale.

Le Sénat en a modifié vingt-huit, supprimé cinq et a introduit vingt-trois nouveaux articles. Ce sont donc aujourd'hui cinquante-six articles qui doivent faire l'objet d'un examen en commission mixte paritaire.

Après examen par le Sénat, le projet de loi compte ainsi cent un articles, qui, pour près de la moitié, sont l'expression du droit d'amendement des parlementaires.

Les travaux du Sénat ont conduit au vote conforme de la première partie du texte, relative à l'exercice 2008.

Pour la deuxième partie, consacrée à l'exercice 2009, il a réduit, à l'article 6, la dotation de la Caisse nationale d'assurance maladie à l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS), afin de tenir compte, d'une part, du changement de taux de TVA pour l'acquisition des vaccins contre la grippe A, d'autre part, du financement par l'État de la mise à disposition de l'Organisation mondiale de la santé de 9 millions de doses de vaccins.

Pour l'année 2010, objet des troisième et quatrième parties, la priorité, pour le Sénat, était de faire un premier pas, dès cette année, sur la question du traitement des déficits sociaux. Nous avons donc proposé une augmentation de la CRDS de 0,15 %, ce qui correspond à une reprise de dette par la CADES

d'environ 20 milliards d'euros, permettant de réduire le plafond d'emprunt de l'ACOSS de 65 à 45 milliards d'euros.

Pour toutes les raisons que l'on connaît, le Gouvernement n'a pas souhaité l'adoption de ce dispositif. Il s'est néanmoins engagé formellement à ce que la question soit réglée dans le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale. Pour ce faire, une commission de la dette sociale, composée de cinq députés et de cinq sénateurs, décidera avant l'été, sur la base d'un rapport gouvernemental présentant les différentes options possibles, sans aucune exclusive, des moyens d'amortir la dette accumulée à la fin 2010.

Ce n'est évidemment pas pleinement satisfaisant, mais il s'agit tout de même de vrais gages dont le Sénat a pris acte.

Sur la troisième partie, relative aux recettes et à l'équilibre pour 2010, cinq autres sujets méritent d'être signalés.

Le Sénat a supprimé la fixation du taux K à 1 % pour 2011 prévue l'année dernière. À la réflexion, il a semblé préférable que ce taux, qui est un instrument de régulation, puisse être adapté chaque année en fonction du contexte économique.

À l'article 12, nous avons adopté un amendement du Gouvernement augmentant la fraction de la taxe sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux affectée à la Haute Autorité de santé, afin de maintenir les ressources de celles-ci.

Sur les retraites chapeau, le Sénat a souhaité aller un peu plus loin que l'Assemblée nationale, en instituant un plafonnement pour l'exonération de charges sociales dont bénéficie ce dispositif.

À l'initiative de Nicolas About, il a décidé de soumettre à une contribution sociale les gains résultant des appels téléphoniques surtaxés sollicités dans le cadre des jeux télévisés.

Sur le droit à l'image collective des sportifs, il a simplement reporté au 30 juin 2010 l'extinction du dispositif d'exonération, afin de respecter le calendrier des clubs sportifs et des championnats.

Sur la quatrième partie relative aux dépenses pour l'année 2010 et, pour commencer, sur l'assurance maladie, le Sénat a adopté plusieurs modifications importantes, reflétant notamment son souci de préserver l'assurance maladie de la charge financière de la pandémie grippale H1N1. Nous avons donc refusé qu'elle supporte le coût des réquisitions de personnel vaccinant et que les effets de cette maladie soient neutralisés dans le déclenchement de la procédure d'alerte en cas de dépassement de l'ONDAM.

Le Sénat a complété l'article 29 pour donner une base législative à l'adaptation, selon les recommandations de la Haute Autorité de santé, du dispositif réglementaire largement obsolète relatif aux affections de longue durée (ALD).

Sur l'article 29 *bis*, il a partagé le souhait de l'Assemblée nationale de permettre que les génériques puissent avoir un aspect similaire aux médicaments princeps, ce qui répond à un véritable intérêt de santé publique et facilitera aussi la pénétration des génériques. Nous avons cependant retenu une rédaction qui circonscrit plus précisément l'exception aux droits de propriété intellectuelle.

Le Sénat n'a pas retenu, en revanche, les dispositions introduites à l'article 29 *quinquies* pour permettre la mise sous accord préalable des praticiens ne prescrivant pas suffisamment de génériques. Nous sommes très conscients de la nécessité de réduire les prescriptions hors répertoire dont l'importance représente une fâcheuse « exception française », mais nous avons aussi été sensibles aux difficultés d'application de ce dispositif. En outre la mise sous accord préalable permet de lutter contre les prescriptions « hors normes ». Mais en France, malheureusement, la norme est plutôt l'insuffisance de la prescription de génériques.

À l'article 29 *septies*, nous avons repris des dispositions adoptées dans le cadre de la loi du 21 juillet 2009 dite « HPST » mais invalidées par le Conseil constitutionnel, autorisant l'expérimentation d'une consultation annuelle de prévention pour les jeunes de seize à vingt-cinq ans ;

À l'article 30 *quater*, nous avons prévu la substitution de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) au gynécologue obstétricien condamné à réparer un dommage, lorsque le délai de validité de sa couverture d'assurance est expiré. Le Sénat a également obtenu l'engagement du Gouvernement de relever les montants minimums des garanties souscrites par les professionnels libéraux.

Il a par ailleurs souhaité faire aboutir dès 2014 le processus de convergence tarifaire entre hôpitaux publics et cliniques privées, dont le Gouvernement voulait repousser l'échéance de 2012 à 2018.

À l'article 34, relatif à la contribution des régimes d'assurance maladie au financement des agences régionales de santé (ARS), nous avons jugé juridiquement fragiles et par ailleurs peu souhaitables les dispositions du projet de loi initial, prévoyant que l'assurance maladie financerait un fonds de concours consacré aux dépenses d'installation des ARS et nous les avons donc supprimées. Nous avons surtout jugé indispensable de chiffrer et de plafonner la contribution qu'apporteront en 2010 les régimes d'assurance maladie au financement des

agences, plafond qui a été substantiellement relevé à la demande du Gouvernement.

Sur la partie médico-sociale, le Sénat a, à l'unanimité, décidé que l'augmentation du forfait hospitalier ne pourra avoir pour effet de limiter les ressources des personnes handicapées hébergées en maisons d'accueil spécialisées au-delà du reste à vivre.

Nous avons également étendu le champ du contrôle de la Cour des comptes aux établissements de santé privés et aux organismes médico-sociaux, en raison des moyens publics importants dont ils bénéficient.

Sur la branche vieillesse, le Sénat a modifié le texte dans deux directions :

- il a complété le nouveau régime de la majoration de cotisation d'assurance des mères de famille par un certain nombre de précisions techniques ;

- il a décidé d'interdire le cumul de la majoration de durée d'assurance pour interruption d'activité, dont bénéficient les fonctionnaires, avec l'assurance vieillesse des parents au foyer.

Sur la branche famille, le Sénat a souhaité, d'une part, sécuriser, grâce à la délégation d'accueil, les regroupements d'assistantes maternelles déjà prévus par la loi mais rendus inopérants par des mesures d'application inappropriées, d'autre part, faciliter l'accès à la profession et renforcer la formation des assistantes maternelles.

Enfin, en matière de gestion interne des régimes, d'organisation des contrôles et de lutte contre la fraude, le Sénat a, outre quelques ajustements, décidé de mettre en place, à titre expérimental, le contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires par l'assurance maladie.

Au total, l'ensemble des modifications apportées par le Sénat ne semble pas de nature à nous empêcher de trouver, sans trop de difficultés, une rédaction commune sur ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a déclaré avoir bon espoir que cette discussion aboutira sans difficulté à un accord entre les deux chambres.

Tout d'abord, en termes purement quantitatifs, les articles restant en discussion sont beaucoup moins nombreux que l'année dernière. En outre, sur bon nombre de ces articles, je suis convaincu que la commission mixte paritaire sera disposée à adopter le texte du Sénat.

Je me contenterai donc d'indiquer les quelques articles sur lesquels des choix devront être opérés.

En ce qui concerne les dispositions relatives aux recettes, pour l'article 14 relatif aux retraites chapeau, nous vous proposerons, avec Alain Vasselle, un amendement réécrivant la disposition adoptée par le Sénat afin de la rendre plus facilement applicable.

Par ailleurs, nous vous proposerons une rédaction plus précise relative à l'assiette et aux modalités de recouvrement de la contribution sur les appels et messages surtaxés dans le cadre des jeux télévisés prévue à l'article 17 *bis* A.

Pour ce qui est de la branche maladie, je souhaite que soit rétabli l'article 28, qui a pour double objet de neutraliser les dépenses de soins de ville induites par la pandémie grippale dans l'évaluation par le comité d'alerte du risque de dépassement de l'ONDAM pour 2010, car ces dépenses sont à la fois exceptionnelles et inévitables.

Il me semble aussi préférable de revenir au texte de l'Assemblée pour l'article 29, qui institue un dispositif d'exonération post-ALD. En effet, si le texte du Sénat est plus lisible que celui de l'Assemblée, il est moins précis dans la définition des actes et examens qui pourraient être pris en charge à 100 %.

S'agissant de l'article 29 *quater*, le Sénat a souhaité renforcer la place du médecin traitant dans le traitement des pathologies détectées par les sages-femmes. Ainsi, cette mesure rouvre, sans que cela soit nécessaire, le débat sur l'accès direct au gynécologue, qui a été tranché il y a plusieurs années dans un sens qui me paraît équilibré. Je souhaite donc la suppression de cet article.

Je vous proposerai également de supprimer l'article 30 *ter*, qui ouvre aux orthoprothésistes, podo-orthésistes et aux orthopédistes-orthésistes le droit de renouveler et d'adapter des prescriptions d'orthèses plantaires. J'estime qu'avant d'adopter une telle mesure, il faut évaluer celle qui a reconnu des compétences similaires aux pédicures-podologues. Cette dernière a-t-elle permis d'atteindre les buts recherchés, en matière d'économies comme en matière d'accès aux soins et de qualité de la prise en charge ? Ce n'est pas encore établi.

Enfin, je crois que la CMP pourra utilement poursuivre les travaux entrepris par le Sénat sur la question de la responsabilité civile professionnelle des gynécologues et obstétriciens, et aboutir à une rédaction de l'article 30 *quater* qui permette de régler ce problème, dont nous sommes régulièrement saisis.

A l'article 32, je proposerai de remplacer la date d'achèvement du processus de convergence intersectorielle retenue par le Sénat – à savoir 2014 – par la date de 2018. En effet, l'échéance de 2018 permet, d'une part, de mener à

bien les études indispensables pour identifier et expliquer la totalité des écarts de coûts entre les deux secteurs et, d'autre part, de rendre supportables sur le plan financier, organisationnel et social – en particulier au niveau local – les efforts liés à la convergence tarifaire.

Je souhaite également la suppression de l'article 32 *bis* A, qui vise à instaurer un coefficient correcteur en faveur de certains établissements pour tenir compte des écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale. De tels écarts de coûts nécessitent, en effet, encore d'être objectivés par une étude sur le coût du travail qui sera disponible à la fin de 2009 et une étude sur la fiscalité, dont les résultats devraient être connus avant la fin 2012. Par ailleurs, ces coefficients comportent le risque d'accroître la complexité du dispositif de convergence en le rendant moins lisible.

Je proposerai une réécriture globale de l'article 32 *bis* B qui, tout en autorisant la Cour des comptes à examiner l'usage par les établissements privés des fonds de l'assurance maladie ne comporte pas de risque de confusion avec une revendication d'un contrôle des comptes des établissements privés, lesquels sont déjà certifiés par des commissaires aux comptes, mais se rattache plus directement à une démarche d'évaluation au profit du Parlement.

Il me paraît également utile de rétablir l'article 32 *bis* dans une rédaction proche de celle de l'Assemblée nationale, car s'il est parfaitement légitime de permettre aux établissements de santé de faire figurer sur leurs sites informatiques des informations sur les tarifs et honoraires des professionnels de santé qui y exercent de manière à assurer une meilleure information des patients, il m'apparaît qu'il doit être possible pour le site de l'établissement de faire figurer les tarifs des professionnels, sans avoir besoin qu'ils soient transmis par les gestionnaires des régimes obligatoires de base d'assurance maladie. La rédaction que je propose n'empêche toutefois pas la possibilité de conclure une convention entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les organisations représentatives des établissements de santé pour préciser les conditions dans lesquelles les régimes pourront fournir leurs informations aux établissements, comme le souhaite le Sénat.

En ce qui concerne le secteur médico-social, deux articles peuvent soulever des difficultés.

Le premier est l'article 33 *bis* B qui met en place une péréquation temporaire de la dotation versée aux départements par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au titre de la prestation de compensation du handicap. Même si je comprends les intentions du Sénat, j'ai quelques doutes quant à sa place en loi de financement de la sécurité sociale.

Le second est l'article 33 *sexies* qui vise à prendre en compte la spécificité du secteur médico-social pour l'application de la pénalité « emploi des seniors ». Ici encore, nous partageons cet objectif mais le passage par la loi est inutile, le Gouvernement s'étant engagé à régler ce problème par circulaire. Je vous en proposerai donc la suppression.

Concernant la branche vieillesse, plus particulièrement la réforme de la majoration de durée d'assurance, je souhaite revenir à une durée de trois ans pour la période à l'issue de laquelle le choix de répartition, entre les parents, des trimestres d'éducation doit s'exercer.

Enfin, pour la branche famille, il me semble impératif, à l'article 46 *bis* A, de garantir la sécurité juridique des regroupements d'assistants maternels. J'en proposerai donc la suppression.

En conclusion, au vu de ces quelques articles qui méritent encore discussion, je me réjouis de constater que les désaccords entre nos deux assemblées se révèlent non seulement fort peu nombreux, mais aussi de portée limitée.

La commission mixte paritaire est ensuite passée à l'examen des articles restant en discussion.

EXAMEN DES ARTICLES

DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2009

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

Article 6

Dotations au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et à l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

TROISIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2010

Article 9

Approbation du rapport fixant un cadrage pluriannuel (annexe B)

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Section 1

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

Article 11

Régime de la clause permanente de sauvegarde – Modalités de recouvrement des remises dues par les fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 12

Contribution sur les dépenses de promotion des fabricants, importateurs et distributeurs de dispositifs médicaux

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 14

Réforme du dispositif des retraites chapeau

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a présenté un amendement cosigné par MM. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, et Jean-Jacques Jégou visant à substituer aux cotisations patronales, pour les retraites chapeau excédant huit fois le plafond de la sécurité social, une contribution additionnelle de 30 %.

On peut saluer la volonté du Sénat de rétablir une forme d'équilibre social. Cependant la solution proposée semble difficile à mettre en œuvre. C'est pourquoi est suggéré un dispositif alternatif qui va dans le même sens.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, s'est déclaré d'autant plus favorable à l'amendement qu'il en est co-signataire. Il s'est réjoui que l'Assemblée accepte ainsi cette initiative du Sénat.

M. Michel Issindou, député, a estimé que la commission mixte paritaire aurait pu aller plus loin. Les retraites chapeau doivent être soumises au droit commun. Il convient de les taxer au premier euro.

M. Guy Fischer, sénateur, a déclaré rejoindre le point de vue de son collègue Michel Issindou. C'est un amendement *a minima* qui ne résout pas le problème des retraites chapeau, lesquelles devraient en effet être taxées au premier euro.

M. Jean-Jacques Jégou, sénateur, s'est étonné que l'amendement qu'il avait déposé au Sénat soit jugé inapplicable et devienne applicable du seul fait de la substitution d'une contribution aux cotisations.

M. Bernard Cazeau, sénateur, a rappelé qu'il avait déposé un amendement prévoyant la taxation au premier euro mais celui-ci a été rejeté par le Sénat. Il s'abstiendra donc sur l'amendement.

