

N° 2950

N° 121

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
TREIZIÈME LÉGISLATURE

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2010-2011

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale
le 18 novembre 2010

Annexe au procès-verbal de la séance
du 18 novembre 2010

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 2011*,

PAR M. YVES BUR

Rapporteur,
Député.

PAR M. ALAIN VASSELLE

Rapporteur,
Sénateur.

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

Membres titulaires : MM. Jean-Pierre Door, Denis Jacquat, Mmes Marisol Touraine, Catherine Lemorton et Martine Pinville, députés ; MM. Gérard Dériot, André Lardeux, Bernard Cazeau, René Teulade et Guy Fischer, sénateurs.

Membres suppléants : Mme Bérengère Poletti, MM. Philippe Vitel, Guy Lefrand, Mme Danièle Hoffman-Rispal, MM. Gérard Bapt et Jean-Luc Préel, députés ; M. François Autain, Mme Sylvie Desmarescaux, MM. Jean-Jacques Jégou, Ronan Kerdraon, Dominique Leclerc, Mme Raymonde Le Texier, et M. Alain Milon, sénateurs.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (13^{ème} législ.) : 2854, 2912, 2916 et T.A. 553.

Sénat : 84, 88, 90 et T.A. 22 (2010-2011)

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 2011 s'est réunie à l'Assemblée nationale le jeudi 18 novembre 2010.

La commission mixte paritaire procède d'abord à la désignation de son bureau, qui est ainsi constitué :

- M. Pierre Méhaignerie, député, président,
- Mme Muguet Dini, sénatrice, vice-présidente,
- M. Yves Bur, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale,
- M. Alain Vasselle, sénateur, rapporteur pour le Sénat.

* *

*

M. Pierre Méhaignerie, député, président. Nous sommes réunis pour proposer un texte commun sur les dispositions du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 restant en discussion. Je donne immédiatement la parole à Mme Dini et à nos deux rapporteurs afin qu'ils nous indiquent les principaux points de divergence entre les deux assemblées.

Mme Muguet Dini, sénatrice, vice-présidente. Nous allons de nouveau nous livrer à un exercice compliqué sur les articles restant en discussion, sachant que le Sénat a connu des conditions difficiles d'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale en raison du changement de Gouvernement.

M. Guy Fischer, sénateur. Je souhaite effectuer une déclaration préliminaire pour dire notre opposition à un projet de loi de financement de la sécurité sociale qui entérine un déficit de plus de 24 milliards d'euros. Le Gouvernement a choisi, notamment avec la prise en charge de 130 milliards d'euros de dette par la CADES, de laisser filer les choses. On impose à l'assurance maladie environ 2,4 milliards d'euros de nouvelles économies, alors que 7,2 milliards d'euros vont en fait peser sur l'ensemble des branches. La recherche d'efficience, comme toujours, à l'hôpital public marque la volonté du Gouvernement, après la suppression du service public hospitalier, de privatiser

celui-ci. Pour la première fois, la recherche d'efficience porte aussi sur les personnes âgées, en particulier en matière d'affections de longue durée. C'est dire notre totale opposition à la philosophie de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Mme Marisol Touraine, députée. Je voudrais redire ici notre ferme opposition à la logique de ce texte. Sans reprendre l'ensemble des éléments qui justifie cette opposition, je veux simplement insister sur deux points.

En premier lieu, alors que tous les parlementaires, quelle que soit leur appartenance politique, ont manifesté leur inquiétude vis-à-vis du maintien d'un niveau élevé de déficit, ce projet ne traduit aucune politique d'avenir. Je ne reviendrai pas sur la question des retraites, mais le sacrifice du Fonds de réserve pour les retraites (FRR) est emblématique de ce point de vue.

En second lieu, ce projet de loi de financement illustre, comme les précédentes années, le choix de nouveaux déremboursements qui font peser sur les assurés la charge de la protection sociale. Ceci entraîne une réelle inquiétude sur un désengagement assumé mais non explicite de la sécurité sociale avec en parallèle un poids croissant des assurances complémentaires dans la prise en charge des dépenses de santé. Nous nous élevons fermement contre cette logique qui veut, en l'absence de mesures de structures qui s'imposent, que les assurés, par le biais de déremboursement ou de franchise, assument l'essentiel du déficit et de la mauvaise gestion.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat. Le projet de loi initial de financement de la sécurité sociale comprenait 60 articles ; 49 articles additionnels ont été introduits par l'Assemblée nationale, et donc, au total, 109 articles ont été examinés par le Sénat. Celui-ci en a adopté 55 conformes. Il en a modifié 43, supprimé 11 et a introduit 31 nouveaux articles. De ce fait, 85 articles doivent faire l'objet aujourd'hui de notre examen en commission mixte paritaire. Après examen par le Sénat, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 compte ainsi 140 articles qui, pour plus de la moitié, sont l'expression du droit d'amendement des parlementaires.

J'en viens maintenant aux travaux du Sénat.

La première partie du texte, relative à l'exercice 2009, ainsi que la deuxième partie, consacrée à l'exercice 2010, ont été votées conformes.

Sur la troisième partie, relative aux recettes et à l'équilibre pour 2011, quelques sujets méritent d'être signalés :

– à l'article 9, le Sénat a écarté de la reprise de dette le déficit de la branche accidents du travail-maladies professionnelles pour 2009 et 2010 ; en effet, cette branche doit revenir à l'équilibre dès cette année et elle devrait pouvoir, d'ici

deux à trois ans, absorber ce déficit ; en outre, il n'est pas souhaitable que le mode de gestion paritaire actuel de la branche soit modifié et, à cet égard, une reprise de dette par la CADES pourrait donner un mauvais signal ;

– à l'article 10 sur les retraites chapeau, le Sénat a relevé les seuils à partir desquels les bénéficiaires de rentes devront s'acquitter d'une contribution : 500 au lieu de 300 euros pour le taux de 7 % et 700 au lieu de 500 euros pour le taux de 14 % ;

– à l'article 11, le Sénat a rétabli la distinction du projet de loi initial entre stock-options et attributions gratuites d'actions ; en conséquence, seules les contributions sur les stock-options verront leurs taux accrus ;

– à l'article 12 *bis* sur l'affectation définitive du panier de recettes à la sécurité sociale, le Sénat a, d'une part, obtenu l'affectation de la totalité des droits tabacs à la sécurité sociale, d'autre part, prévu l'affectation de l'excédent de ce panier prioritairement à la branche famille, à hauteur du manque à gagner lié au transfert d'une fraction de la CSG qui lui revient à la CADES ; par ailleurs, un bilan annuel devra être fait dans l'annexe 5 du projet de loi ;

– à l'article 13, le Sénat a écarté l'assujettissement au forfait social des redevances versées aux artistes musiciens et mannequins ;

– à l'article 13 *ter*, le Sénat a ajusté le dispositif de taxation des indemnités de rupture de façon à en éviter la rétroactivité ;

– à l'article 16 *bis* sur l'activité de loueur de chambre d'hôtes, le Sénat a fixé un seuil afin de ne pas pénaliser les petites activités, notamment en milieu rural ;

– à l'article 20, le Sénat a accepté le relèvement à 30 millions d'euros de chiffre d'affaires du seuil de taxation des médicaments orphelins, mais a adopté une rédaction plus respectueuse de la compétence du législateur.

Sur la quatrième partie relative aux dépenses pour l'année 2011 et, pour commencer, sur l'assurance maladie, le Sénat a également adopté plusieurs modifications :

– à l'article 34, le Sénat a rendu le troisième avis du comité d'alerte systématique ; il s'agit de celui qu'il rend avant le 15 octobre sur les hypothèses de construction de l'ONDAM de l'année à venir ;

– le Sénat a supprimé l'article 36 *sexies*. Cet article réparait un oubli de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, qui a autorisé l'inscription de ce qu'on appelle – de façon d'ailleurs maladroite – les « quasi-génériques » au répertoire des groupes génériques, mais a omis de leur étendre l'application des mesures incitant à la substitution des spécialités génériques à la spécialité de

référence. Comme en 2008, nous craignons que ces dispositions ne relancent des campagnes de dénigrement des génériques. Cela dit, nous savons aussi les espoirs que l'on fonde sur la substitution, à une spécialité qui occasionne des dépenses très importantes à l'assurance-maladie, d'un générique qui ne pourra avoir la même présentation. Ces espoirs sont peut-être un peu excessifs. Mais nous ne voulons écarter aucune chance d'économie et nous nous laisserons donc peut-être convaincre de revenir au texte de l'Assemblée nationale ...

– pour l'article 36 *octies*, nous vous proposerons de le rétablir dans une rédaction plus ramassée ;

– à l'article 40, le Sénat a repoussé, à une très large majorité, la proposition du Gouvernement de mener une expérimentation pour créer des maisons de naissance ;

– à l'article 41 *bis*, le Sénat a adopté le principe d'une prise en compte du différentiel de charges entre catégories d'établissements dans le cadre de la convergence et lors de la fixation annuelle des tarifs et forfaits des soins et prestations ;

– il a également défini, à l'article 41 *ter*, les étapes devant permettre d'atteindre l'objectif de 2018 en matière de convergence : au moins 10 % des groupes homogènes de séjour (GHS) devront être concernés chaque année et la convergence devra être complète pour au moins la moitié d'entre eux ;

– il a prévu, à l'article 42 *quinquies*, que le programme de qualité et d'efficacité annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale présente un bilan des actes, prestations et médicaments prescrits en établissement et dont le coût pèse sur l'enveloppe de soins de ville ;

– à l'article 45, nous nous sommes inquiétés de la tendance persistante, et qui s'aggrave, de faire contribuer l'assurance maladie à des dépenses de nature variée et qu'elle n'a pas vocation à financer, d'autant plus que l'État évalue généreusement et gère sans rigueur excessive ses « emprunts » aux finances sociales. Les contributions demandées à l'assurance-maladie pour le financement de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) en témoignent, et l'article 6 du projet de loi de financement met en évidence, comme l'a relevé la Cour des comptes, « un surfinancement de l'EPRUS, déséquilibré au détriment de l'assurance maladie ». C'est pour réduire ce déséquilibre que nous avons supprimé la dotation à l'EPRUS pour 2011 ;

– nous avons également eu, à cet article et après l'article 45 *ter*, d'autres petites divergences avec le Gouvernement sur l'emploi des fonds de l'assurance maladie, mais nous ne pourrions évidemment en discuter aujourd'hui, puisque l'article 40 de la Constitution s'impose aux commissions mixtes paritaires comme aux commissions et aux membres de chaque assemblée ;

— tel qu'il avait été adopté par l'Assemblée nationale, l'article 45 *ter* comportait des dispositions relatives au financement des agences régionales de santé (ARS), dont le sens et la portée ne semblaient pas très clairs. La fongibilité des parts régionales du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) nous a paru prématurée, avant l'étude des conclusions du rapport récemment remis sur ce sujet au ministère de la santé. En outre, nous redoutons que la fongibilité des crédits des deux fonds rende encore plus complexes le suivi et le contrôle de leur utilisation. Nous avons donc préféré, à cet article, améliorer le mécanisme de déchéance des crédits inutilisés du FMESPP en prévoyant le retour des sommes prescrites à l'assurance-maladie, qui en a bien besoin. Cela incitera également à améliorer la gestion de ce fonds.

Par ailleurs, le Sénat a adopté trois amendements tendant à renforcer l'information et le rôle du Parlement, qui devra voter en projet de loi de financement de la sécurité sociale, alors que ces enveloppes sont aujourd'hui arrêtées par l'État :

— le montant des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) (article 45 *bis* A) ;

— l'objectif de dépenses d'assurance maladie (ODAM) : dépenses de psychiatrie et de soins de suite pour le secteur public et privé non lucratif (article 45 *bis* B) ;

— l'objectif quantifié national (OQN) : mêmes dépenses dans le secteur privé (article 45 *bis* C).