La commission mixte paritaire a *adopté* l'amendement, puis l'article 14 ainsi modifié.

Article 17 bis A

Contribution sur les gains résultant des appels surtaxés effectués dans le cadre des jeux télévisés

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a présenté un amendement cosigné par Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, ayant pour objet de préciser l'assiette et les modalités de recouvrement du prélèvement social instauré sur les appels surtaxés des jeux télévisés. Cet article est une initiative de Nicolas About qui a été adoptée à l'unanimité par le Sénat.

M. Michel Issindou, député, a estimé qu'il s'agit là d'une bonne idée mais s'est interrogé, d'une part sur le rendement d'une telle taxe, d'autre part sur le choix du taux de 9,5 %.

Mme Mugette Dini, sénatrice, vice-présidente, a répondu que le taux de 9,5 % correspond à celui de la CSG et que l'on ne connaît pas encore le rendement potentiel de la taxe, les chaînes de télévision ne donnant pas d'informations sur les recettes perçues au titre de ces appels.

La commission mixte paritaire a *adopté* l'amendement puis l'article 17 bis A ainsi modifié.

Article 17 ter

Assujettissement aux cotisations et contributions sociales du bonus accordé aux salariés chargés de constituer des fonds de capital-risque

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 17 quater

Extinction du régime du droit à l'image collective des sportifs professionnels

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 18 bis

Expérimentation du transfert aux URSSAF du recouvrement des cotisations d'assurance chômage

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Section 2

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 21

Fixation des prévisions de recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base, du régime général et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 22

Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 23

Approbation du tableau d'équilibre du régime général

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Section 3

Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité

Article 26 bis

Création d'un comité de pilotage de la gestion de la trésorerie de la sécurité sociale

Mme Marie-Anne Montchamp, députée, a regretté que le Sénat ait supprimé cet article. Il s'agissait pour la commission des finances de l'Assemblée de permettre au Parlement d'être mieux associé au pilotage de la gestion de la trésorerie de la sécurité sociale.

La commission mixte paritaire a *maintenu* la suppression de cet article.

QUATRIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2010

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 28

Non prise en compte des dépenses liées à la pandémie grippale pour l'évaluation du risque de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2010 – Indemnisation par les régimes obligatoires d'assurance maladie des professionnels libéraux et des membres de la réserve sanitaire participant à la vaccination contre la grippe A (H1N1)

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a présenté un amendement rétablissant l'article 28 dans sa rédaction issue des travaux de l'Assemblée nationale.

Cet article permet en effet de neutraliser l'impact des dépenses liées à la grippe A dans l'évaluation d'un risque de dépassement de l'ONDAM par le comité d'alerte, ce qui paraît nécessaire pour deux raisons :

– comme le rappelle régulièrement la Cour des comptes, l'ONDAM a vocation à servir à la régulation des dépenses de soins, alors que par nature, les dépenses induites par une situation pandémique peuvent difficilement faire l'objet d'une politique de régulation ;

– le déclenchement d'une procédure d'alerte conduirait à mettre en œuvre de « *mesures de redressement* » qui auraient pour effet de compenser des dépenses inévitables par des restrictions ultérieures, et de suspendre toute revalorisation tarifaire alors même que des négociations conventionnelles sont en cours.

Cet article permet aussi aux professionnels de santé qui assureront la vaccination anti-grippale d'être indemnisés par l'assurance maladie. Une telle procédure d'indemnisation paraît justifiée, car si le vaccin anti-pandémique avait pu être livré en doses individuelles, le coût de la vaccination en cabinet de ville aurait alors été supporté par les caisses.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a estimé que la position défendue par Yves Bur, qui est aussi celle du Gouvernement, demeure très contestable. D'abord, il sera très difficile d'identifier les dépenses spécifiquement liées à la pandémie grippale A (H1N1), l'ensemble des dépenses liées à la campagne de vaccination n'étant pas intégré dans l'ONDAM. Par ailleurs, le seuil

de dépassement de l'ONDAM déclenchant la procédure d'alerte est de 1,2 milliard d'euros et la pandémie à elle seule ne pourra provoquer un tel dépassement. Dans la mesure où l'assurance maladie a évalué à 376 millions d'euros les dépenses liées à la grippe A en 2010, pour que la procédure d'alerte soit mise en œuvre, le dérapage de l'ONDAM 2010 devrait être deux fois supérieur à celui constaté en 2009 sur les autres dépenses. Enfin, les dépenses liées à la grippe A restent des dépenses et si l'alerte n'est pas déclenchée, les déficits se creuseront au-delà des niveaux déjà très élevés prévus en 2010. S'agissant de la prise en charge par l'assurance maladie de l'indemnisation des prestations des professionnels de santé qui participent à la vaccination, il faut rappeler qu'ils le font dans le cas d'une réquisition et qu'il s'agit donc d'une compétence régaliennne de l'État. Celui-ci doit en assumer le coût.

M. Jean-Jacques Jégou, sénateur, a précisé que la commission des finances du Sénat était tout à fait d'accord avec les arguments du rapporteur général et qu'il s'interroge sur les motifs de l'obstination du Gouvernement à vouloir sortir les dépenses liées à la pandémie du seuil d'alerte de l'ONDAM. Sachant qu'il sera extrêmement difficile d'identifier ces dépenses, on risque ainsi de créer un dangereux précédent.

M. Jean-Luc Prétel, député, a indiqué qu'il partageait la position d'Alain Vasselle. Le débat sur la prise en compte, dans l'appréciation du risque de dépassement de l'ONDAM, des dépenses induites par une éventuelle pandémie avait déjà eu lieu lors de la création du comité d'alerte et il n'avait pas été tranché dans un sens consistant à exclure ces dépenses du champ d'observation du comité d'alerte. En outre, pour connaître le montant précis de ces dépenses, il faudrait instituer une cotation spécifique aux actes et prestations rendus nécessaires par la pandémie, ce qui n'est pas envisagé.

M. Jean-Pierre Door, député, a exprimé son soutien à l'amendement d'Yves Bur. Il revient en effet à l'EPRUS de gérer la réserve sanitaire et notre dispositif de gestion des crises sanitaires, au moyen d'un financement partagé entre l'État et l'assurance maladie. Il serait dangereux d'intégrer le coût de la pandémie dans l'ONDAM car cela rendrait probable un dépassement de cet objectif, qui aurait pour conséquence de geler l'application des renégociations tarifaires en cours.

Mme Catherine Lemorton, députée, a exprimé son accord avec le rapporteur du Sénat, estimant qu'il était très dangereux de créer un tel précédent. Par ailleurs, la prise en charge de l'indemnisation des professionnels de santé réquisitionnés relève indiscutablement des compétences régaliennes de l'État.

M. François Autain, sénateur, a exprimé son accord avec les arguments développés par Alain Vasselle, précisant que, si le comité d'alerte se réunit et constate un dépassement de l'ONDAM, il reviendra au Gouvernement de

présenter un projet de loi de financement de la sécurité sociale rectificative, pour la première fois depuis la création de cette catégorie de lois.

M. Gérard Dériot, sénateur, a indiqué que ces discussions lui paraissent un peu vaines. L'important est de s'assurer que l'on peut vacciner les gens qui le souhaitent et soigner les personnes malades. Ce sont, de toute façon, les citoyens qui en supporteront le coût, soit sous la forme d'impôts, soit sous la forme de cotisations sociales. En conséquence, il s'abstiendra sur cet amendement.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a répondu que, comme le souligne régulièrement la Cour des comptes, il faut distinguer entre, d'une part, les dépenses d'assurance maladie qui ont vocation à être régulées – ces dépenses constituant le champ de l'ONDAM – et, d'autre part, les comptes globaux de la branche maladie, qui constituent un agrégat comptable distinct de l'ONDAM et fixé par un autre article du projet de loi. En tout état de cause, les dépenses liées à la pandémie grippale figureront donc dans les comptes de la sécurité sociale. En revanche, si l'on intègre ces dépenses dans l'ONDAM, on risque d'aboutir à une procédure d'alerte liée à un dérapage des dépenses. Des mesures de redressement devront alors être proposées, et il n'est pas certain que tous ceux qui se prononcent aujourd'hui contre l'amendement en tireront les conséquences et soutiendront ces mesures. Il est plus facile de soutenir des mesures de dépenses que des recettes nouvelles ou des mesures d'économies. Il ne faut donc pas décrédibiliser l'intervention du comité d'alerte, comme on l'avait fait en 2007 en prévoyant un ONDAM trop faible.

M. Jean Mallot, député, a estimé qu'il serait impossible de distinguer les dépenses liées à la pandémie et celles qui ne le seraient pas. Opter pour le choix du Gouvernement reviendrait à bâtir un nouveau système : sur quelles bases seront construits les ONDAM des années ultérieures ? Si la pandémie revient, nous aboutirons à définir des dépenses virtuelles. C'est à la fois impraticable et incohérent.

Mme Marie-Anne Montchamp, députée, a exprimé son accord avec les positions du rapporteur de l'Assemblée nationale, en soulignant la nécessité de raisonner toutes choses égales par ailleurs et de conserver l'ONDAM comme outil fiable de régulation.

Le président Pierre Méhaignerie, député, a estimé qu'il ne convient pas de tomber dans un pessimisme qui décourage. Il faut en particulier garder à l'esprit qu'il y a encore un ou deux ans, on évoquait la possibilité de transferts financiers issus de l'Unédic au profit du financement de l'assurance vieillesse. On pensait alors pouvoir atteindre l'équilibre budgétaire. On était, il n'y a donc pas si longtemps, sur la bonne voie.

M. Yves Daudigny, sénateur, a indiqué qu'il n'y aura pas, en 2010, deux sortes de dépenses de santé différentes. Le comité d'alerte pourra tenir compte du caractère exceptionnel des dépenses liées à la pandémie grippale.

La commission mixte paritaire a *rejeté* l'amendement et *maintenu la suppression* de l'article 28.

Article 29

Exonération du « ticket modérateur » pour les examens de suivi réalisés après la sortie du régime des affections de longue durée

La commission mixte paritaire a examiné, en discussion commune, deux amendements de M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, et un amendement de M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, destinés à préciser les modalités de prise en charge des actes médicaux et examens biologiques nécessaires au suivi des patients guéris d'une affection de longue durée (ALD).

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a indiqué que son premier amendement visait à rétablir l'article 29 dans sa rédaction issue des travaux de l'Assemblée nationale. En effet, le texte adopté par le Sénat pour le troisième alinéa paraît poser trois problèmes d'application :

– il ne permet d'exonérer que des « *actes et examens médicaux* » de suivi post-ALD, mais pas des actes de biologie (par exemple, des dosages de marqueurs tumoraux) ;

– il ne limite pas le champ de cette exonération au suivi d'une ALD guérie, mais à tous les actes de suivi des patients guéris d'une ALD ;

– il ne précise pas que l'exonération n'est accordée que pour une durée déterminée, alors qu'une telle précision serait utile pour qu'un décret d'application puisse limiter la durée de cette exonération.

En outre, le texte adopté par le Sénat complète l'article 29 par un 2° qui modifie la définition du contenu d'une annexe au décret fixant les conditions d'admission au régime des ALD, afin que cette admission soit prononcée pour une durée déterminée, faisant ainsi écho aux recommandations récemment formulées par la Haute autorité de santé (HAS). Une telle précision n'est pas nécessaire pour que le Gouvernement mette en œuvre ces recommandations.

Mon second amendement, de repli, se borne à proposer une nouvelle rédaction de l'alinéa 3 de cet article.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, présentant son amendement, a rappelé qu'il avait été convenu, lors de la séance publique au

Sénat, que ce point serait revu en commission mixte paritaire. Il est, en effet, nécessaire d'intégrer les actes de biologie dans le champ des actes et examens susceptibles d'être pris en charge à 100 % dans le cadre du régime post-ALD et de fixer une durée déterminée pour le bénéfice de ce régime.

Mais il est également important de ne pas mentionner, dans la rédaction retenue, « *les conditions prévues au 3°* » que doivent remplir les assurés pour bénéficier du régime des ALD. Le texte du 3°, qui ne comporte pas le terme de « *conditions* », n'en exige en effet, implicitement, qu'une seule : être reconnu atteint d'une ALD. En outre, il convient de mentionner, plutôt que le suivi de l'infection, celui des patients qui en avaient été reconnus atteints ; ceci d'autant plus que si l'on prévoit le suivi de l'affection, cela signifierait que l'on exclut l'hypothèse d'une guérison, ce qui irait à l'encontre de l'objectif recherché.

Pour l'ensemble de ces raisons, la rédaction proposée par son amendement permet de tenir compte des préoccupations des deux assemblées et du Gouvernement.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, est convenu que ses observations sur le troisième alinéa de l'article ont été prises en considération par l'amendement d'Alain Vasselle. Je suis donc prêt à m'y rallier à condition de le compléter, afin de supprimer également le 2°. Je retire donc mes deux amendements.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a estimé que sans le 2°, le risque serait grand de devoir reprendre date avec le Gouvernement dans le cadre de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, car celui-ci témoigne d'une inertie réelle dans la publication des décrets.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a concédé ce fait, même si l'habitude prise ces dernières années, conformément au Règlement de l'Assemblée nationale, d'un rendez-vous annuel en juin pour l'examen en commission des affaires sociales d'un rapport sur la mise en application de la loi de financement de la sécurité sociale a permis de véritables améliorations.

M. Guy Fischer, sénateur, a fait observer qu'il existe aujourd'hui, pour le Gouvernement, deux gisements pour une diminution des dépenses sociales : le secteur de l'hôpital d'une part ; le sujet des ALD d'autre part. Sur ce dernier point, la question de la remise en cause d'une prise en charge à 100 % des personnes souffrant d'ALD mériterait de plus amples débats. L'amendement d'Alain Vasselle constitue un premier pas dans la voie d'une telle remise en cause de ce régime et, à l'évidence, la discussion sur le fond est insuffisante. On ne peut qu'être contre cet amendement.

Mme Catherine Lemorton, députée, a considéré que les dispositions de l'article 29 risquaient de constituer un précédent fâcheux, ouvrant la voie à des dérives : on risque d'exclure de plus en plus de personnes du régime des ALD sans que ce soit légitime. Devrait-on désormais considérer qu'une personne hyper-tendue ne souffre pas d'une ALD ?

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a répliqué que c'étaient là surtout des fantômes.

Mme Catherine Lemorton, députée, a tenu à souligner que de telles dispositions n'étaient pas une bonne chose pour les personnes souffrant d'ALD. Il faut bien se rendre compte qu'aux yeux des banques, des assurances ou encore des mutuelles, une personne qui a eu un cancer n'en est jamais guérie. À cela, il faut ajouter le facteur aggravant de l'avancée en âge.

Le président Pierre Méhaignerie, député, a rappelé que la France constituait le pays européen où le niveau de la dépense sociale est le plus élevé. C'est cette année qu'a été mis en place le revenu de solidarité active, qu'ont été révisées les tranches les plus basses pour l'application de l'impôt sur le revenu, que les prestations sociales ont augmenté de 6 % et qu'a été financé le chômage partiel ! Il faut vraiment se garder de tout misérabilisme hors de proportion.

Mme Catherine Génisson, députée, a jugé que pour traiter la question des ALD, on ne pouvait se contenter d'examiner le dossier par le petit bout de la lorgnette. La très grande majorité des ALD sont liées à des complications de maladies chroniques, dont on ne guérit pas, comme le diabète par exemple.

Le sujet du cancer est délicat, en particulier pour ce qui concerne l'appréciation de la notion de guérison. Il faut prendre garde que l'adoption de l'amendement du rapporteur pour le Sénat n'aille pas à l'encontre des enjeux de santé publique !

Il faut ajouter que cela fait longtemps que la prise en charge à 100 % des personnes souffrant d'ALD ne concerne que les ALD entendues au sens strict. Or, il existe tout un débat sur la question des frais de santé connexes à une ALD, qui ne font pas l'objet d'un remboursement à 100 %.