En ce qui concerne le secteur médico-social, le Sénat a adopté six amendements d'inégale importance :

— compte tenu de la décision du Gouvernement de restituer 100 millions d'euros de crédits médico-sociaux à l'assurance maladie au titre de l'année 2010, notre assemblée a souhaité sanctuariser pour l'avenir un montant minimal de crédits pour permettre à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de mettre en œuvre des plans d'aide à l'investissement. Elle a donc créé une section spécifique consacrée à l'investissement au sein du budget de la CNSA et lui a affecté 4 % de la contribution solidarité autonomie. Je sais que le débat sur la restitution des 100 millions a été vif à l'Assemblée nationale et nous partageons la même préoccupation ;

— par ailleurs, le Sénat a souhaité autoriser les établissements publics médico-sociaux à gérer eux-mêmes leur trésorerie, dans un contexte où il est difficile de dégager des crédits pour l'investissement. Cela fait trop longtemps que le Gouvernement nous dit qu'il va réfléchir à la question ;

— notre assemblée a introduit l'obligation de prévoir des coefficients correcteurs géographiques dans la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ; elle a accepté le report de la possibilité pour les groupements de coopération d'avoir une pharmacie à usage intérieur tout en souhaitant que celle-ci soit expérimentée sur un unique groupement. Le Sénat a aussi prévu la remise d'un rapport au Parlement sur l'agrément des conventions collectives des établissements sociaux et médico-sociaux. Il a enfin voulu éviter toute possibilité de requalifier les aides financières de l'aide sociale à l'enfance en rémunérations ouvrant droit à cotisations sociales.

Sur les autres branches, les mesures étaient peu nombreuses.

J'évoquerai simplement rapidement la branche famille : le Sénat a ouvert le prêt à l'amélioration de l'habitat aux assistantes maternelles qui travaillent dans les maisons d'assistantes maternelles. Il a également supprimé l'article 55 *ter* qui prévoyait de restreindre le montant des allocations familiales que peut percevoir une famille lorsque son enfant est confié au service de l'aide sociale à l'enfance. Formellement, il s'agit d'un cavalier social et, sur le fond, le sujet est trop grave pour être traité au détour d'un amendement au projet de loi.

Au total, l'ensemble des modifications apportées par le Sénat ne me 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 2011.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Bien que le nombre d'articles restant en discussion puisse paraître assez important, je suis certain que nos discussions aboutiront à un accord. En effet, il ne fait pas de doute que la commission mixte paritaire sera disposée à adopter bon nombre de ces articles soit dans le texte du Sénat, soit dans des rédactions communes que nous vous proposons avec le rapporteur général du Sénat.

Je me contenterai donc d'indiquer les quelques articles sur lesquels nous devons procéder à des choix.

En ce qui concerne les dispositions relatives aux recettes, à l'article 11, relatif à la majoration des contributions sur les stock-options et les attributions gratuites d'actions, je vous proposerai un amendement permettant de concilier la nécessité de maintenir un régime identique pour ces contributions avec le souci de ne pas pénaliser les petites attributions gratuites.

Je pense qu'il faut également revenir pour partie au texte de l'Assemblée nationale pour l'article 16, qui assujettit les gratifications diverses que les salariés peuvent recevoir de personnes autres que leur employeur. Tout en maintenant les apports du Sénat, qui ont notamment permis de lever les craintes légitimement exprimées par certaines professions, il me paraît en effet souhaitable de réintroduire

les avantages en nature dans le champ de ce dispositif, sous peine de le priver de l'essentiel de sa portée.

Pour ce qui est de l'affiliation des loueurs de chambres d'hôtes au régime social des indépendants, prévue par l'article 16 *bis*, j'estime que le Sénat a eu raison de prévoir un seuil. Il a cependant été fixé à un niveau un peu trop élevé, que je suggère donc de corriger.

S'agissant de l'article 20, qui propose de réserver diverses aides fiscales au développement des médicaments orphelins aux médicaments qui réalisent un chiffre d'affaires de moins de 30 millions d'euros, je crois que le Sénat est parvenu à un texte de compromis équilibré, moins sévère que le projet de loi initial, et dont la constitutionnalité est plus certaine que celle du texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

Je tiens d'ailleurs à redire ici que le recentrage de ces aides fiscales sur les médicaments orphelins qui en ont vraiment besoin ne compromet en aucun cas la prise en charge des patients atteints de maladies rares, contrairement à ce que l'on a parfois pu vouloir laisser entendre, et c'est cela le plus important. Ne nous leurrions pas : on peut être à la fois « orphelin » et « *blockbuster* ». Il n'est qu'à voir le chiffre d'affaires du *Glivec* pour s'en convaincre (plus de 150 millions d'euros par an sur le seul marché français).

Pour ce qui concerne les dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie, le Sénat a apporté des modifications intéressantes à certains dispositifs du projet de loi, par exemple à l'article 34, en prévoyant que le comité d'alerte publie tous les ans un avis sur la construction de l'ONDAM, et pas seulement en cas de doute majeur sur la sincérité de l'objectif comme le proposait le texte initial. Il a aussi simplifié l'article 39, pour stabiliser la procédure d'indemnisation des contaminations transfusionnelles par le virus de l'hépatite C, qui n'est en vigueur que depuis six mois à peine.

Le Sénat a aussi complété le texte par plusieurs dispositions qui peuvent être conservées, comme l'article 35 *bis*, qui prévoit l'entrée en vigueur du site Internet *ameli-direct* avant le 1^{er} juillet 2011. De même, le Sénat a inséré l'article 36 *bis* B qui tend à garantir que l'emploi de dispositifs médicaux innovants se fasse sans surcoût pour les patients.

Les sénateurs ont également prévu à l'article 36 *bis* A la possibilité d'intégrer un dispositif de rémunération à la performance dans la convention médicale et dans l'accord-cadre des centres de santé. On ne peut qu'approuver cette mesure, que notre commission avait adoptée en première lecture... J'ai néanmoins une crainte : il ne faudrait pas que la généralisation du contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) conduise à son affadissement. Il ne faudrait pas que les objectifs fixés aux médecins y perdent en ambition, auquel cas le dispositif constituerait simplement un effet d'aubaine pour les praticiens. D'ailleurs, on peut

d'ores et déjà s'interroger sur l'ampleur des économies que le CAPI a permis de réaliser... Nous avons du mal à obtenir des évaluations précises. C'est pourquoi je vous proposerai d'étoffer le dispositif proposé pour garantir une bonne information du Parlement sur l'équilibre économique de ces dispositifs.

En outre, à l'article 39 *bis* A, le Sénat a adopté une disposition tendant à favoriser le développement de pôles sectoriels d'imagerie médicale complets, afin de renforcer le maillage radiologique du territoire. L'idée me semble bonne, même s'il n'est pas certain que ce dispositif ait un impact direct sur les recettes et les charges des régimes obligatoires.

Par ailleurs, le Sénat a supprimé deux dispositions qui me semblent intéressantes :

– la première concerne les « quasi-génériques ». L'article 36 *sexies* que nous avons adopté, avec l'appui du Gouvernement, constituait un simple prolongement de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, qui avait institué le régime des « quasi-génériques » pour contrer les stratégies de contournement de certains laboratoires. Il s'agit de permettre aux laboratoires de consentir aux pharmaciens des remises supplémentaires pour ces médicaments, à l'image de ce qui existe pour les génériques *stricto sensu*. Cette disposition technique, et bien accueillie par les pharmaciens, mérite d'être rétablie et permettra de concrétiser les 130 millions d'économies potentielles attendues ;

– la seconde mesure tendait à étendre aux dispositifs médicaux certaines règles de régulation des dépenses applicables aux médicaments (article 36 *octies*). Nous pourrions, je crois, nous entendre sur une rédaction de compromis proposée par Alain Vasselle.

Concernant l'article 40, Bérengère Poletti et Jean-Pierre Door présenteront un amendement rétablissant l'expérimentation des maisons de naissance. Le débat a été long et riche dans nos deux assemblées. Il me semble, et je crois savoir qu'il en est de même pour Alain Vasselle, qu'il faut donner sa chance à ce dispositif, moyennant quelques améliorations. Nous ne pouvons balayer d'un revers de manche une demande réelle de nombreuses femmes. Je soutiendrai donc cet amendement.

Je vous proposerai en revanche la suppression de l'article 40 *bis* visant à autoriser les pharmacies à usage intérieur des hôpitaux à sous-traiter certaines de leurs tâches. En effet, il me semble qu'il ne convient pas de revenir sur le principe de l'unicité du circuit pharmaceutique au sein des hôpitaux, car la sous-traitance de la distribution des médicaments entraînerait une rupture dans l'unicité de ce circuit et exposerait au risque de ne plus assurer une prise en charge médicamenteuse garantissant au patient sécurité et qualité. Je note d'ailleurs que l'ensemble des pharmaciens hospitaliers et avec eux l'Ordre national des pharmaciens demandent la suppression de cette disposition.

Je souhaite également la suppression de l'article 41 *bis*, 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. Ces écarts – indéniables – nécessitent encore d'être objectivés. Si deux études sur le coût du travail sont déjà disponibles, les résultats en matière de fiscalité ne sont pas encore complètement connus. Par ailleurs, la prise en compte de ces écarts de coûts pour les établissements privés à but non lucratif au moyen d'un coefficient correcteur risque de complexifier un dispositif qui l'est déjà et d'être difficilement gérable. De plus, la création d'un coefficient *ad hoc* conduirait l'assurance maladie à assumer soit les décisions prises par les opérateurs privés dans le cadre d'une convention collective, soit les décisions adoptées par l'État dans le cadre de dispositions fiscales. Enfin, le risque inflationniste n'est pas négligeable puisque les services du ministère ont chiffré ce surcoût à plus de 100 millions d'euros si seuls les établissements privés à but non lucratif étaient concernés et à plus de 400 millions d'euros si tous les établissements privés étaient visés. Il conviendrait plutôt, à mon sens, de réfléchir à une prise en compte de ces écarts dans le cadre de l'enveloppe des aides à la contractualisation des MIGAC. Je partage les préoccupations exprimées, mais la disposition proposée n'est peut-être pas la plus judicieuse et j'encourage le Gouvernement à avancer sur ce point.

Je vous proposerai également la suppression de l'article 41 *ter*, qui fixe un objectif ambitieux de 10 % des groupes homogènes de séjour (GHS) concernés chaque année par la convergence, dont la moitié doit être complètement rapprochée. Je crois, en effet, que la convergence ciblée n'est pas adaptée à toutes les situations et n'a de sens que pour des séjours pour lesquels les pratiques médicales et les modes de prise en charge sont suffisamment semblables pour qu'un rapprochement des tarifs soit envisageable.

À l'article 42 *bis*, il me semble qu'il est préférable, ne serait-ce que pour des raisons de forme, de revenir au texte de l'Assemblée nationale.

En ce qui concerne le secteur médico-social, je voudrais souligner l'avancée constituée par les modifications apportées par le Sénat à l'article 43 *bis* qui permettent un financement pérenne des plans d'aide à l'investissement. Je pense que le débat engagé à l'Assemblée nationale sur ce sujet, à l'initiative de notre collègue Bérengère Poletti, aura constitué une base solide pour cette avancée. Je proposerai une modification à la marge permettant d'introduire un peu de souplesse dans le dispositif, mais sans toucher au cœur du dispositif que nous approuvons tous ici.

Je souhaite également que soit rétabli le III de l'article 45, relatif au montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'EPRUS. En effet, la suppression de la dotation des régimes obligatoires à l'EPRUS impacterait fortement son programme d'achat 2011 et le conduirait à abandonner une partie de ses opérations, pourtant d'importance majeure.

Si je comprends l'intention de garantir une information du Parlement *a priori* relativement à la fixation du montant de la dotation nationale de financement des MIGAC, de l'ODAM et de l'OQN, je souhaite néanmoins la suppression des articles 45 *bis* A, 45 *bis* B et 45 *bis* C, car la fixation de ces montants dès la loi de financement de la sécurité sociale reviendrait à se passer d'une souplesse pourtant nécessaire.