M. Bernard Cazeau, sénateur, a estimé qu'on met le doigt dans l'engrenage, dès lors que l'on commence à détériorer les conditions de prise en charge de personnes qui sont vraiment malades et souffrent d'ALD. Quant au problème réel du déficit des régimes sociaux, il n'y a pas de raison que les économies se fassent systématiquement au détriment des assurés sociaux, comme l'a encore montré le récent exemple du forfait hospitalier : il faut s'attaquer aux *stock-options* ou encore au bouclier fiscal.

M. Jean-Pierre Door, député, s'est déclaré en accord avec l'amendement d'Alain Vasselle. Depuis les années 1950, le système des ALD est très généreux. Ce qu'il faut faire aujourd'hui, c'est réformer ce système, non le remettre en cause, conformément à ce qu'ont souligné de très nombreux travaux récents émanant d'autorités diverses. Depuis 40 ans, il y a eu des évolutions, et il est vrai que certaines maladies, comme les maladies coronariennes, ne sont plus, aujourd'hui, longues et coûteuses comme elles l'étaient hier. C'est ce qu'ont d'ailleurs souligné le récent rapport d'Alain Vasselle comme celui que j'ai réalisé. Pour sauvegarder le système, il faut le réformer ! On ne peut stigmatiser le seul cancer, mais il est important de s'en remettre aux référentiels qui seront validés par la Haute Autorité de santé.

M. François Autain, sénateur, a fait observer qu'en séance publique, au moment de cette même discussion, d'aucuns avaient affirmé que le sujet était sans lien avec le niveau de prise en charge. Ce qui se dit maintenant ne va pas dans ce sens. Il faut par ailleurs rappeler que le « reste à charge » des personnes souffrant d'ALD et bénéficiant d'une prise en charge à hauteur de 100 % atteint néanmoins 800 à 1 000 euros par an.

M. Jean Mallot, député, a estimé que le dispositif proposé reposait sur une contradiction. En effet, de deux choses l'une : soit le système est sans portée, soit il ouvre la voie à des évolutions qui préfigurent des remises en cause ultérieures et sur lesquelles il convient de lever le voile. Si le mécanisme de l'ordonnance bi-zone fonctionnait bien, il ne serait pas nécessaire de procéder à cette première brèche dans le dispositif des ALD.

En réponse à M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, **M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat**, a accepté la modification proposée à son amendement.

La commission mixte paritaire a *adopté* l'amendement de M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, ainsi rectifié, puis l'article 29 ainsi modifié.

Article 29 bis

Prévention des risques d'accidents liés à la différence dans les caractéristiques physiques des médicaments de références et des médicaments génériques

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 29 ter (pour coordination)

Rémunération des actes de télémédecine

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement de coordination présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, puis l'article 29 *ter* ainsi modifié.

Article 29 quater

Obligation pour les sages-femmes d'orienter les patientes vers leur médecin traitant en cas de situation pathologique

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, et M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, de suppression du second alinéa de l'article, puis l'article 29 *quater* ainsi modifié.

Article 29 quinquies

Développement de la prescription dans le répertoire des génériques

La commission mixte paritaire a confirmé la *suppression* de l'article 29 *quinquies*.

Article 29 septies

Expérimentation d'un système de dispense d'avance des frais en faveur des assurés et ayants-droit âgés de seize à vingt-cinq ans pour une consultation de prévention par an

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement de précision de M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, visant à fixer les délais dans lesquels l'expérimentation peut être menée, conformément à la jurisprudence du Conseil constitutionnel, puis l'article 29 *septies* ainsi modifié.

Article 30 bis A

Contribution de l'assurance maladie au financement du développement professionnel continu des professionnels de santé

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement rédactionnel présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, puis l'article 30 *bis A* ainsi modifié.

Article 30 bis

Non-transmission aux ordres professionnels des contrats conclus entre les praticiens et l'assurance maladie

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 30 ter

Compétence des orthoprothésistes, des podo-orthésistes et des orthopédistes-orthésistes pour renouveler et adapter les prescriptions médicales d'orthèses plantaires

La commission mixte paritaire a examiné un amendement de suppression de l'article présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a indiqué que le texte voté par le Sénat s'inscrit dans le prolongement d'un amendement adopté lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 qui a permis aux pédicures-podologues de renouveler et d'adapter les prescriptions médicales d'orthèses plantaires. Il s'agit ici d'étendre le dispositif précédemment voté à d'autres professions, d'où sa préférence pour le maintien du texte adopté par le Sénat.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a souhaité la suppression de l'article, dans l'attente d'une évaluation des résultats de la disposition analogue votée en 2009 concernant les pédicures-podologues.

Mme Catherine Lemorton, députée, a déclaré soutenir l'amendement de suppression, afin d'éviter le risque de conflit d'intérêt chez les professionnels concernés, entre leur mission de renouvellement et d'adaptation des prescriptions et leur activité commerciale.

La commission mixte paritaire a *adopté l'amendement de suppression de l'article 30 ter*.

Article 30 quater

Substitution de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales aux praticiens libéraux après l'expiration du délai de validité de leur couverture d'assurance

La commission a examiné cinq amendements en discussion commune, présentés, le premier par M. Dominique Leclerc, sénateur, le deuxième par M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, les troisième et quatrième par

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, et le dernier par M. Jean-Pierre Door, député.

M. Dominique Leclerc, sénateur, a indiqué que le système actuel permet d'assurer l'indemnisation des patients en cas d'accident médical, mais que la couverture assurantielle de la responsabilité des médecins reste mal assurée. Le dispositif existant devrait être complété afin d'assurer une meilleure couverture des indemnisations dues en cas d'accident médical. Il faut trouver une solution qui puisse prendre le relais de la couverture assurantielle au-delà du délai de validité de la couverture d'assurance souscrite par chaque médecin et des plafonds de prise en charge offerts par les assurances. Les établissements de santé doivent effectuer des provisions parfois très élevées pour assurer l'indemnisation des patients victimes d'un accident médical. Les statistiques de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des infections iatrogènes et des maladies nosocomiales (ONIAM) ne sont pas disponibles mais, selon les données de la Mutuelle d'assurance du corps de santé français (MACSF), établies à partir d'une douzaine de jugements, les indemnisations peuvent s'élever à 6, 8 ou 10 millions d'euros.

L'amendement propose qu'au-delà du délai de validité de la couverture d'assurance actuellement garanti et en cas de dépassement des plafonds de garantie, l'ONIAM prenne le relais de l'assureur et se substitue au médecin.

Il convient en effet d'éviter de tomber dans les dérives constatées aux États-Unis et qui ont pu conduire à la perte d'attractivité de certaines spécialités et à des difficultés à pourvoir certains postes dans ces spécialités. Il faut veiller à maintenir l'intérêt des jeunes médecins pour les spécialités médicales particulièrement exposées aux risques d'accidents. Il faut également éviter que certains médecins soient dans l'impossibilité de s'assurer.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a indiqué que l'amendement qu'il présente vise à étendre à l'ensemble des médecins libéraux le dispositif adopté en première lecture par le Sénat, qui concernait uniquement les gynécologues et les obstétriciens. Il faut éviter que, en raison des risques liés à la responsabilité professionnelle, les jeunes médecins refusent de s'orienter vers les activités de gynécologie et d'obstétrique ou que certains gynécologues-obstétriciens abandonnent l'activité d'accouchement pour pratiquer d'autres activités ressortant de leur spécialité, plus rémunératrices. Par ailleurs, certaines informations font état d'une augmentation du nombre de cas de décès au moment de l'accouchement, notamment en région parisienne, en particulier en raison d'hémorragies, mais ces données fragmentaires restent à confirmer. Actuellement les plafonds d'assurance sont fixés à 3 millions d'euros par sinistre et à 10 millions d'euros par an.

L'assurance maladie obligatoire prend en charge deux tiers du coût de la prime d'assurance pour les médecins relevant du secteur 1 et 55 % du coût d'assurance pour les médecins relevant du secteur 2. Il y a toutefois lieu d'indiquer que si les provisions peuvent atteindre 8 à 10 millions d'euros, les condamnations prononcées par les tribunaux sont le plus souvent inférieures. L'amendement, présenté initialement au Sénat par la commission des affaires sociales, proposait de porter le plancher de garantie de 3 à 6 millions par sinistre et de 10 à 12 millions par an, définissait les conditions de prise en charge des primes d'assurance par l'assurance maladie et prévoyait la substitution de l'ONIAM au praticien sans subrogation de l'Office dans les droits de la victime contre le praticien dans le cas où sa garantie est expirée. L'amendement a été modifié sur les deux premiers points à la suite d'engagements pris par le ministre.

Les syndicats de médecins se sont déclarés satisfaits du texte adopté par le Sénat, mais ils souhaitent que les plafonds de garantie soient fixés à un niveau plus élevé. On rappellera que la loi ne fixe qu'un plancher et que les plafonds de garantie existants sont, de fait, imposés par les assureurs. À cet égard, il conviendrait de lever des incompréhensions de certains syndicats représentant les gynécologues et obstétriciens qui considèrent, à tort, que les praticiens n'ont pas à s'assurer au-delà de ce niveau minimal. La mesure qui devrait être prise, après avoir examiné les pratiques dans les pays étrangers, ne paraît pas relever d'une disposition législative mais plutôt résulter d'une discussion qui devrait s'établir entre le Gouvernement, les syndicats professionnels et les compagnies d'assurance.

S'agissant de l'amendement présenté par Jean-Pierre Door, prévoyant la suppression de la subrogation de l'ONIAM dans les droits de la victime lorsqu'il l'a indemnisée, il conduirait à faire disparaître toute responsabilité civile, même en cas de faute établie. A l'inverse, prévoir une subrogation de l'ONIAM dans les droits de la victime après une décision judiciaire serait juridiquement contestable, le juge s'étant prononcé définitivement sur les responsabilités et le montant de l'indemnité.

L'amendement présenté par Dominique Leclerc pourrait être retiré, sous réserve d'un engagement clair du Gouvernement à relever le niveau minimal des plafonds de garantie que peuvent proposer les assureurs.

M. Jean-Pierre Door, député, s'est réjoui que ce débat concernant la couverture de la responsabilité des médecins en cas d'accident médical soit à nouveau ouvert. La loi Kouchner, du 4 mars 2002, et la loi About, du 30 décembre 2002, ont permis de fixer un cadre qui semblait équilibré. Cependant, lors de l'examen de chaque projet de loi de financement de la sécurité sociale, la question revient à l'ordre du jour. On peut regretter qu'elle le soit à nouveau cette année sous la pression des médias et des professionnels de santé concernés. Néanmoins, la relance de la réflexion par le Sénat est bienvenue. En effet, les

risques très importants de contentieux qui pèsent sur les chirurgiens, les obstétriciens et les anesthésistes réanimateurs font que ces trois spécialités sont aujourd'hui en danger et courent le risque d'être délaissées par les jeunes médecins. Actuellement, les praticiens sont souvent confrontés à des difficultés pour acquitter les primes d'assurance qui leur sont demandées et qui peuvent s'élever à 20 000 ou 30 000 euros pour les praticiens du secteur 1. Il y a, en outre, un risque que les assurances aient des difficultés à se réassurer, et en conséquence se retirent de ce marché. Un médecin, comme tout professionnel, doit pouvoir être assuré pendant toute sa vie professionnelle. Il faut également prendre en compte le risque de condamnations qui pourraient être prononcées, après le décès du professionnel, contre sa famille, laquelle ne serait pas en mesure de faire aux charges élevées que peuvent représenter les indemnisations. Je suis disposé à retirer mon amendement, à condition que le Gouvernement s'engage à trouver, en concertation avec les syndicats de médecins et les compagnies d'assurance, une solution définitive de nature à satisfaire les professionnels de santé, faute de quoi il y aura un risque réel de voir certains médecins relevant du secteur 1 demander à passer au secteur 2.

Mme Catherine Génisson, députée, a souligné l'importance de ce débat. Hier, le secteur de l'obstétrique était concerné : demain, ce pourraient être, par exemple, les anesthésistes. Il est essentiel que le Gouvernement fournisse un cadre juridique adapté pour un travail serein, même s'il est vrai que le risque zéro n'existe pas dès lors que l'humain est en jeu.

Par ailleurs, il est important d'expliquer aux assurés les effets possibles des soins et traitement qui leur sont prodigués : seules de telles explications sont de nature à freiner le mouvement de forte judiciarisation de notre société.

Enfin, il faut souligner que ce débat touche aussi bien le secteur libéral que le secteur public.

M. François Autain, sénateur, a indiqué qu'il s'abstiendra sur le vote de ces amendements. Ce que l'on doit constater, c'est une véritable inefficacité du Gouvernement face à cette difficulté récurrente. On ne peut que déplorer qu'un problème aussi grave soit réglé au détour de l'examen de quelques amendements en commission mixte paritaire.

Sur le fond, les subventions importantes aux assurances privées, à hauteur de deux tiers des primes versées par les médecins du secteur 1, risquent d'engendrer des effets d'aubaine. En outre, ces contrats ne couvrent pas l'ensemble des risques encourus, notamment après la cessation d'activité des médecins. Enfin, c'est une chose d'affirmer que l'ONIAM complètera le dispositif assurantiel, mais en pratique comment cela se fera-t-il ?

M. Dominique Leclerc, sénateur, a rappelé que le Sénat a souhaité délibérément qu'un tel débat puisse avoir lieu en commission mixte paritaire. Il est vrai que certains déplorent que cette discussion ait lieu sous la pression des professionnels de santé. Cela fait toutefois plusieurs années que leurs représentants appellent l'attention des parlementaires sur cette question.

L'amendement d'Alain Vasselle prévoit une substitution de l'ONIAM aux praticiens dont la couverture assurantielle est expirée après qu'ils ont cessé leur activité. Mais il ne faut pas que la mise en place d'un tel dispositif puisse conduire l'ONIAM à se retourner ensuite vers les ayant droits du praticien, notamment sa famille.

À l'évidence, ainsi que l'a observé Jean-Pierre Fourcade au Sénat, l'intervention législative est une nécessité. Mais il est important que seule soit prise en compte la faute civile, et non la faute pénale.

M. Denis Jacquat, député, a regretté que, du fait des difficultés rencontrées par les médecins pour garantir leur responsabilité civile professionnelle, on peut craindre qu'à l'avenir de moins en moins de médecins se tourneront vers les spécialités les plus exposées à ces difficultés.

Le président Pierre Méhaignerie, député, a estimé que le Gouvernement devrait apporter les précisions requises au cours du débat à venir.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a jugé qu'à force de ne pas trancher, on en arrive à une situation de crise. Sur l'amendement d'Alain Vasselle, il faut observer que le dispositif vise l'ensemble des professionnels de santé, et non seulement les plus exposés. En outre, il est inspiré par un souci de ne pas déresponsabiliser les praticiens : l'intervention de l'ONIAM n'a lieu qu'à l'expiration de la couverture d'assurance des praticiens concernés, à savoir au bout de dix années après leur cessation d'activité, et non pendant que les praticiens sont en activité. En définitive, seuls les retraités sont couverts par ce dispositif.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a précisé que ce dispositif s'applique aussi aux professionnels qui ont cessé leur activité avant de prendre leur retraite.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a considéré qu'en tout état de cause, c'est bien la seule fin d'activité qui est visée. De ce fait, la question reste entière pour les personnes encore en activité, et notamment pour les jeunes qui entrent dans la profession.

Quant à l'amendement présenté par Jean-Pierre Door, il répond aux demandes des professionnels de santé. Il présente cependant l'inconvénient de

défavoriser la procédure amiable au profit d'une procédure judiciaire civile, qu'il rendrait plus attractive tant pour les plaignants que pour les défendeurs.