Par ailleurs, le Sénat a proposé une nouvelle rédaction de l'article 45 *ter*. Son dispositif prévoit que les crédits déçus du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), c'est-à-dire ceux pour lesquels il n'a été trouvé aucun emploi un an après leur vote, soient restitués à l'assurance maladie, et ne viennent donc plus alimenter les réserves du fonds. C'est une mesure de bonne gestion, à laquelle j'adhère. Je relève toutefois que son adoption a eu pour effet d'« écraser » les dispositions initiales de l'article, adoptées à l'initiative du Président Méhaignerie et soutenues par le Gouvernement, qui permettaient de créer – enfin ! – un embryon de fonds régional d'intervention aux mains des ARS, en rendant fongibles les crédits régionaux du FMESPP et du FIQCS.

Cette initiative vise à donner du sens à la création des ARS. En effet, à quoi bon avoir dans chaque région un organe unique de pilotage de la ville et de l'hôpital, si c'est pour que les financements restent cloisonnés et téléguidés depuis Paris ? La fongibilité des enveloppes régionales offrirait au contraire aux ARS des moyens d'action transversaux, ce qui serait cohérent avec l'étendue de leurs compétences. Je plaide pour cela depuis plusieurs années et, lors de la discussion de la loi dite « HPST », nous sommes plusieurs, sur tous les bancs de l'Assemblée, à avoir fait part de cette préoccupation. C'est aussi le souhait, je crois, des ARS qui l'ont exprimé avec tout le respect qu'ils doivent à leur hiérarchie.

C'est pourquoi l'amendement que je vous proposerai conserve le mécanisme introduit au Sénat, tout en rétablissant le dispositif initialement adopté par l'Assemblée nationale.

S'agissant des dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail et de maladies professionnelles, il me semble préférable de supprimer l'article 49 A dans la mesure où le délai proposé (avant le 30 septembre 2011) pour que le Gouvernement présente au Parlement un rapport sur la possibilité d'inscrire le stress post-traumatique dans les tableaux de maladies professionnelles et d'assouplir les critères de reconnaissance des maladies professionnelles dans le cadre de la procédure complémentaire apparaît trop court. En outre, un groupe de travail vient juste de se constituer au sein du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) sur ce sujet complexe des risques psychosociaux.

S'agissant de l'article 55 *ter*, il ne fait pas l'unanimité. Je vous proposerai un amendement encadrant la possibilité de verser les allocations familiales au département lorsqu'un enfant est placé. Cette possibilité existe déjà, nous voulons l'aménager pour en faire un dispositif juste et équilibré, qui permette aux services

d'aide à l'enfance d'accomplir leur mission de protection de l'enfance. Vous qui êtes nombreux à exercer des mandats locaux, vous savez quelles sont les difficultés rencontrées par les départements en la matière. J'espère que nous trouverons là-dessus un accord, avec un pourcentage réservé à la famille, ce qui ne devrait pas poser trop de problèmes.

Enfin, nous aurons à nouveau un débat sur la performance du service public de la sécurité sociale, car moyennant une rédaction plus précise et explicitant les garanties dont est entourée cette mesure pertinente, je vous proposerai de rétablir l'article 59, qui offre le cadre nécessaire au développement de projets transversaux entre les différentes branches.

En conclusion, les divergences entre les textes de nos deux assemblées me paraissent assez peu nombreuses et, le plus souvent, de portée limitée, de telle sorte que nous pouvons espérer élaborer ensemble un bon texte pour ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

La commission mixte paritaire procède ensuite à l'examen des dispositions restant en discussion.

TROISIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2011

Section 1

Reprise de dette

Article 9

Reprise de dette par la Caisse d'amortissement de la dette sociale

La commission mixte paritaire *adopte* un amendement d'Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat corrigeant une erreur matérielle, ainsi qu'un amendement d'Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, rectifiant le taux de la contribution assise sur les sommes mises auprès de la Française des jeux, affectée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES).

La commission mixte paritaire *adopte* l'article 9 ainsi modifié.

Section 2

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

Article 10

Renforcement des prélèvements sur les retraites « chapeau »

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Mon amendement propose une solution médiane entre celle retenue par l'Assemblée nationale et celle retenue par le Sénat quant aux seuils retenus pour le déclenchement de la nouvelle imposition des rentes versées au titre des retraites « chapeau ». Je tiens à préciser qu'il ne s'agit pas ici des retraites que l'on constate dans les entreprises du CAC 40. J'espère que nous trouverons un accord sur cette position médiane.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat. Il faut parfois savoir faire des compromis. Je suis donc favorable à l'adoption de cet amendement. D'autant qu'il ne s'agissait pas au départ d'une proposition du rapporteur du Sénat.

La commission mixte paritaire *adopte* l'amendement puis l'article 10 ainsi modifié.

Article 11

Majoration du taux des contributions sur les attributions d'options de souscription ou d'achat d'actions et sur les attributions d'actions gratuites

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Cet amendement vous propose d'aligner le régime des attributions gratuites d'actions sur le régime des stock-options, afin de prévenir un effet d'éviction des secondes par les premières. Il y a trois ans, lorsque nous avons institué la taxation des stock-options, nous avons déjà proposé d'appliquer le même régime aux actions gratuites pour éviter ce report.

Précisons qu'il ne s'agit pas de taxer les « petites » actions gratuites, mais de juguler un mouvement qui a déjà commencé. En effet, pour ne citer que quelques chiffres, les vingt-cinq plus grandes entreprises du CAC 40 attribuent aujourd'hui pour 20 millions d'euros de stock-options et pour 11 millions d'euros d'actions gratuites. Il arrive que le montant de ces dernières atteigne dix fois celui des stock-options. Enfin, certaines sociétés telles que France Télécom et la Société Générale ont annoncé des distributions d'actions gratuites à l'ensemble des salariés, pour un montant situé entre 1 200 et 1 800 euros par salarié. C'est tout sauf un phénomène marginal.

C'est pourquoi je vous propose d'introduire un seuil, suffisamment élevé au regard des sommes que je viens de vous citer, à savoir la moitié du plafond annuel

de la sécurité sociale, soit près de 18 000 euros en 2011, au-delà duquel les taux applicables aux stock-options s'appliqueront également aux attributions gratuites.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat. Il s'agit là encore d'un compromis. Je suis d'accord avec Yves Bur sur le principe, et le choix du seuil me semble équilibré, puisqu'il permet de ne pas appliquer cette majoration aux bénéficiaires d'actions gratuites de faible montant.

Mme Marisol Touraine, députée. Pour notre part, nous considérons que le régime de taxation de droit commun doit s'appliquer à toutes les formes de rémunération.

Certes il s'agissait des stock-options et non des actions gratuites, mais l'actualité a montré récemment, dans quelques grands groupes français, les profits spectaculaires réalisés en quelques heures par quelques hauts dirigeants français. Nous avons eu ce débat sur les nouvelles sources de recettes pour la protection sociale, à l'occasion de la discussion du projet de loi sur les retraites. La voie à emprunter est celle du droit commun.

Il n'est pas question pour nous de s'opposer par principe à cette forme de rémunération des salariés, mais rien ne justifie qu'elle fasse l'objet d'une fiscalité d'exception. Sans quoi nous encourageons le versement de stock-options ou actions gratuites au détriment du salaire. Dans l'intérêt même de la protection sociale, nous estimons que ce type de rémunération doit être taxé comme les autres.

M. Bernard Cazeau, sénateur. Je rejoins tout à fait ma collègue sur ce point. Nous considérons que les stock-options et actions gratuites sont des compléments de salaire, et qu'à ce titre, elles doivent être taxées selon le régime de droit commun.

M. Guy Fischer, sénateur. J'aurai la même analyse. Nous avons d'ailleurs déposé au Sénat un amendement dans ce sens. Nous restons fidèles à ce principe.

La commission mixte paritaire *adopte* l'amendement et l'article 11 est ainsi rédigé.

Article 12 bis

Affectation des recettes du panier de compensation des allègements généraux de cotisations sociales à la sécurité sociale

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Je trouve légitime de contrôler, au travers de l'annexe 5 du projet de loi de financement, l'évolution du produit du « panier fiscal » au regard de celle des allègements généraux. Je n'ai pas de désaccord avec les sénateurs sur ce point.

Cependant, il nous sera loisible d'envisager des mesures correctrices si, dans l'avenir, les recettes attendues ne sont pas au rendez-vous. Pour l'heure, les prévisions de recettes sont tendanciellement excédentaires au regard du coût des exonérations. Il ne me paraît donc pas nécessaire d'exiger des mesures pour compenser des évolutions divergentes, même si je sais qu'Alain Vasselle est très attaché à cette disposition.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat. J'accepte la rédaction proposée par Yves Bur. Il sera toujours temps de revenir, si besoin est, sur la compensation du coût des allègements généraux pour la sécurité sociale. Je donne donc un avis favorable.

La commission mixte paritaire *adopte* l'amendement puis l'article 12 *bis* ainsi modifié.

Article 12 ter

Précision sur le champ des exonérations relatives aux services à la personne

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

Article 12 quater

Clarification du régime des cotisations maladie dues par les professionnels médicaux et paramédicaux

La commission mixte paritaire *adopte* un amendement présenté par Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, visant à limiter le plafonnement de la cotisation maladie des praticiens et auxiliaires médicaux à la partie des revenus hors convention qui relevait antérieurement du régime social des indépendants.

Elle *adopte* ensuite l'article 12 *quater* ainsi modifié.

Article 13

Augmentation du forfait social

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

Article 13 ter

Limitation de l'exonération de cotisations applicable aux indemnités de rupture

M. Guy Lefrand, député. Cet amendement vise à revenir au texte de l'Assemblée nationale. Nous avons eu de longs débats sur le sujet dans l'hémicycle, pour enfin parvenir à un compromis qui me semblait satisfaisant. C'est

pourquoi je propose de rétablir le seuil d'exonération des indemnités de rupture du contrat de travail à quatre et non trois fois la valeur annuelle du plafond de la sécurité sociale.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat. J'estime pour ma part qu'il faut taxer les indemnités à un niveau significatif. Mais si vous souhaitez maintenir le seuil d'exonération à quatre, nous ne nous battons pas. Notre rédaction règle aussi les problèmes liés à la rétroactivité de la mesure.

Mme Marisol Touraine, députée. Il n'y a pas lieu de relever un seuil que nous trouvons d'ores et déjà trop élevé. Que la majorité cherche en son sein un compromis satisfaisant sur cette question, c'est son droit, mais nous nous sommes, au cours du débat, élevés contre le caractère excessif de cette exonération.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. À titre personnel, je préfère maintenir ce seuil à trois. J'ajoute que l'amendement de Guy Lefrand aurait pour effet de revenir sur la rétroactivité de la mesure, ce qui ne paraît pas souhaitable. C'est pourquoi je vous propose de conserver le texte du Sénat, sous réserve de l'adoption d'un amendement de coordination.

M. Pierre Méhaignerie, député, président. L'absence de rétroactivité pourrait, en effet, porter atteinte au bon déroulement de la négociation en cours de certains plans de sauvegarde de l'emploi. Il faut la maintenir.

M. Guy Lefrand, député. Compte tenu de ces remarques, je retire mon amendement.

L'amendement est *retiré*.

La commission mixte paritaire *adopte* un amendement de coordination présenté par Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale.

Elle *adopte* ensuite l'article 13 *ter* ainsi modifié.

Article 13 quater

Rapport au Parlement sur le régime social des indemnités de rupture

La commission mixte paritaire *maintient la suppression* de cet article.

Article 16

Assimilation à des rémunérations et assujettissement aux prélèvements sociaux des sommes ou avantages reçus de tierces personnes dans le cadre de l'exercice d'une activité professionnelle

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Comme je l'ai dit tout à l'heure, mon amendement vise à réintroduire les avantages en nature dans le champ des gratifications diverses qu'une personne autre que son employeur peut allouer à un salarié et qui devront être soumises à cotisations sociales ou à contribution libératoire. En effet, supprimer ce dispositif serait priver l'article d'une grande partie de son intérêt.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat. Je n'ai pas d'objection à formuler. Votre rédaction permet néanmoins de conserver la précision introduite par le Sénat pour rassurer les pilotes. J'y suis donc favorable.