C'est pourquoi l'amendement que je propose est moins extensif. Il vise à délivrer un message au Gouvernement, de sorte que celui-ci, d'ici la séance publique la semaine prochaine, puisse proposer un dispositif à la fois complet et définitif, de nature à satisfaire tout le monde. D'où la rédaction proposée, qui vise à substituer l'ONIAM aux praticiens quand leur couverture assurancielle est épuisée, à l'image de ce qui est prévu dans le cadre de la procédure amiable, l'ONIAM pouvant ensuite se retourner contre le professionnel pour récupérer, le cas échéant, les sommes versées.

Mme Catherine Génisson, députée, s'est interrogée sur les armes dont disposera le Gouvernement pour faire évoluer les assureurs sur ce dossier.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a demandé le retrait de l'amendement de Dominique Leclerc et s'est prononcé en faveur d'un vote sur le dispositif que lui-même propose. Ce dispositif est préférable à celui présenté par Yves Bur, qui propose une procédure de recours subrogatoire postérieur à une décision de justice. Cette solution était d'ailleurs celle préconisée par le Gouvernement, mais elle est de fait inapplicable car le juge aura déjà tranché. En revanche, la vraie difficulté se situe dans la fixation du plancher d'assurance des médecins : la détermination d'un plancher à un niveau trop bas pose un problème réel pour les professionnels de santé.

Dans le même temps, les assurances ont, à l'évidence, besoin d'un réassureur. C'est pourquoi il est impératif que le Gouvernement prenne des mesures réglementaires et noue un dialogue conventionnel avec les assureurs.

M. Dominique Leclerc, sénateur, s'est dit sceptique quant à la possibilité de régler ainsi le problème dans la durée.

Le président Pierre Méhaignerie, député, a redit que le Gouvernement, du fait du vote de cet article, est incité à intervenir sur ce sujet.

M. Dominique Leclerc, sénateur, s'est demandé si l'on peut avoir confiance dans le Gouvernement en la matière mais a retiré son amendement.

M. Jean-Pierre Door, député, a indiqué maintenir son amendement comme geste politique à l'attention des professionnels de santé comme du Gouvernement.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a soulevé la difficulté selon laquelle l'amendement de Jean-Pierre Door tend à gommer la responsabilité civile des professionnels en cas de faute.

La commission mixte paritaire a *adopté* l'amendement de M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat et donc l'article 30 *quater* ainsi modifié.

En conséquence, les deux amendements de M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, et l'amendement de M. Jean-Pierre Door, député, sont devenus *sans objet*.

Article 31 bis A

Définition du tarif hébergement dans les EHPAD

La commission mixte paritaire a examiné un amendement de M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, tendant à recentrer sur la définition et le contrôle des surplus tarifaires, la modification du dispositif prévu à l'article L. 314-2 du code l'action sociale et des familles.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale a souligné qu'il convenait de ne pas rigidifier les dispositions applicables aux surplus des tarifs journaliers des établissements et services sociaux et médico-sociaux mais que, quel que soit le secteur les pratiquant, il convenait d'en permettre le contrôle par les services de la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a rappelé que le dispositif a été adopté à l'unanimité par les sénateurs et que les arguments qui sous-tendent l'amendement ont déjà été opposés par le Gouvernement. C'est pourquoi il émet un avis défavorable.

La commission mixte paritaire a *rejeté* l'amendement.

Elle a ensuite *adopté* l'article 31 *bis* A dans la rédaction du Sénat.

Article 32

Report de la convergence tarifaire intersectorielle des établissements de santé et prise en charge des soins effectués dans des hôpitaux établis hors de France

Après avoir *adopté* un amendement rédactionnel de M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, la commission mixte paritaire a examiné un amendement du même auteur tendant à remplacer la date d'achèvement du processus de convergence intersectorielle retenue par le Sénat – à savoir 2014 – par la date de 2018.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a indiqué qu'il était l'auteur de l'amendement qui imposait à l'origine la date de 2012 pour

l'achèvement de la convergence, afin de marquer la détermination du Parlement d'atteindre cet objectif. Bien que je me sois souvent opposé à toute velléité de marquer une pause dans ce processus, il est aujourd'hui nécessaire que les études complémentaires actuellement engagées sur les écarts de coûts entre les deux secteurs soient menées à leur terme et que leurs résultats soient utilement pris en compte.

Il faut souligner que si la convergence ne signifie pas, bien sûr, l'unicité des tarifs dans les deux secteurs, il importe toutefois de la pousser le plus loin possible. Aujourd'hui, l'hôpital public s'est mis en mouvement et il nous appartient de l'accompagner. La meilleure preuve de ces avancées se manifeste par la hausse de l'activité dont témoignent nombre de centres hospitaliers universitaires et de centres hospitaliers régionaux, que ce soit par des efforts en terme d'accueil des patients, de meilleure organisation ou d'une plus grande efficacité. L'hôpital peut véritablement devenir plus attractif, même si le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a mis en évidence une grande hétérogénéité des tarifs des uns et des autres. Les études en cours devraient permettre de mieux répartir les efforts qui devront être consentis et en attendant, il est préférable de maintenir la date de 2018 pour l'achèvement de la convergence intersectorielle et de revenir ainsi à la position du Gouvernement et de l'Assemblée nationale.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a rappelé que le report de la convergence de 2012 à 2018 a été annoncé, de façon très déplaisante eu égard aux compétences du Parlement, par un communiqué de presse du Gouvernement lors de l'examen du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Il s'agissait en fait d'obtenir un accord de la Fédération hospitalière de France sur ce texte. Le report de la convergence à 2018 est donc le fruit d'un accord politique entre le Gouvernement et cette fédération hospitalière.

Depuis 2004, on déplore une grande inertie du ministère de la santé en la matière. Il paraît ainsi anormal de constater que la médecine de ville est parvenue à une maîtrise des dépenses médicales, alors que la maîtrise médicalisée des dépenses n'a toujours pas été introduite à l'hôpital public, du fait notamment d'une absence d'identification des médecins prescripteurs. On trouve toujours une bonne raison – études à mener, problèmes informatiques ou technologiques... – pour ne pas maîtriser les dépenses. Force est de constater que quand l'hôpital public marque des avancées, c'est que le législateur l'y a obligé, notamment en donnant à la Caisse nationale d'assurance maladie de nouveaux moyens juridiques d'action. Il est vrai que ce sujet est socialement sensible et qu'il pousse à toujours reporter les décisions nécessaires mais ce n'est pas sérieux de la part du Gouvernement de vouloir reporter la convergence à 2018.

Afin de motiver le report à 2018 de la date d'achèvement du processus, la poursuite des études en cours ou programmées et la nécessité de ne pas accélérer un processus complexe sont souvent invoquées. Or, on sait que toutes les études, même si elles ont été engagées tardivement, seront achevées en 2012. Par ailleurs, il convient de rappeler que la date initiale d'achèvement du processus avait été fixée à 2012 et que la repousser à 2014 ne saurait être analysé comme une accélération. Enfin, où se trouve la cohérence lorsqu'on invoque la nécessité d'un report à 2018 de l'achèvement de la convergence, alors qu'on propose en même temps, dans l'exposé des motifs du projet de loi, que des rapprochements tarifaires seront réalisés dès 2010 de façon expérimentale sur quelques dizaines de tarifs de groupes homogènes de séjour ?

Le Parlement se doit donc de manifester clairement sa volonté politique de poursuivre le processus de convergence et le terme de 2014 permet d'envoyer un signal clair à l'hôpital public que l'on veut réellement aller vers cette convergence. De fait, la véritable solution serait de prévoir une convergence progressive comportant des points d'étapes. Il faut noter, à ce propos, que le rendez-vous intermédiaire prévu initialement en 2008 a disparu. Il paraît donc nécessaire de pouvoir réexaminer le sujet d'ici 2014, quitte à réaménager le dispositif, et de ne pas adopter en conséquence l'amendement d'Yves Bur qui se fait ici l'avocat du Gouvernement.

M. Jean-Jacques Jégou, sénateur, s'est déclaré surpris par les arguments d'Yves Bur sur un sujet d'une grande importance. Faut-il rappeler que lors des discussions au Sénat avec Mme Roselyne Bachelot-Narquin, celle-ci a donné plusieurs exemples patents d'insuffisances de l'hôpital public qui démontrent la nécessité de la convergence. En outre, si les études menées depuis 2005 l'ont été avec une certaine lenteur, elles devraient toutes être terminées en 2012. La proposition retenue par le Sénat de fixer la date d'achèvement du processus de convergence à 2014 permet un délai de deux ans pour analyser ces études et en tirer toutes les conséquences. Ce délai semble suffisant.

Mme Catherine Génisson, députée, a confirmé qu'il convenait de rappeler clairement dans ce débat important que la convergence n'a jamais signifié une stricte égalité des tarifs. Si des progrès restent certes à accomplir sur l'évaluation de l'activité qualitative et quantitative de l'hôpital public, il faut également lui en donner les moyens, car cette évaluation est aujourd'hui menée par les personnels de santé eux mêmes.

Alain Vasselle a raison de rappeler que la décision du Gouvernement de reporter la convergence à 2018 est une décision d'opportunité prise sous l'influence de la Fédération hospitalière de France, mais également des plus hautes sommités médicales. Pour autant, il ne faut pas oublier que le Gouvernement prévoit, dès 2010, la convergence des tarifs entre le privé et le public concernant la chirurgie ambulatoire. Je suis beaucoup plus interrogative sur le sujet du

rapprochement tarifaire sur des pathologies isolées, en particulier parce que le spectre des pathologies est souvent beaucoup moins large dans le privé que dans le public et que l'effet de gamme joue ainsi à plein.

L'actuel dispositif de tarification à l'activité (T2A) en est à sa onzième version et intègre la précarité, mais il a un impact moins lourd dans le secteur privé puisqu'il s'applique essentiellement aux publics les plus fragiles que l'hôpital public prend majoritairement en charge.

Par ailleurs, il ne faut pas avoir de faux débats sur la similitude des tarifs tandis que toute une série de questions se posent encore qui n'ont pas été étudiées, telle que l'intégration des honoraires des professionnels de santé libéraux dans les tarifs des établissements privés. C'est pourquoi je juge opportun de soutenir l'amendement présenté par Yves Bur.

M. Jean-Pierre Door, député, a reconnu la concomitance ayant existé entre la présentation du projet de loi sur l'hôpital et la décision du ministère de repousser l'échéance du processus de convergence. Ce report a suscité des débats difficiles à l'Assemblée nationale, mais un accord s'est dessiné sur le fait que le report de la convergence n'est pas un gel de cette dernière.

Si, comme l'a rappelé Catherine Génisson, la dernière version de la T2A constitue un véritable progrès, en introduisant des niveaux divers de sévérité dans le monde hospitalier, diverses études ont démontré la persistance de différences de charges salariales et fiscales et l'informatisation médicale reste très en retard.

Il est important de prendre en compte l'expérience annoncée par la ministre de la santé sur une cinquantaine de groupes homogènes de séjour ainsi que la modification apportée à l'article 32 du projet de loi par l'Assemblée nationale et prévoyant enfin une information des parlementaires sur l'avancement et la méthode du processus de convergence chaque année.

Pour tenter de mettre d'accord les partisans de la date de 2012 et ceux de la date de 2018, je serais presque tenté, à titre de boutade, de proposer la date de 2016 !

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, s'est dit prêt à considérer cette proposition.

Le président Pierre Méhaignerie, député, a mis en évidence deux points importants du débat. Tout d'abord, si la date de 2018 doit constituer le point d'aboutissement du processus, il convient d'y parvenir par étapes. Par ailleurs, au final, il conviendra d'indiquer clairement, pour ne pas inquiéter les agents hospitaliers du secteur public, que la convergence n'aboutira pas à un même tarif pour les deux secteurs.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a fait remarquer que le suivi est effectivement inscrit dans le dispositif même de la T2A, puisque le rapport du Gouvernement au Parlement doit comporter chaque année un bilan d'étape sur la mise en œuvre de la convergence. Par conséquent, les différents progrès de l'avancement de l'achèvement du processus pourront être étudiés aisément.

On peut toujours se faire plaisir en fixant des dates, comme je l'ai fait en 2004 en prévoyant l'achèvement de la convergence en 2012, mais il ne faut pas oublier que le résultat ne sera pas au rendez-vous si l'ensemble des acteurs et le Gouvernement ne met pas en œuvre la mesure décidée. C'est pourquoi la date de 2018 me paraît plus réaliste.

La commission mixte paritaire a *adopté* l'amendement du rapporteur pour l'Assemblée nationale.

Après cette adoption, le **président Pierre Méhaignerie, député**, a insisté sur la nécessité de rappeler au Gouvernement qu'il convenait de respecter des étapes dans le processus de convergence.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a répondu que ces étapes n'étant pas prévues par la loi, elles devront être fixées lors du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale.

La commission mixte paritaire a ensuite *adopté* un amendement rédactionnel de M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, puis l'article 32 ainsi modifié.

Article 32 bis A

Prise en compte dans la conduite de la convergence tarifaire des écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges salariales et fiscales par un coefficient correcteur

La commission mixte paritaire a examiné un amendement de M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, visant à supprimer l'article.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a rappelé que, par l'adoption de cet article, le Sénat a instauré un coefficient correcteur en faveur de certains établissements pour tenir compte des écarts de charges financières résultant d'obligations particulières sociales et fiscales.

Ces écarts de coûts font actuellement l'objet de diverses études, dont certains résultats ne seront pas connus avant la fin de 2012. Il paraît donc nécessaire de supprimer l'instauration d'un coefficient correcteur tant que ces écarts ne sont pas connus, d'autant que leurs montants ne sont pas précisément

évalués : 80 millions d'euros pour les uns, 400 à 500 millions pour le Gouvernement. Quels que soient leurs montants, ces surcoûts devront être imputés à l'ONDAM hospitalier.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a rétorqué qu'après avoir reporté la convergence à 2018, il y a lieu d'agir d'urgence sur ce sujet.

Il n'est plus possible de mettre en difficulté les établissements concernés et trois études, dont une de l'inspection générale des affaires sociales, ont déjà objectivé les écarts de charges salariales et fiscales. Si le Parlement doit attendre la remise en 2012 des études en cours avant de prendre une décision sur le différentiel de charges, il y a fort à parier qu'en 2012, de nouvelles études à mener seront un nouveau prétexte pour ne pas respecter cette échéance. Le Parlement se doit de faire entendre sa volonté politique, quand le Gouvernement n'affiche pas la sienne.

M. Jean-Luc Prével, député, s'est réjoui que le Sénat ait adopté un amendement qu'il avait lui-même déposé à l'Assemblée nationale.

Les écarts de coûts dus à des mesures réglementaires décidés par le Gouvernement sont considérables : il s'agit non pas de quelques millions mais de 400 à 500 millions et c'est justement parce qu'il y a des écarts considérables qu'il faut les prendre en compte !

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a rappelé que la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP), qui porte principalement cette demande, a déjà été satisfaite dans ce projet de loi par la validation d'une convention collective, disposition représentant à elle seule un enjeu de 200 millions d'euros. Il ne faut pas se leurrer : le coefficient correcteur serait financé par les établissements publics.

La commission mixte paritaire a *rejeté* l'amendement.

Elle a ensuite *adopté* l'article 32 *bis* A dans la rédaction du Sénat.

Article 32 bis B

Inclusion des établissements de santé privés et des organismes médico-sociaux dans le champ de contrôle de la Cour des comptes

La commission mixte paritaire a examiné un amendement de M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, tendant à procéder à une réécriture du dispositif sur l'inclusion des établissements de santé privés et des organismes médico-sociaux dans le champ de contrôle de la Cour des comptes.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a estimé préférable de compléter l'article L. 132-3-2 du code des juridictions financières, afin de se raccrocher plus directement à une démarche d'évaluation au profit du Parlement, que de compléter l'article L 111-7 du code des juridictions financières, ce qui comporte un risque de confusion avec une revendication d'un contrôle des comptes des établissements privés, lesquels sont déjà certifiés par des commissaires aux comptes.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a fait observer que la rédaction proposée par le Sénat est conforme au souhait du Premier Président de la Cour des comptes.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a objecté que la rédaction de son amendement avait également fait l'objet d'échanges avec la Cour des comptes.