M. Pierre Méhaignerie, député, président. Comment évitez-vous la complexité du contrôle de ces avantages en nature par les URSSAF ?

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Les URSSAF sont depuis longtemps confrontées à la difficulté de qualifier la nature de ces gratifications. En clarifiant la définition de cette forme de rémunération, nous leur facilitons la tâche.

M. Pierre Méhaignerie, député, président. À partir de quel niveau s'applique la taxation ?

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Le seuil a été fixé à 200 euros.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat. Il faut reconnaître que parler d'avantages en nature ou de gratifications sans en définir la nature et le caractère est problématique. Nous verrons quelle sera la jurisprudence sur le sujet. Cela peut représenter des sommes non négligeables.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. J'ajoute que ces dispositions permettent à certaines entreprises de rémunérer leurs salariés *a minima* en leur promettant des avantages en nature. C'est un élément important du débat qu'il ne faut pas oublier.

M. Pierre Méhaignerie, député, président. Nous serons tous attentifs à la jurisprudence.

La commission mixte paritaire *adopte* l'amendement, puis l'article 16 ainsi modifié.

Article 16 bis

Clarification de l'activité de loueur de chambre d'hôtes

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Le Sénat a introduit un seuil pour l'affiliation des loueurs de chambres d'hôtes au régime social des indépendants (RSI).

Simplement, le seuil retenu est de 16 000 euros, ce qui correspond à environ trois cents nuitées et révèle donc clairement une activité de nature professionnelle. Je propose, par amendement, de revenir à un seuil plus raisonnable de 7 862 euros de chiffre d'affaires.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat. Je suis partagé sur cet amendement. Il s'agit d'une activité majoritairement développée dans le monde rural, plus particulièrement dans le monde agricole qui connaît des difficultés économiques importantes comme vous le savez.

Doit-on vraiment rentrer dans des querelles sur la fixation du seuil pour l'affiliation au RSI des personnes concernées ? Je n'en suis pas certain. C'est pourquoi je m'en remets à la sagesse de la commission.

M. Bernard Cazeau, sénateur. Pour le monde agricole, les recettes issues des gîtes ruraux ne sont pas négligeables en période de crise. C'est pourquoi nous sommes favorables au maintien du texte du Sénat.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Laissez-moi préciser qu'un chiffre d'affaires de 16 000 euros ne relève plus d'une activité marginale mais d'une activité professionnelle conséquente. J'ajoute que la contrepartie est la création de droits à la retraite. Avec un seuil fixé à 16 000 euros, je ne suis pas certain que la mesure soit encore pertinente.

M. Pierre Méhaignerie, député, président. Il faut cependant prendre en compte les frais.

La commission mixte paritaire *rejette* l'amendement et *adopte* l'article 16 *bis* dans la rédaction du Sénat.

Article 17

Prise en compte dans les revenus professionnels des non-salariés agricoles des revenus tirés de la mise en location des terres et des biens conservés dans le patrimoine privé et utilisés pour les besoins de leur activité professionnelle

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

Article 20

Plafonnement du chiffre d'affaires des médicaments orphelins ouvrant droit à des abattements de l'assiette de certaines contributions

M. Jean-Pierre Door, député. L'amendement que je propose avec Guy Lefrand vise à reporter d'un an l'entrée en vigueur de la mesure qui supprime l'abattement d'assiette au titre de la taxe sur la promotion des médicaments pour les entreprises qui développent des médicaments orphelins. L'Assemblée nationale avait, s'agissant de la discussion sur le champ des entreprises concernées, trouvé un compromis en subordonnant le bénéfice de l'abattement à un niveau de chiffre d'affaires remboursable qui ne soit pas supérieur à un seuil compris entre 30 et 40 millions d'euros, ce seuil étant fixé par accord-cadre entre le Comité économique des produits de santé et un ou plusieurs syndicats représentatifs de ces entreprises. Avec ce dispositif, le nombre d'entreprises en deçà du seuil passait d'environ seize à une douzaine. Cette solution était satisfaisante.

La rédaction retenue au Sénat a fait disparaître la référence à l'accord-cadre, estimant que l'assiette d'une taxe devait être définie par la loi, et privilégié un seuil d'exonération fixé à 30 millions d'euros de chiffre d'affaires.

Dans ce cadre, le présent amendement, rendant ce dispositif applicable à compter du 1^{er} janvier 2012, permet d'écarter toute rétroactivité et d'éviter que les entreprises concernées par une entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2011 soient contraintes de procéder à des provisions dès cette année.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat. Je ne suis *a priori* pas favorable à cet amendement, même si la question de la date d'application du dispositif peut se poser. Mais il faut aussi être attentif aux effets de la réduction de l'assiette de la contribution sur les dépenses de promotion en termes d'avantage concurrentiel : elle permet, en effet, aux laboratoires produisant des médicaments orphelins d'augmenter les dépenses de promotion des autres médicaments qu'ils produisent.

En outre, les médicaments orphelins ne donnent pas lieu à des dépenses de promotion. Cet abattement, s'il est très profitable aux laboratoires importants qui produisent de nombreux médicaments, dont des médicaments orphelins ayant un chiffre d'affaires élevé, ne constitue donc pas un véritable avantage pour de plus petites structures spécialisées dans les médicaments orphelins.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Il ne me semble pas opportun d'évoquer, au sens strict, la notion de rétroactivité lorsque l'on parle de la nécessité d'effectuer des provisions. En l'espèce, s'agissant d'un grand laboratoire, dont le chiffre d'affaires s'élève à 1,5 milliard d'euros, la provision pourrait être de quelques millions d'euros. Quoi qu'il en soit, une telle mesure entraînerait une diminution importante du rendement attendu de cet article pour

2011. Comme rapporteur, je m'en remets à la sagesse de notre commission ; mais, à titre personnel, je suis réservé quant à l'adoption de cet amendement.