Mme Catherine Génisson, députée, a souligné qu'elle était favorable au dispositif, quelle que soit la rédaction retenue.

La commission mixte paritaire a *adopté* l'amendement puis l'article 32 *bis* B ainsi modifié.

Article 32 bis

Information des assurés sociaux sur les tarifs et honoraires au moyen de sites informatiques

La commission mixte paritaire a examiné un amendement de M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, proposant de revenir à la rédaction proposée par l'Assemblée nationale.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a considéré qu'il n'est pas souhaitable que seule l'assurance maladie puisse inscrire les tarifs et honoraires de professionnels de santé sur les sites des établissements de santé. Il est préférable que ce soit les établissements qui inscrivent eux-mêmes librement ces tarifs sur leurs sites Internet, même si des conventions signées avec l'assurance maladie pour préciser les conditions dans lesquelles les régimes pourront, le cas échéant, fournir leurs informations aux établissements restent possibles.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a répondu qu'il est préférable que les informations diffusées soient celles de l'assurance maladie. Si tel n'était pas le cas, les données inscrites par les établissements de santé ne feraient l'objet d'aucun contrôle et pourraient être inexactes. Les usagers veulent savoir le montant des remboursements dont ils vont bénéficier, il est donc important de contrôler les données qui leur sont délivrées.

Mme Catherine Génisson, députée, a considéré que c'était d'abord aux praticiens et aux établissements de santé à fournir des informations sur les tarifs pratiqués.

Mme Catherine Lemorton, députée, a ajouté qu'il a été demandé plusieurs fois, dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale, que les praticiens affichent leurs tarifs dans les salles d'attente. L'affichage sur les sites Internet constitue un premier pas. Il faudrait cependant faire de cet affichage une obligation et non une possibilité.

M. François Autain, sénateur, a souligné que l'affichage des tarifs agréés par l'assurance-maladie constitue une sécurité pour les particuliers.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a rétorqué qu'il serait étonnant que l'assurance maladie s'arroge le droit de diffuser ses propres données sur des sites Internet privés et qu'il faut faire confiance aux établissements de santé. Je suis d'accord pour modifier mon amendement et transformer la possibilité en une obligation.

M. Jean-Pierre Door, député, a précisé que les tarifs pratiqués dans les établissements faisaient l'objet de conventions avec l'assurance-maladie.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a indiqué qu'il ne s'opposera pas à l'amendement.

La commission mixte paritaire a *adopté* l'amendement rectifié, puis l'article 32 *bis* ainsi modifié.

Article 33 bis A

Mise en place d'une analyse des coûts dans les EHPAD par la CNSA

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 33 bis B

Modalités de répartition de la prestation de compensation du handicap

La commission mixte paritaire a examiné un amendement de M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, de suppression de l'article.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a indiqué que cet article constituait un cavalier social et devait plutôt figurer en deuxième partie de la loi de finances.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a indiqué que cette disposition, adoptée à l'initiative de Paul Blanc et à laquelle celui-ci est très attaché, pourra donc faire l'objet d'un amendement au projet de loi de finances, lors du débat en première lecture au Sénat.

M. Yves Daudigny, sénateur, a fait observer que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie finance une partie de plus en plus faible des dépenses au titre de la prise en charge de la perte d'autonomie et qu'en conséquence, les départements voient leur participation augmenter.

La commission mixte paritaire a *adopté l'amendement de suppression de l'article 33 bis B*.

Article 33 sexies

Modification de la contribution seniors

La commission mixte paritaire a examiné un amendement de M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, de suppression de l'article.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a expliqué que cet article était inutile. En effet, la spécificité des établissements médico-sociaux sera prise en compte grâce à une circulaire, comme le Gouvernement s'y est engagé à deux reprises en séance, à l'Assemblée puis au Sénat.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a émis un avis favorable sur cet amendement, estimant que le Gouvernement a donné des garanties suffisantes en séance.

La commission mixte paritaire a *adopté l'amendement de suppression de l'article 33 sexies*.

Article 33 septies

Plafonnement du forfait journalier dans les maisons d'accueil spécialisées

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 34

Modalités de versement des contributions des régimes obligatoires d'assurance maladie aux agences régionales de santé pour 2010

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 35

**Dotation des régimes obligatoires de sécurité sociale pour 2010
à divers établissements publics**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 35 bis A

**Procédure de déchéance des crédits affectés par le Fonds de modernisation
pour les établissements publics et privés mais n'ayant pas donné lieu à une
demande de remboursement**

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement rédactionnel de M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, puis l'article 35 *bis A* ainsi modifié.

Article 36

Objectif des dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 38

Réforme de la majoration de la durée d'assurance

La commission mixte paritaire a examiné un amendement de M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, tendant à revenir au texte adopté par l'Assemblée nationale, fixant à trois ans le délai d'option ouvert aux parents pour le partage de la majoration de durée d'assurance attribuée au titre de l'éducation d'un enfant.

M. Dominique Leclerc, sénateur, a estimé que raccourcir d'un an le délai n'est pas satisfaisant pour plusieurs raisons. Tout d'abord, un délai de trois ans semble trop court pour la prise d'une décision irrévocable. Ensuite, il est nécessaire de prendre en compte une période de vie de l'enfant suffisamment longue afin de ne pas fragiliser le rattachement de la seconde majoration à l'éducation. Enfin, la gestion du dispositif est plus facile, pour les caisses de retraite, avec un délai de quatre ans car elle permet d'appliquer le principe de

proportionnalité par l'attribution d'un trimestre par année d'éducation, soit quatre au total. Par ailleurs, les associations auditionnées se sont déclarées favorables à un délai de quatre ans.

M. Denis Jacquat, député, a répondu que le délai de trois ans avait été adopté à l'unanimité par la commission des Affaires sociales et en séance. Il fait l'objet d'un large consensus parmi les associations familiales et les organisations syndicales, qui souhaitent le délai le plus court possible. Ce délai est, en outre, compatible avec ceux existant pour d'autres dispositifs, tels que l'allocation de parent isolé ou le congé parental.

Mme Marie-Françoise Clergeau, députée, a rappelé que les associations familiales s'étaient unanimement prononcées en faveur d'un délai de trois ans.

M. Dominique Leclerc, sénateur, a ajouté que la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes du Sénat s'est également prononcée pour un délai de quatre ans.

La commission mixte paritaire a *adopté* l'amendement.

Elle a ensuite *adopté* un amendement rédactionnel et deux amendements de précision de M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, puis l'article 38 ainsi modifié.

Article 38 bis

Extension du cumul emploi-retraite

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 39 ter

Interdiction du cumul de l'assurance vieillesse des parents au foyer et de la majoration de durée d'assurance dans la fonction publique

La CMP a *adopté* un amendement rédactionnel de M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, puis l'article 39 *ter* ainsi modifié.

Article 40

Transfert au Fonds de solidarité vieillesse du financement de certains avantages contributifs

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 40 bis

Protection sociale de l'auto-entrepreneur

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement rédactionnel de M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, puis l'article 40 *bis* ainsi modifié.

Article 40 ter

Modification aux dispositifs d'assurance volontaire vieillesse

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Section 3

Dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail

Article 42

Dispositions d'incitation financière en matière de tarification des accidents du travail

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 44 bis

Rapport au Parlement sur l'évolution des tableaux des maladies professionnelles

La commission mixte paritaire a *maintenu* la suppression de cet article.

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

Article 46 bis A

Sécurisation des regroupements d'assistants maternels

La commission mixte paritaire a examiné un amendement de M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, de suppression de l'article.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a considéré que l'adoption de cet article en l'état pourrait paradoxalement freiner le

développement des regroupements d'assistants maternels, du fait des réticences affichées par les assistants maternels et les conseils généraux à s'engager hors de tout cadre contractuel. De plus, cet article prévoit la possibilité pour un assistant maternel de déléguer l'accueil d'un enfant à un autre assistant, ce qui pose de réelles difficultés au regard du droit du travail et de la responsabilité des assistants. La suppression de l'article permet de revenir au dispositif actuellement en vigueur, qui doit encore faire ses preuves.

M. André Lardeux, sénateur, a précisé que le texte adopté par le Sénat résulte de deux amendements identiques, l'un déposé par la commission et l'autre cosigné par Jean Arthuis, président du conseil général de la Mayenne, Alain Lambert, président du conseil général de l'Orne et Joseph-François Kergueris, président du conseil général du Morbihan. Il a dénoncé, sur ces amendements, la pression exercée par plusieurs lobbys, dont la Fepem n'est pas le moindre, auprès du Gouvernement, lequel exerce à son tour une forte pression sur les parlementaires. Tant de choses inexactes, qui visent à faire peur aux élus et aux parlementaires, ont été dites sur le dispositif adopté au Sénat qu'il serait trop long de les démonter une par une. Depuis quatre ans, le conseil général de la Mayenne autorise les assistantes maternelles du département à se regrouper dans une maison commune dans laquelle elles accueillent les enfants. Au lieu de partir de ce dispositif tel qu'il fonctionne dans ce département pour lui donner une base légale, certains services de l'Etat et la CNAF se sont bornés au droit en vigueur, qui est inadapté. Le résultat logique est que la convention qu'ils ont élaborée pour encadrer les regroupements est totalement inapplicable : le dispositif en Mayenne étant innovant, il fallait évidemment une innovation juridique pour le sécuriser. Depuis six mois, la commission des affaires sociales a travaillé étroitement avec les assistantes maternelles de la Mayenne et de l'Orne pour élaborer un dispositif à la fois sécurisé et opérationnel, ce que n'a pas fait la CNAF qui n'a consulté que les bureaux des ministères aujourd'hui opposés au dispositif du Sénat, si ce n'est aux regroupements eux-mêmes. Pourquoi donc vouloir à tout prix imposer, comme le fait le Gouvernement, un dispositif qui, en l'espace d'une seule année, a déjà eu le temps de faire la preuve de son inefficacité puisque, d'après la ministre elle-même, seuls trois nouveaux regroupements ont vu le jour dans toute la France depuis un an ? La seule question qui se pose est de savoir si le Parlement veut que les regroupements se développent, et s'il veut créer l'instrument juridique indispensable à ce développement, qui est la délégation d'accueil introduite par le Sénat.

Mme Marie-Françoise Clergeau, députée, a objecté que le dispositif adopté l'année dernière n'avait pas eu le temps de faire ses preuves et d'être évalué. L'article propose une délégation de l'accueil de l'enfant ce qui pose des problèmes juridiques, d'autant plus que cette délégation retire le caractère obligatoire de la convention tripartite. De plus, ce dispositif n'est pas très sécurisant pour les parents employeurs et pour l'enfant accueilli, car la notion de

délégation du contrat de travail remet en cause le contrat passé entre l'employeur et l'assistant maternel. La suppression de l'article apparaît donc totalement opportune.

Le président Pierre Méhaignerie, député, a pris acte des difficultés juridiques soulevées par la rédaction adoptée au Sénat mais s'est déclaré également sensible au message porté par celle-ci. Il faut absolument laisser de la souplesse et des possibilités d'innovation. Le président du conseil général de la Mayenne a raison lorsqu'il déclare qu'il faut assumer la décentralisation et laisser le champ libre à l'expérimentation. À multiplier les conventions, les contrats, les annexes, on risque de se noyer sous des montagnes de papier. Ne pourrait-on trouver une rédaction qui satisfasse l'impératif de sécurité juridique tout en préservant la nécessaire souplesse ?

Mme Muguette Dini, sénatrice, vice-présidente, a proposé une rédaction de compromis fondée sur deux points. D'abord, si la délégation d'accueil fait si peur à certains élus, pourquoi ne pas l'autoriser uniquement dans les départements volontaires, et sous forme d'expérimentation, le temps de montrer que les inquiétudes des lobbys ne sont pas justifiées ? Ensuite, pourquoi ne pas donner aux présidents de conseils généraux la faculté de rendre obligatoire la convention ? Ainsi, ceux qui jugent la convention nécessaire pourront l'imposer aux assistantes maternelles, mais il est inacceptable que l'Etat contraigne les conseils généraux à signer un document dont certains se passent déjà sans problème. C'est, en réalité, la décentralisation qui est en jeu.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a déclaré rester sur sa position pour plusieurs raisons. D'abord, la convention-type proposée minimise les démarches et les contraintes. Ensuite, peut-on imaginer que des parents acceptent de confier leurs enfants en l'absence d'un cadre contractuel sécurisé ? Enfin, les assistants maternels sont attachés au principe de la convention et très défavorables à l'idée de délégation d'accueil. Par ailleurs, il convient d'observer que ce n'est pas le conseil général qui finance les assistants maternels, mais les parents et indirectement les caisses d'allocations familiales.

Mme Muguette Dini, sénatrice, vice-présidente, a observé que les assistants maternels sont payés par les familles, lesquelles bénéficient, mais *a posteriori*, d'une prestation familiale à ce titre. C'est donc bien à un contrat privé entre une famille et un assistant maternel que l'on a affaire et c'est la responsabilité des parents que de choisir telle ou telle formule. S'agissant du contrôle exercé, le dispositif du Sénat maintient l'agrément du président du conseil général qui apportera toutes les garanties de sécurité des enfants nécessaires. Par ailleurs, si l'amendement de suppression du rapporteur pour l'Assemblée nationale est voté, que deviendront les regroupements existants d'assistants maternels, notamment en Mayenne ? Ils devront fermer alors qu'ils fonctionnent sans

problème depuis quatre ans, ce qui montre l'absurdité de la position du Gouvernement.

M. Gérard Dériot, sénateur, a estimé que le dispositif de délégation d'accueil entre assistants maternels prévu par le Sénat ne trouve aucune correspondance dans le code du travail et reste donc très incertain. Il faut en conséquence voter l'amendement de suppression.

M. Denis Jacquat, député, s'est prononcé contre l'idée d'expérimentation, qui constitue un gage d'échec. Marie-Françoise Clergeau a raison de s'élever contre la création d'une délégation de contrat de travail et la suppression de la convention-type.

M. Yves Daudigny, sénateur, a également estimé que la volonté de souplesse ne peut justifier un dispositif aussi incertain du point de vue juridique. Quel président de conseil général voudra prendre la responsabilité de couvrir une délégation de contrat de travail ?

Mme Marie-Françoise Clergeau, députée, a souligné que lors des auditions de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur la prestation d'accueil du jeune enfant, les assistants maternels avaient revendiqué un cadre juridique sécurisé. La convention-type garantira des responsabilités claires, ainsi que l'hygiène et la sécurité des locaux. Il faut bien voir que regrouper jusqu'à quatre assistants maternels qui peuvent s'occuper chacun de six enfants, cela peut faire une vingtaine d'enfants. On n'accueille pas un tel groupe sans de strictes normes de sécurité. Il faut en rester au droit en vigueur.

Le président Pierre Méhaignerie, député, a rappelé l'importance de la souplesse. Il faudra des années pour mettre en place le système s'il y a trop de bureaucratie et de complexité, sans compte les coûts supplémentaires, car les multiples administrations ne s'en préoccupent guère.

M. André Lardeux, sénateur, a considéré que, puisqu'on avait innové l'année passée en permettant les regroupements d'assistants maternels, rien n'interdit présentement d'ajuster les règles les concernant. Le rejet de la rédaction du Sénat mettrait en cause l'existence des regroupements qui ont été créés. Quant à une transposition des règles de mise à disposition du droit du travail, ce serait une usine à gaz. Or, ce qui est expérimenté dans plusieurs départements correspond à une vraie nécessité si l'on veut que les jeunes femmes du monde rural, qui ont souvent des horaires de travail atypiques, puissent conserver leur emploi.

La commission mixte paritaire a *adopté* l'amendement de suppression de l'article 46 bis A.

Article 46 bis B

Harmonisation des critères d'agrément

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 46 bis C

Modulation de l'agrément des établissements d'accueil des jeunes enfants

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement de M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, et de M. André Lardeux, sénateur, précisant que la modulation des règles relatives aux capacités d'accueil suivant les périodes de l'année, de la semaine ou de la journée intervient à la demande du responsable de l'établissement d'accueil du jeune enfant.

Elle a ensuite *adopté* l'article 46 bis C ainsi modifié.

Article 46 ter

**Agrément d'un assistant maternel pour deux enfants
au minimum dès sa première demande**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

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

**Renforcement du pouvoir de la Caisse centrale de la mutualité sociale
agricole en matière de pilotage des caisses locales**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 48 bis

Création d'un fonds de performance de la sécurité sociale

La commission mixte paritaire a *maintenu* la suppression de cet article.

Section 7

Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre les fraudes

Article 50

Réforme des pénalités financières

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 52

Prorogation de l'expérimentation d'une suspension du versement des aides au logement en cas de fraude

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 53

Mesures relatives au contrôle des arrêts de travail

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 53 bis

Expérimentation du contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires par l'assurance maladie

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement rédactionnel des deux rapporteurs, puis l'article 53 *bis* ainsi modifié.

Article 54 bis

Interruption de la prescription de l'action en recouvrement

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement de correction d'une erreur de référence présenté par les deux rapporteurs, puis l'article 54 *bis* ainsi modifié.

Article 55

Sanction du donneur d'ordre en matière de travail dissimulé

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*

* *

Le président Pierre Méhaignerie, député, a observé que les débats de la commission mixte paritaire avaient fait apparaître plusieurs points délicats. Il a invité les deux rapporteurs à informer le Gouvernement que nos deux assemblées attendent des précisions de sa part sur ces points.

La commission mixte paritaire a ensuite adopté l'ensemble du texte ainsi élaboré et figurant ci-après.

**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^{er} 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^{er} janvier 2010 sont gérés exclusivement par l'un des organismes régis par le titre III du livre IX du présent code, le livre II du code de la mutualité ou le code des assurances. » ;

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^{er} janvier 2010. Le 4° du I est applicable aux retraites liquidées à compter du 1^{er} 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.

Ce 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^{er} 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^{er} 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^{er} 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 quindecies 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 quindecies 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^{er} 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^{er} 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° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« 14° 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° ainsi rédigé :

« 4° 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° 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° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :

« 3° 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° et 2°.

« Pour les établissements mentionnés à l'article L. 342-1 à l'exception de ceux mentionnés au 4°, 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°, 2° et 3°, 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° du I de l'article L. 312-1 du présent code et du 2° 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° 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° Au deuxième alinéa du B du V, l'année : "2008" est remplacée par l'année : "2010" ;

« 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 » ;

« Ces dispositions entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2010. »

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

1° L'année : « 2012 » est, par trois fois, remplacée par l'année : « 2018 » ;

2° 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^{er} janvier 2012, la part des frais d'hospitalisation, des actes et consultations externes mentionnés à l'article L. 162-26 du même code, prise en charge

par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins dispensés dans le cadre des activités de médecine exercées par les hôpitaux locaux au sens de l'article L. 6141-2 du code de la santé publique, dans sa version antérieure à la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 précitée, est incluse dans la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale.

« 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°) 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^{er} 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° 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^{er} 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° Au premier alinéa, les mots : « Le père » sont remplacés par le mot : « L' » ;

2° 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^{er} 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^{er} avril 2010.

VIII. – Pour les enfants nés ou adoptés avant le 1^{er} 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^{er} 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^{er} 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^{er} 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^{er} 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° 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° 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^{er} 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 inéquitables.

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
Maladie							
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
Solde	-4,6	-4,4	-11,5	-14,5	-13,5	-12,2	-11,3
Accidents du travail/Maladies professionnelles							
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
Solde	-0,5	0,2	-0,6	-0,8	-0,5	-0,2	0,0
Famille							
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
Solde	0,2	-0,3	-3,1	-4,4	-4,3	-3,8	-3,2
Vieillesse							
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
Solde	-4,6	-5,6	-8,2	-10,7	-11,6	-13,0	-14,5
Toutes branches consolidé							
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
Solde	-9,5	-10,2	-23,4	-30,5	-29,9	-29,2	-28,9

19

Ensemble des régimes obligatoires de base

20

(En milliards d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Maladie							
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
Solde	-5,0	-4,1	-11,5	-14,5	-13,5	-12,2	-11,3
Accidents du travail/Maladies professionnelles							
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
Solde	-0,4	0,2	-0,5	-0,7	-0,4	-0,1	0,2
Famille							
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
Solde	0,2	-0,3	-3,1	-4,4	-4,3	-3,7	-3,1
Vieillesse							
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
Solde	-3,9	-5,6	-9,5	-12,6	-13,4	-14,8	-16,1
Toutes branches consolidé							
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
Solde	-9,1	-9,7	-24,6	-32,2	-31,6	-30,8	-30,4

⑳

Fonds de solidarité vieillesse

㉑

(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
Solde	0,2	0,8	-3,0	-4,5	-4,0	-3,7	-3,1

㉒

Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles

㉓

(En milliards d'euros)

	2008
Recettes	22,1
Dépenses	16,8
Solde	5,3

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
Total par branche.....	164,0	175,3	57,7	12,3	404,2

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
Total par branche.....	162,3	178,4	56,6	12,1	403,8

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
Total par branche.....	164,6	182,4	50,1	12,1	403,7

- 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**

(En milliards d'euros)

⑪

	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
Total par branche	140,7	89,5	57,2	10,8	293,1

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.....	<u>2,5</u>	<u>0,2</u>	<u>0,6</u>	<u>0,5</u>	<u>3,8</u>
Total par branche	139,3	90,7	56,1	10,5	291,2

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
Total par branche	141,2	92,1	49,6	10,6	288,1

⑩ 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).

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

⑫ **Exercice 2008**

⑬ (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>	<i>11,6</i>	<i>1,0</i>
Transferts reçus.....	2,4	5,6
Revenus des capitaux.....	0,0	0,0
Autres ressources.....	0,0	8,2
Total par organisme.....	15,4	22,1

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

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>	<i>9,2</i>
Transferts reçus	3,6
Revenus des capitaux	0,0
Autres ressources.....	0,0
Total par organisme	12,9

TABLEAU COMPARATIF

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat
Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010	Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010
PREMIÈRE PARTIE	PREMIÈRE PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2008	DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2008
Articles 1 ^{er} et 2	
..... Conformes	
DEUXIÈME PARTIE	DEUXIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2009	DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2009
Section 1 Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale	Section 1 Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale
Articles 3, 4 et 5	
..... Conformes	
Section 2 Dispositions relatives aux dépenses	Section 2 Dispositions relatives aux dépenses
Article 6	Article 6
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 ».	I. – Non modifié.
II. – Au IV du même article, le montant : « 44 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 414 800 000 € ».	II. – Au IV du même article,par le montant : <i>338 300 000 euros.</i> »
Articles 7 et 8	
..... Conformes	

Texte adopté par l'Assemblée nationale

TROISIÈME PARTIE

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES
ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2010**

Article 9

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 10

Conforme

Article 11

I. – Par dérogation au II de l'article 15 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009, le taux de 1 % est substitué au taux K mentionné dans les tableaux figurant à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale pour le calcul des contributions dues au titre de l'année 2010.

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 (*nouveau*). – 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. »

Texte adopté par le Sénat

TROISIÈME PARTIE

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES
ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2010**

Article 9

Modification du rapport figurant en annexe B

Section 1

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

Article 11

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. – Non modifié

III. – Non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale

IV (*nouveau*). – 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 (*nouveau*). – 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

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 35 % 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° (*nouveau*) 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.

Texte adopté par le Sénat

IV. – Non modifié

V. – Non modifié

Article 12

I. – Alinéa sans modification

1° Alinéa sans modification

« 4° *bis* Une fraction égale à 44 % du ...
... L. 245-5-1 ; »

2° Non modifié

3° **Suppression maintenue**

4° Non modifié

5° Non modifié

II. – Non modifié

Articles 13 et 13 *bis*

..... Conformes

Article 14

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^{er} 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° (*nouveau*) Il est ajouté un V ainsi rédigé :

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

Article 14

I. – Non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

II. – Le 1^o du I est applicable aux rentes versées à compter du 1^{er} janvier 2010. Le 2^o du I est applicable aux versements, comptabilisations ou mentions réalisés à compter des exercices ouverts après le 31 décembre 2009.

III (*nouveau*). – 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.

Ce rapport est établi sur la base de l'article 114 de la loi n^o 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^{er} 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.

I bis (nouveau). - Après le douzième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Sont aussi prises en compte, pour la part patronale, les rentes versées conformément aux dispositions de l'article L. 137-11 du présent code ou, pour les salariés du secteur agricole, à l'article L. 741-10 du code rural, lorsque le montant de ces rentes est supérieur à huit fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 du présent code. »

II. – Le 1^o du I ...
... 1^{er} janvier 2010. *Le I bis* est applicable aux retraites liquidées à compter du 1^{er} janvier 2010. Le 2^o du I ...
.... après le 31 décembre 2009.

III. – Non modifié

Articles 15 à 17

..... Conformes

Article 17 bis A (nouveau)

I. – L'article L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale est complété par un IV ainsi rédigé :

« *IV. – Il est institué une contribution sur la totalité du montant des gains résultant des appels surtaxés effectués dans le cadre des jeux télévisés.* »

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

II. – Au dernier alinéa du IV de l'article L. 136-8 du même code, les mots : « au III » sont remplacés par les mots : « aux III et IV ».

Article 17 bis

..... Conforme

Article 17 ter (nouveau)

I. – Après l'article L. 242-1-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 242-1-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 242-1-3. – Sont également pris en compte dans l'assiette définie à l'article L. 242-1, les distributions et gains nets mentionnés à l'article 80 *quindecies* du code général des impôts qui sont imposables à l'impôt sur le revenu suivant les règles applicables aux traitements et salaires.

« Tous les ans, avant le 31 janvier, selon des moyens et modalités définis par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, les sociétés de capital-risque, les sociétés de gestion de fonds communs de placement à risques ou de sociétés de capital-risque, ou les sociétés qui réalisent des prestations de services liées à la gestion des fonds communs de placement à risques ou des sociétés de capital-risque transmettent à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations de sécurité sociale dont elles dépendent le montant des gains nets et distributions mentionnés au même article 80 *quindecies* qui sont réalisés par leurs salariés ou leurs dirigeants et sont imposables à l'impôt sur le revenu suivant les règles applicables aux traitements et salaires. »

II. – Au premier alinéa du I de l'article L. 136-6 du même code, la référence : « L. 136-3 » est remplacée par la référence : « L. 136-1 ».

Article 17 ter

I. – Le chapitre VII du titre III du livre I^{er} 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 *quindecies* 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. – I. 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 distribu-

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

III. – Le présent article s'applique aux fonds communs de placement à risques créés à compter du 1^{er} 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.

Article 17 quater (nouveau)

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 : « 31 décembre 2009 ».

tions mentionnés au 8 du II de l'article 150-0 A, aux deuxième à huitième alinéas du 1 du II de l'article 163 quinquiés C et à l'article 80 quindecies 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 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 ...

... à compter de la même date. *Le II s'applique aux déclarations déposées à compter du 1^{er} janvier 2010.*

Article 17 quater

À la fin ...

... la date : « 30 juin 2010 ».

Article 18

Conforme

Article 18 bis (nouveau)

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*

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

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.

Articles 19 et 20

..... Conformes

Section 2

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 21

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 :

Cf. tableau en annexe

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

Cf. tableau en annexe

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

Cf. tableau en annexe

Article 22

Pour l'année 2010, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

Cf. tableau en annexe

Article 23

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

Cf. tableau en annexe

Section 2

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 21

Modification du rapport figurant en annexe C

1° Alinéa sans modification

Cf. tableau modifié en annexe

2° Non modifié

3° Non modifié

Article 22

Alinéa sans modification

Cf. tableau modifié en annexe

Article 23

Alinéa sans modification

Cf. tableau modifié en annexe

Articles 24 et 25

..... Conformes

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Section 3

Section 3

Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité

Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité

Article 26

Conforme

Article 26 *bis* (nouveau)

Article 26 *bis*

Après l'article L. 225-1-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 225-1-4 ainsi rédigé :

Supprimé

« *Art. L. 225-1-4.* – Pour l'application des articles L. 225-1 et L. 225-1-3, il est créé un comité de pilotage de la gestion de la trésorerie de la sécurité sociale, présidé par le ministre chargé de la sécurité sociale ou son représentant, dont le secrétariat est assuré par le président de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ou son représentant, et qui associe l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que les organismes et fonds mentionnés au 8° du III de l'article L.O. 111-4. Il comprend un membre de chacune des commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat chargées des affaires sociales et des finances.

« Un décret détermine les modalités d'application du présent article. »

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

Cf. tableau en annexe

Article 27

Conforme

QUATRIÈME PARTIE

QUATRIÈME PARTIE

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES
POUR 2010**

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES
POUR 2010**

Section 1

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 28

Article 28

I. – 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.

Supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale

II (*nouveau*). – L'indemnisation des personnels médicaux et paramédicaux libéraux et de ceux ayant cessé leur activité professionnelle requis, en application de l'article L. 3131-8 du code de la santé publique, pour procéder à la vaccination de la population contre la pandémie grippale H1N1, est financée en 2009 et 2010 par le fonds national d'assurance maladie de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Ce fonds finance également l'indemnisation des personnels médicaux et paramédicaux salariés, des étudiants et internes requis dans les mêmes conditions et pour la même mission en dehors de leurs obligations de service, de stage ou de scolarité. Les employeurs ou les organismes de formation versent l'indemnité pour le compte de l'assurance maladie, qui les rembourse du montant de l'indemnité majoré des cotisations et contributions sociales auxquelles cette indemnité est soumise.

Le fonds national d'assurance maladie de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés rembourse également à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires, défini à l'article L. 3135-1 du code de la santé publique, l'indemnisation versée aux réservistes sanitaires au titre de leur participation à la campagne de vaccination de la population contre la pandémie grippale A/H1N1.

Le financement est réparti entre les régimes obligatoires d'assurance maladie dans les conditions prévues à l'article L. 162-37 du code de la sécurité sociale.

Le montant des indemnités est fixé par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale.

Article 29

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

« 10° Lorsque l'assuré ne remplit plus les conditions prévues au 3° du présent article, pour les actes médicaux et examens biologiques nécessaires au suivi de l'affection au titre de laquelle il s'était vu reconnaître le bénéfice des dispositions de ce 3°, pour une durée et pour des situations cliniques déterminées sur la base de recommandations de la Haute Autorité de santé, selon des modalités définies par décret pris après avis de la Haute Autorité de santé ; »

Article 29 bis (*nouveau*)

I. – Après le *d* de l'article L. 613-5 du code de la propriété intellectuelle, il est inséré un *d bis* ainsi rédigé :

« *d bis*) Aux caractères organoleptiques des médicaments mentionnés au *b* du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique ; ».

Texte adopté par le Sénat

Article 29

L'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 10° est ainsi rétabli :

« 10° Pour les actes et examens médicaux nécessaires au suivi des assurés qui ne relèvent plus des dispositions du 3°, dans des situations cliniques définies sur la base de recommandations de la Haute Autorité de santé et dans des conditions fixées par décret pris après avis de la Haute Autorité de santé ; »

2° (nouveau) L'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé :

« La liste prévue au 3° comporte en annexe la définition des critères médicaux d'admission, pour une durée déterminée, au bénéfice des dispositions du 3° et de ceux justifiant le renouvellement de cette admission. »

Article 29 bis

I. – *Supprimé*

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

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

Après ...

... rédigé :

« Art. L. 5121-10-3. – L'enregistrement d'une marque au sens de l'article L. 711-1 du code de la propriété intellectuelle afférente aux caractères organoleptiques d'une spécialité de référence au sens de l'article L. 5121-1 du présent code ne fait pas obstacle à ce qu'une spécialité générique susceptible d'être délivrée par substitution à ladite spécialité de référence en application de l'article L. 5125-23 présente des caractères organoleptiques identiques ou similaires.

« 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. »

« L'enregistrement d'un dessin ou modèle au sens de l'article L. 511-1 du code de la propriété intellectuelle afférent aux caractères organoleptiques d'une spécialité de référence au sens de l'article L. 5121-1 du présent code ne fait pas obstacle à ce qu'une spécialité générique susceptible d'être délivrée par substitution à ladite spécialité de référence en application de l'article L. 5125-23 présente des caractères organoleptiques identiques ou similaires. »

Alinéa supprimé

Article 29 *ter*

..... Conforme

Article 29 *quater* (nouveau)

Article 29 *quater*

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

I. – La dernière ...

... est supprimée.

II (nouveau). – Au dernier alinéa de l'article L. 4151-1 du même code, après le mot : « médecin », est inséré le mot : « traitant ».

Article 29 *quinquies* (nouveau)

Article 29 *quinquies*

L'article L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

Supprimé

« Sous réserve du respect des dispositions du premier alinéa, lorsqu'il existe plusieurs alternatives médicamenteuses à même visée thérapeutique, le médecin prescrit un traitement médicamenteux figurant au répertoire des groupes génériques, à moins que des raisons particulières tenant au patient ne s'y opposent.

« En cas d'inobservation répétée des dispositions de l'alinéa précédent, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut engager la procédure prévue au 5° du I de l'article L. 162-1-15. »

Article 29 *sexies*

..... Conforme

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Article 29 septies (nouveau)

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, une expérimentation au bénéfice d'une partie de la population visée au premier alinéa. »

Article 30

Conforme

Article 30 bis A (nouveau)

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

« 14° 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° ainsi rédigé :

« 4° Arrête le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie au développement professionnel continu pour chaque catégorie de professionnel mentionné 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° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Article 30 bis (nouveau)

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

« En revanche, 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 bis

Alinéa sans modification

« Elles ne ...

... sociale. »

Article 30 ter (nouveau)

L'article L. 4364-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les orthoprothésistes, les podoprothésistes et les orthopédistes-orthésistes peuvent adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'orthèses plantaires datant de moins de trois ans dans des conditions fixées par décret et sauf opposition du médecin. »

Article 30 quater (nouveau)

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

« 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 exerçant les spécialités de gynécologie-obstétrique ou d'obstétrique dans un établissement de santé est condamné par une juridiction à réparer les dommages subis par la victime et que la couverture d'assurance prévue à l'article L. 1142-2 du présent code est épuisée, 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

..... Conforme

Article 31 bis A (nouveau)

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° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :

« 3° 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° et 2°.

« Pour les établissements mentionnés à l'article L. 342-1 à l'exception de ceux mentionnés au 4°, 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°, 2° et 3°, 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° du I de

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

l'article L. 312-1 du présent code et du 2° 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 31 bis

..... Conforme

Article 32

Article 32

I A (*nouveau*). – Le VI de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 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° Au deuxième alinéa du B du V, l'année : "2008" est remplacée par l'année : "2010" ;

« 2° Au troisième alinéa du C et au D du V, l'année : "2012" est remplacée par les mots : "une date fixée par décret".

« Ces dispositions entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2010. »

I. – Le premier alinéa du VII de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée est ainsi modifié :

1° L'année : « 2012 » est, par trois fois, remplacée par l'année : « 2018 » ;

2° (*nouveau*) À la dernière phrase, le mot : « octobre » est remplacé par le mot : « septembre » ;

3° (*nouveau*) 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 A. – Non modifié

I. – Le premier alinéa du VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée est ainsi modifiée :

1° L'année ...

... l'année : « 2014 » ;

2° Non modifié

3° Alinéa sans modification

« Ce bilan ...

... l'échéance de 2014. »

I bis (nouveau). – 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^{er} janvier 2012, la part des frais d'hospitalisation, des actes et consultations externes mentionnés à l'article L. 162-26 du même code, prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins dispensés dans le cadre des activités de médecine exercées par les hôpitaux locaux au sens de l'article L. 6141-2 du code de la santé publique, dans sa version antérieure à la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 précitée, est incluse dans la

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
1° A (*nouveau*) 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 (*nouveau*) 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 de dispositions communautaires ou d'un accord conclu entre la France et l'État concerné, ou en application d'un accord particulier conclu par la France soit dans le cadre de dispositions communautaires, soit dans le cadre d'un accord conclu avec cet État. » ;

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 des accords mentionnés à ce même 7°.

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

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 et à la seconde phrase du D du V, l'année : "2012" est remplacée par les mots : "une date fixée par décret". »

I ter (nouveau). – Au 2 du VI de l'article 1^{er} de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, l'année : « 2018 » est remplacée par l'année : « 2014 ».

II. – Alinéa sans modification

1° A Non modifié

1° B Non modifié

1° Alinéa sans modification

« 7° Les ...

... en application d'un accord conclu entre la France et l'État concerné. » ;

1° bis (nouveau) 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° Alinéa sans modification

« Art. L. 174-2-2. – Une ...

... en application de l'accord mentionné à ce même 7°.

Alinéa sans modification

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Article 32 bis (nouveau)

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

« Nonobstant les dispositions de l'article L. 4127-1, les sites informatiques des établissements de santé peuvent comporter des informations sur les tarifs et honoraires des professionnels de santé qui y exercent. »

Article 32 bis A (nouveau)

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 (nouveau)

À l'article L. 111-7 du code des juridictions financières, après le mot : « européenne », sont insérés les mots : « , sur les organismes mentionnés à l'article L. 6161-1 du code de la santé publique et à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ».

Article 32 bis

Alinéa sans modification

« Les sites informatiques des établissements de santé peuvent comporter les informations transmises par les questionnaires des régimes obligatoires de base d'assurance maladie à leurs assurés sociaux en application de l'article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale sur les tarifs et honoraires des professionnels qui exercent dans ces établissements. Les sites informatiques des professionnels de santé d'exercice libéral bénéficient du même droit. Une convention entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les organisations représentatives des établissements de santé précise les conditions dans lesquelles les régimes fournissent les informations aux établissements. »

Article 32 ter et 33

.....Conformes.....

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Article 33 bis A (nouveau)

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 (nouveau)

Pour 2010, le concours mentionné au b du III de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles fait l'objet d'une péréquation au bénéfice des départements qui, au titre des exercices des années 2006 à 2010, présentent une dépense cumulée, relative à la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1 du même code, minorée de la baisse des montants versés au titre de l'allocation compensatrice mentionnée à l'article 95 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, excédant les concours susmentionnés versés au cours de la même période. Les modalités de cette péréquation sont définies par décret en Conseil d'État, pris après avis du conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie mentionné à l'article L. 14-10-3 du même code.

Articles 33 bis à 33 quinquies

.....Conformes.....

Article 33 sexies (nouveau)

L'article L. 138-26 du code de la sécurité sociale, tel qu'il résulte de l'article 87 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009, est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation aux dispositions de l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles et jusqu'à ce que la décision relative à l'agrément prévu à cet article soit rendue, la signature et le dépôt auprès de l'autorité administrative compétente, dans les conditions définies à l'article L. 2231-6 du code du travail, des accords conclus ou des plans d'action établis conformément aux dispositions de l'article L. 138-25 du présent code, suspendent l'application

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Article 34

Pour l'année 2010, outre une dotation destinée à financer une partie des dépenses d'installation de ces organismes, qui fera l'objet d'un rattachement par voie de fonds de concours, la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des agences régionales de santé est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture, pour un montant correspondant aux dépenses afférentes aux emplois transférés par les organismes d'assurance maladie et aux crédits de fonctionnement s'y rapportant.

Article 35

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.

Texte adopté par le Sénat

de la pénalité mentionnée à l'article L. 138-24 du même code par les organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du même code et à l'article L. 725-3 du code rural. »

Article 33 septies (nouveau)

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

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

I. – Non modifié

II. – Non modifié

III. – Non modifié

IV. – Non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

V (nouveau). – 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 (nouveau)

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 leur entrée en vigueur. »

Article 35 bis

.....Conforme.....

Article 36

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 178,8 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 155,8 milliards d'euros.

Article 36

Alinéa sans modification

1° Pour ... à 179,1 milliards d'euros ;

2° Pour ... 155,7 milliards d'euros.

Article 37

.....Conforme.....

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 38

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

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 38

I. – Alinéa sans modification

« Art. L. 351-4. – I. – Alinéa sans modification

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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 dans le délai de six mois à compter du troisième anniversaire de la naissance de l'enfant ou de son adoption.

« En cas de désaccord exprimé par l'un ou l'autre des parents dans le délai mentionné à l'alinéa précédent, la caisse désigne celui des parents qui établit avoir contribué à titre principal à l'éducation de l'enfant pendant la période la plus longue.

« 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.

« 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 dans le délai de six mois à compter du troisième anniversaire de l'adoption de l'enfant. En cas de désaccord exprimé par l'un ou l'autre des parents dans ce délai, la caisse désigne celui des parents qui établit avoir contribué à titre principal à l'accueil et aux démarches mentionnés à l'alinéa précédent ou, à défaut, décide que la majoration sera 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.

Texte adopté par le Sénat

« II. – Il est ...

... pendant les *quatre* années suivant sa naissance ou son adoption.

Alinéa sans modification

« Cette option est exprimée auprès de la caisse d'assurance vieillesse *compétente* dans le délai de six mois à compter du *quatrième* 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.*

Alinéa sans modification

« En cas de décès de l'enfant avant la fin de la *quatrième* année ...

... présent II.

« La décision ...

... survivant *qui a effectivement élevé ses enfants.*

« III. – Alinéa sans modification

« Les ...

... assurance vieillesse *compétente* dans un délai de six mois à compter du *quatrième* 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.*

Alinéa sans modification

Texte adopté par l'Assemblée nationale

« La décision, y compris implicite, des parents ou l'attribution de la majoration ne peut être modifiée.

« IV. – Sont substituées dans les droits des parents pour l'application du II du présent article, les personnes auxquelles l'enfant a été confié par une décision de justice rendue sur le fondement du deuxième alinéa de l'article 373-3 et du 2° de l'article 375-3 du code civil, ou le bénéficiaire d'une délégation totale de l'autorité parentale en vertu du premier alinéa de l'article 377-1 du même code, et qui ont effectivement assumé l'éducation de l'enfant pendant une ou plusieurs années au cours de ses quatre premières années ou des quatre années suivant son adoption. Dans ce cas, la majoration est attribuée à raison d'un trimestre par année.

« 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 (nouveau). – 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.

« 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 après le 1^{er} 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° 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. »

Texte adopté par le Sénat

« La ...

... 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 ses enfants.*

« IV. – Non modifié

« V. – Non modifié

« V bis. – Non modifié

« VI. – Non modifié

« VII. – Non modifié

« VIII. – Pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} janvier 2010, les ...

... objet. »

« IX (nouveau). – Avant le 1^{er} 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

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

II. – L'article L. 351-5 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « Le père » sont remplacés par le mot : « L' » ;

2° 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^{er} 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. – 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* (*nouveau*). – 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. »*

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. – Non modifié

III. – Alinéa sans modification

Division et
intitulé sans modification

« *Art. L. 173-2-0-1 A. (nouveau). – 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. – Non modifié*

III *bis*. – Non modifié

IV. – Non modifié

V. – Non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

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^{er} avril 2010.

VIII. – Pour les enfants nés ou adoptés avant le 1^{er} 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^{er} 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.

VI. – Non modifié

VII. – Non modifié

VIII. – Non modifié

IX (nouveau). – 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. Ce décret doit intervenir de telle sorte que lesdites règles d'attribution parviennent aux assurés avant la date limite de répartition entre les deux parents.

Article 38 bis (nouveau)

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

Articles 39 et 39 bis

.....Conformes.....

Article 39 ter (nouveau)

Le bénéfice des dispositions du 1° de l'article L. 9 du code des pensions civiles et militaires de retraite n'est pas cumulable avec le bénéfice des dispositions de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale. Seule la règle la plus favorable s'applique.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Article 40

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* ».

Texte adopté par le Sénat

Article 40

I. – L'article ...
... modifié :

1° Non modifié

2° Non modifié

II (nouveau). – *Le présent article entre en vigueur le 1^{er} juillet 2010.*

Article 40 bis (nouveau)

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^{er} janvier 2012, les cotisations et contributions de sécurité sociale des travailleurs indépendants qui créent une activité » sont remplacés par les mots : « , les cotisations et contributions de sécurité sociale des travailleurs indépendants »*

2° *Le II est abrogé.*

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

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 (nouveau)

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 à l'article 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 ».

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

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^{er} janvier 2011.

Article 41

..... Conforme

Section 3

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

Article 42

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 délai déterminé de certaines situations particulièrement graves de risque exceptionnel définies par voie réglementaire et qui ont donné lieu à une première injonction ; »

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. »

Section 3

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

Article 42

Alinéa sans modification

1° Non modifié

2° Alinéa sans modification

« 1° *bis* Imposition découlant d'une répétition *dans un établissement* dans un ...

... définies *par arrêté* et qui ont donné lieu à une première injonction *à cet établissement* ; »

3° Alinéa sans modification

« La ...

... 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.* »

Articles 43, 43 bis et 44

..... Conformes

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Article 44 bis (nouveau)

Article 44 bis

Supprimé

Dans l'objectif de réduire la sous-déclaration des maladies professionnelles et de prévenir toutes les atteintes à la santé des salariés, y compris les atteintes à la santé mentale, le Gouvernement lance une réflexion d'ensemble sur l'évolution des tableaux des maladies professionnelles. Les conclusions de cette étude font l'objet d'un rapport déposé devant le Parlement avant le 30 juin 2010.

Article 45

Section 4

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

Article 46

.....Conforme.....

Article 46 bis A (nouveau)

I. – Après le chapitre I^{er} du titre II du livre IV du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un chapitre I^{er} bis ainsi rédigé :

« CHAPITRE I^{er} BIS

« Maisons d'assistants maternels

« Art. L. 421-19. – Les maisons d'assistants maternels réunissent les assistants maternels et les mineurs qu'ils accueillent.

« L'agrément défini à l'article L. 421-3 fixe le nombre de mineurs qu'un assistant maternel est autorisé à accueillir simultanément dans la maison d'assistants maternels où il exerce.

« Plus de quatre assistants maternels ne peuvent exercer dans une même maison.

« Art. L. 421-20. – Chaque parent peut autoriser l'assistant maternel qui accueille son enfant à déléguer cet accueil à un ou plusieurs assistants maternels exerçant dans la maison d'assistants maternels.

« L'autorisation figure sur le contrat de travail de l'assistant maternel.

« Le contrat de travail précise, après leur accord, les noms des assistants maternels exerçant dans la maison auxquels la délégation est accordée.

« Art. L. 421-21. – La délégation d'accueil mentionnée à l'article L. 421-20 prend la forme d'un accord écrit entre les deux, trois ou quatre assistants maternels concernés. Elle ne peut aboutir à ce qu'un assistant maternel n'assure pas le nombre d'heures d'accueil prévu par son ou ses contrats de travail.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

« Art. L. 421-22. — Sans préjudice de l'article L. 421-13, les assistants maternels autorisés à déléguer l'accueil des enfants dans les conditions prévues à l'article L. 421-20 s'assurent pour tous les dommages, intervenus lors d'une délégation d'accueil, que les enfants pourraient provoquer et pour ceux dont ils pourraient être victimes

« Art. L. 421-23. — Lorsqu'une personne souhaite exercer la profession d'assistant maternel dans une maison d'assistants maternels et ne dispose pas de l'agrément défini à l'article L. 421-3, un agrément lui est délivré par le président du conseil général du département où elle réside dans les conditions définies à l'article L. 421-3. Cet agrément fixe le nombre et l'âge des mineurs que l'assistant maternel est autorisé à accueillir simultanément dans la maison d'assistants maternels. Ce nombre ne peut être supérieur à quatre. Il peut être porté à six après que l'assistant maternel a accueilli quatre enfants simultanément pendant trois ans dans la maison d'assistants maternels.

« L'assistant maternel déjà agréé qui souhaite exercer dans une maison d'assistants maternels demande la modification de son agrément et indique le nombre de mineurs qu'il prévoit d'y accueillir. Si les conditions d'accueil de la maison garantissent la sécurité et la santé des mineurs, l'agrément modifié est accordé et précise le nombre et l'âge des mineurs que l'assistant maternel peut accueillir simultanément. Ce nombre ne peut être supérieur à six. À défaut de réponse dans un délai de deux mois après réception de la demande, celle-ci est réputée acceptée.

« La délivrance de l'agrément ou de l'agrément modifié ne peut être conditionnée à la signature d'une convention entre le président du conseil général, l'organisme mentionné à l'article L. 212-2 du code de la sécurité sociale et les assistants maternels.

« Art. L. 421-24. — Le ménage ou la personne qui emploie un assistant maternel assurant l'accueil d'un mineur dans une maison d'assistants maternels perçoit le complément de libre choix du mode de garde dans les conditions prévues à l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale. »

II. — L'article 80 sexies du code général des impôts est applicable aux revenus professionnels liés à l'activité d'assistant maternel exerçant dans une maison d'assistants maternels, sauf si l'assistant maternel est salarié d'une personne morale de droit privé.

III. — Les maisons d'assistants maternels mentionnées au I ne sont pas des établissements au sens de l'article L. 233-2 du code rural.

IV. — En conséquence, le II de l'article 108 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 est abrogé.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Article 46 bis B (nouveau)

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 (nouveau)

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 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 bis

.....Conforme.....

Article 46 ter (nouveau)

Le premier alinéa de l'article L. 421-4 du code de l'action sociale et des familles est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le président du conseil général agréé, si les conditions d'accueil le permettent, un assistant maternel pour deux enfants au minimum, dès la première demande. »

Article 46 ter

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.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

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. »

Article 47

.....Conforme.....

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

Après l'article L. 723-4-1 du code rural, il est inséré un article L. 723-4-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 723-4-2. – 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 une plus grande maîtrise des coûts de gestion administrative et technique et des risques financiers.

« Ces prescriptions peuvent intervenir dans les domaines du contrôle de gestion, des contrôles budgétaires et immobiliers, du contrôle interne, de la lutte contre les fraudes et de la gestion du risque.

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

« 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 oeuvre des mesures de redressement nécessaires, pour une durée qu'il fixe et qui est strictement nécessaire à cette mise en oeuvre.

« 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. »

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

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.

Alinéa supprimé

Alinéa sans modification

« À titre exceptionnel, si cette ...

... mise en œu-

vre.

Alinéa sans modification

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Article 48 bis (nouveau)

I. – Après l'article L. 114-22 du code de la sécurité sociale, il est inséré un chapitre IV *quater* ainsi rédigé :

« CHAPITRE IV QUATER

« **Performance du service public de la sécurité sociale**

« Art. L. 114-23. – Il est créé, au sein de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale mentionnée à l'article L. 224-5, un fonds de performance de la sécurité sociale. Ce fonds finance des actions, notamment la réalisation d'études, d'audits ou de projets concourant à la modernisation et à l'amélioration de la performance globale du service public de la sécurité sociale, et contribue aux dépenses de fonctionnement de toute nature résultant des missions de contrôle et d'évaluation des organismes de sécurité sociale.

« Les dépenses du fonds sont imputées sur les budgets de gestion des caisses nationales du régime général, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de la Caisse nationale du régime social des indépendants, de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, ainsi que des régimes spéciaux.

« Les modalités de gestion de ce fonds sont fixées par décret. Le montant de sa dotation est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale. »

II. – L'article L. 224-5 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Elle assure la gestion administrative et comptable du fonds prévu à l'article L. 114-23. »

Section 6

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Texte adopté par le Sénat

Article 48 bis

Supprimé

Section 6

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 49

..... Conforme.....

Section 7

Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude

Article 50

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 ;

Section 7

Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude

Article 50

I. – Alinéa sans modification

1° Non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

« 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° (*nouveau*) Il est ajouté un II ainsi rédigé :

« II. – Lorsque l'intention de frauder est établie, le montant de la pénalité ne peut être inférieur au montant fixé en application du deuxième alinéa de l'article L. 133-3. 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 même code, 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° Non modifié

3° Non modifié

4° Non modifié

5° Non modifié

6° Alinéa sans modification

« II. – Lorsque ...

... ne peut être inférieur à un dixième du plafond mensuel de la sécurité sociale. En outre, ...

... sécurité

sociale.

II. – Non modifié

III. – Non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

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.

IV. – Non modifié

Article 51

.....Conforme.....

Article 52

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 : « juin 2010 ».

Article 52

Alinéa sans modification

1° Non modifié

2° À la ...
... « septembre 2010 ».

Article 53

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 défini par décret, dont la durée ne peut excéder 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. »

Article 53

I. – Alinéa sans modification

« Lorsqu'un ...

... un délai *maximum*
de quarante-huit heures. Le ...

... service :
« 1° Non modifié

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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. »

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° 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. »

Texte adopté par le Sénat

II. – Alinéa sans modification

« Art. L. 323-7. – Lorsqu'une ...

... médical rendu dans un délai défini par décret. »

III. – Non modifié

Article 53 bis (nouveau)

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° 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

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

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 justifiées 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 médical.

III. – Le comité médical compétent peut être saisi par l'intéressé 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 ministre chargé de la sécurité sociale et le Gouvernement transmettent 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 sala-

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

riés. 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

..... Conforme

Article 54 bis (nouveau)

I. – La section 3 du chapitre III du titre III du livre I^{er} 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

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

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.133-4-5, ».

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. 133-4-5 du code de la sécurité sociale est applicable à l'allocation pour adulte handicapé. »

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Article 55 (nouveau)

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 coauteur de son sous-traitant, et ce, dès l'établissement du procès-verbal ;

« – qu'informé du recours du sous-traitant au travail dissimulé, dans les conditions prévues à l'article L. 8222-7 du même code, il n'a pas enjoint au sous-traitant de faire cesser cette situation.

« 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. »

Texte adopté par le Sénat

Article 55

Alinéa sans modification

« Art. L. 133-4-5. – L'infraction ...

... 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.

Alinéa supprimé

Alinéa sans modification

Articles 56, 57 et 58

.....Conformes.....

ANNEXE 1

TABLEAUX FIGURANT DANS LES ARTICLES DU PROJET DE LOI

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Article 1^{er}

..... Conforme

Article 4

..... Conforme

Article 7

..... Conforme

Article 8

..... Conforme

Article 21

1° ...

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Maladie	164,7
Vieillesse	182,9
Famille	50,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	404,1

2° ...

(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° ...

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Fonds solidarité vieillesse (FSV)	12,9

Article 21

1° ...

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Maladie	<u>164,6</u>
Vieillesse	<u>182,4</u>
Famille	50,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	<u>403,7</u>

2° ...

Tableau non modifié

3° ...

Tableau non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Article 22

(En milliards d'euros)

	Prévisions de Recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	164,7	178,8	-14,2
Vieillesse	182,9	195,0	-12,2
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)	404,1	435,6	-31,5

Article 23

(En milliards d'euros)

	Prévisions de Recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	141,2	155,8	-14,6
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	318,6	-30,6

Texte adopté par le Sénat

Article 22

(En milliards d'euros)

	Prévisions de Recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	<u>164,6</u>	<u>179,1</u>	<u>-14,5</u>
Vieillesse	<u>182,4</u>	195,0	<u>-12,6</u>
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)	<u>403,7</u>	<u>435,9</u>	<u>-32,2</u>

Article 23

(En milliards d'euros)

	Prévisions de Recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	141,2	<u>155,7</u>	<u>-14,5</u>
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	<u>318,5</u>	<u>-30,5</u>

Articles 24 et 25

..... Conformes

Article 27

..... Conforme

Article 37

..... Conforme

Article 49

..... Conforme

ANNEXE 2
RAPPORTS ANNEXÉS AU PROJET DE LOI

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

—
**Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour
2010**

—
**Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour
2010**

ANNEXE A

ANNEXE A

**Rapport décrivant les mesures prévues pour
l'affectation des excédents et la couverture des déficits
constatés sur l'exercice 2008**

**Rapport décrivant les mesures prévues pour
l'affectation des excédents et la couverture des déficits
constatés sur l'exercice 2008**

..... Conforme.....

ANNEXE B

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

Hypothèses d'évolution moyenne sur la période 2010-2013

(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%

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.

A 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.

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.

Des recettes affectées durablement par la crise économique

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.

La perte de recettes imputables à la chute de la

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

Tableau non modifié

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Des recettes affectées durablement par la crise économique

Non modifié

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.

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...

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.

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 ce projet de 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 inéquitables.

La nécessité de poursuivre la maîtrise des dépenses

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.

En matière de retraites, les dépenses tendancielles 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 »

En matière d'assurance vieillesse, la réflexion sur la réallocation de certaines dépenses et recettes au sein du

La nécessité de poursuivre la maîtrise des dépenses

Non modifié

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, ce projet de 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 maladie (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.

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.

Régime général

(En milliards d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Maladie							
Recettes	135,4	140,7	139,3	141,2	147,4	154,1	160,6
Dépenses	140,0	145,2	150,8	155,8	161,1	166,6	172,2
Solde	-4,6	-4,4	-11,5	-14,6	-13,7	-12,5	-11,6
Accidents du travail/Maladies professionnelles							
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
Solde	-0,5	0,2	-0,6	-0,8	-0,5	-0,2	0,0
Famille							
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	57,7	59,4
Solde	0,2	-0,3	-3,1	-4,4	-4,3	-3,7	-3,1
Vieillesse							
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
Solde	-4,6	-5,6	-8,2	-10,7	-11,6	-13,0	-14,5
Toutes branches consolidé							
Recettes	281,6	293,1	291,2	288,1	301,1	314,4	327,5
Dépenses	291,1	303,1	314,6	318,6	331,2	343,8	356,7
Solde	-9,5	-10,2	-23,5	-30,6	-30,1	-29,4	-29,2

Régime général

(En milliards d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Maladie							
Recettes	135,4	140,7	139,3	141,2	147,4	154,1	160,6
Dépenses	140,0	145,2	150,8	<u>155,7</u>	<u>160,9</u>	<u>166,3</u>	<u>171,9</u>
Solde	-4,6	-4,4	-11,5	-14,5	-13,5	-12,2	-11,3
Accidents du travail/Maladies professionnelles							
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
Solde	-0,5	0,2	-0,6	-0,8	-0,5	-0,2	0,0
Famille							
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	<u>57,8</u>	59,4
Solde	0,2	-0,3	-3,1	-4,4	-4,3	-3,8	-3,2
Vieillesse							
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
Solde	-4,6	-5,6	-8,2	-10,7	-11,6	-13,0	-14,5
Toutes branches consolidé							
Recettes	281,6	293,1	291,2	288,1	301,1	314,4	327,5
Dépenses	291,1	<u>303,3</u>	314,6	<u>318,5</u>	<u>331,1</u>	<u>343,6</u>	<u>356,4</u>
Solde	-9,5	-10,2	-23,4	-30,5	-29,9	-29,2	-28,9

Ensemble des régimes obligatoires de base

(En milliards d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Maladie							
Recettes	157,4	164,0	162,3	164,7	171,4	178,9	186,1
Dépenses	162,4	168,1	173,9	178,8	185,2	191,4	197,7
Solde	-5,0	-4,1	-11,6	-14,2	-13,7	-12,5	-11,6
Accidents du travail/Maladies professionnelles							
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
Solde	-0,4	0,2	-0,5	-0,7	-0,4	-0,1	0,2
Famille							
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
Solde	0,2	-0,3	-3,1	-4,4	-4,3	-3,7	-3,1
Vieillesse							
Recettes	169,1	175,3	178,4	182,9	189,6	196,4	203,3
Dépenses	173,0	180,9	187,9	195,0	202,5	210,7	219,0
Solde	-3,9	-5,6	-9,5	-12,2	-13,0	-14,3	-15,7
Toutes branches consolidées							
Recettes	388,7	404,2	403,8	404,1	420,2	437,2	454,0
Dépenses	397,9	414,0	428,4	435,6	451,6	467,8	484,2
Solde	-9,1	-9,7	-24,7	-31,5	-31,4	-30,6	-30,3

Fonds de solidarité vieillesse

(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
Solde	0,2	0,8	-3,0	-4,5	-4,0	-3,7	-3,1

Fonds de financement des prestations sociales agricoles

(En milliards d'euros)

	2008
Recettes	22,1
Dépenses	16,8
Solde	5,3

Ensemble des régimes obligatoires de base

(En milliards d'euros)

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

Tableau non modifié

Tableau non modifié

ANNEXE C

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

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

Exercice 2008

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	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
Total par branche	164,0	175,3	57,7	12,3	404,2

Exercice 2009 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	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	6,0	6,7	0,1	13,2
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	2,3	0,7	0,3	0,7	3,9
Total par branche	162,3	178,4	56,6	12,1	403,8

ANNEXE C

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

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

Exercice 2008

Tableau non modifié

Exercice 2009 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	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	<u>6,3</u>	6,7	0,1	<u>13,6</u>
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	<u>2,7</u>	<u>0,9</u>	<u>0,7</u>	0,7	<u>5,0</u>
Total par branche	162,3	178,4	56,6	12,1	403,8

Exercice 2010 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Total par catégorie
Cotisations effectives	73,9	95,5	31,9	8,8	210,1
Cotisations fictives	1,1	40,4	0,1	0,4	41,9
Cotisations prises en charge par l'État	1,7	1,4	0,7	0,0	3,9
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	81,5	15,4	16,3	2,2	115,4
<i>Dont contribution sociale généralisée</i>	58,2	0,0	12,0	0,0	70,2
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	2,4	0,6	0,3	0,6	3,8
Total par branche	164,7	182,9	50,1	12,1	404,1

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

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

Exercice 2008

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	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>	52,2	0,0	12,2	0,0	64,4
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
Total par branche	140,7	89,5	57,2	10,8	293,1

Exercice 2010 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	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>	58,2	0,0	12,0	0,0	70,2
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
Total par branche	164,6	182,4	50,1	12,1	403,7

Alinéa sans modification

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

Exercice 2008

Tableau non modifié

Exercice 2009 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	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	2,1	0,1	0,3	0,4	3,0
Total par branche	139,3	90,7	56,1	10,5	291,2

Exercice 2010 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Total par catégorie
Cotisations effectives	65,4	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	9,9	16,3	2,1	95,1
<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	2,2	0,1	0,3	0,4	3,1
Total par branche	141,2	92,1	49,6	10,6	288,1

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)

Exercice 2009 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	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
Total par branche	139,3	90,7	56,1	10,5	291,2

Exercice 2010 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	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
Total par branche	141,2	92,1	49,6	10,6	288,1

Alinéa sans modification

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

Exercice 2008

(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>	<i>11,6</i>	<i>1,0</i>
Transferts reçus	2,4	5,6
Revenus des capitaux	0,0	0,0
Autres ressources	0,0	8,2
Total par branche	15,4	22,1

Exercice 2009 (prévisions)

(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	10,0
<i>Dont contribution sociale généralisée</i>	<i>9,1</i>
Transferts reçus	2,9
Revenus des capitaux	0,0
Autres ressources	0,0
Total par branche	12,9

Exercice 2010 (prévisions)

(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>	<i>9,2</i>
Transferts reçus	3,6
Revenus des capitaux	0,0
Autres ressources	0,0
Total par branche	12,9

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

Exercice 2008

Tableau non modifié

Exercice 2009 (prévisions)

Tableau non modifié

Exercice 2010 (prévisions)

Tableau non modifié