M. Jean-Pierre Door, député. Quand une entreprise doit effectuer, dès 2010, des provisions, on doit quand même bien parler de rétroactivité ! Par ailleurs, je rappelle qu'au début de la discussion à l'Assemblée, il était envisagé de supprimer cet article. Or, nous sommes parvenus à trouver un compromis, en accord avec le Gouvernement. Je redis que cet amendement ne vise qu'à reporter d'un an l'entrée en vigueur de la mesure.

Mme Marisol Touraine, députée. Pour ma part, je trouve pour le moins étonnant de se référer à la rétroactivité, même si je comprends bien que les entreprises concernées devront effectuer des provisions dès aujourd'hui, en vue d'un paiement l'année prochaine. Mais de quoi parlons-nous exactement ? Peu de patients sont concernés par les médicaments orphelins, certes ; mais est-on sûr que les laboratoires se trouvent dans des situations financières potentiellement difficiles lorsqu'en réalité, la recherche et le développement relatifs à ces médicaments orphelins peuvent aussi être réalisés dans le cadre du développement d'autres médicaments ? Il convient de s'en tenir à une stricte application des dispositions proposées, sans en retarder l'entrée en vigueur.

Mme Catherine Lemorton, députée. La notion de rétroactivité ne me dérange pas et ne me fait pas pleurer. Il faut quand même garder à l'esprit que nous parlons d'entreprises qui figurent au CAC 40, valeurs refuge en pleine crise économique. Rappelons aussi que le principal laboratoire concerné est le laboratoire qui a inventé la notion de proximologie pour désigner l'accompagnement des malades !

M. François Autain, sénateur. Dans son rapport d'activité pour l'année 2009, le Comité économique des produits de santé a attiré notre attention sur ce sujet, en montrant que l'abattement d'assiette au titre de la taxe sur la promotion des médicaments orphelins n'était plus justifié et en proposant sa suppression. Cet article, qui permet à certaines entreprises de continuer à en bénéficier, est donc déjà en retrait par rapport à ces propositions. L'adoption de l'amendement de Jean-Pierre Door conduirait à accroître encore les avantages d'une industrie pourtant en bonne santé !

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat. Lors de la discussion au Sénat, j'avais voulu, quant à moi, revenir à la rédaction initialement proposée par le Gouvernement, avec un seuil fixé à 20 millions d'euros de chiffre d'affaires. Encore une fois, je ne suis pas favorable à l'amendement de notre collègue Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door, député. C'est un débat étonnant ! Tous ceux qui se prononcent aujourd'hui contre le report de cette mesure s'étaient initialement

déclarés, lors de la discussion en Commission des affaires sociales, en faveur de la suppression de l'article ! Ne serait-ce que pour cela, je maintiens l'amendement.

La commission mixte paritaire *rejette* l'amendement et *adopte* l'article 20 dans la rédaction du Sénat.

Article 21

Suppression de la compensation généralisée d'assurance maladie

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

Section 3

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 24

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 *adopte* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 25

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

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

Article 26

Approbation du tableau d'équilibre du régime général

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

Article 27

Approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base

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

Article 29

Approbation du rapport fixant un cadrage quadriannuel (annexe B)

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

Section 4

Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité

Article 30 bis A

Attestations dans le cadre de la sous-traitance

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

Article 30 bis

Simplification des formalités applicables aux employeurs étrangers en matière sociale

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

Article 32 bis

Instauration de nouvelles sanctions en matière de recouvrement de la contribution sociale de solidarité des sociétés

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

Article 32 ter

Échanges d'informations dans le cadre de la certification des comptes des organismes de sécurité sociale

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

QUATRIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2011

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

La commission mixte paritaire *adopte* un amendement rédactionnel de M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, portant modification de l'intitulé de la section 1, afin de mentionner explicitement le secteur médico-social.

Article 34

Renforcement du rôle du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie

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

Article 35 bis

Date d'entrée en vigueur d'ameli-direct, système d'information sur les honoraires pratiqués

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

Article 36 bis A

Rémunération des médecins à la performance

M. Jean-Pierre Door, député. L'amendement que je propose vise à revenir à une proposition adoptée par la Commission des affaires sociales à l'Assemblée nationale, en ramenant de six à trois mois le délai préalable à l'entrée en vigueur des mesures conventionnelles de revalorisation tarifaire. Ce délai s'ajoute au délai d'opposition d'un mois laissé aux syndicats et au délai de vingt-et-un jours laissé aux ministres pour approuver les conventions. Le directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie est d'accord avec cette proposition. Le sujet a été évoqué au Sénat et je souhaitais y revenir, même si ce point n'est pas absolument fondamental.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat. J'avais pour ma part proposé une rédaction plus atténuée lors de la discussion au Sénat – elle permettait de gagner un mois –, mais la Commission des finances nous a opposé les dispositions de l'article 40 de la Constitution ; ces dispositions devraient de même être appliquées à la présente initiative.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Je tiens à préciser que, conformément aux conclusions du rapport de la mission présidée par M. Raoul

Briet, sur la maîtrise des dépenses de santé, une fois la loi de financement de la sécurité sociale adoptée, l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) a vocation à voir sa croissance ralentie et à être strictement respecté, et qu'il n'est donc plus possible de financer en cours d'année des mesures nouvelles, non prises en compte dans la construction de l'ONDAM. Ce débat rejoint celui qui existe par ailleurs concernant les charges nouvelles des établissements de santé qui n'ont pas été prévues par la loi de financement de la sécurité sociale. À terme, le dispositif prévu par cet amendement risque donc de déséquilibrer les comptes sociaux et d'entraîner l'intervention du comité d'alerte.

L'amendement est *retiré*.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. L'amendement que je propose vise à favoriser une meilleure information du Parlement sur le respect par les professionnels des objectifs qui seront retenus par les conventions pour la rémunération des praticiens à la performance, à l'image des objectifs de l'actuel contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), ainsi que des économies résultant pour l'assurance maladie de l'atteinte de ces objectifs. L'ensemble de ces éléments ne sont en effet pas bien connus aujourd'hui dans le cadre des CAPI.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat. Je suis favorable à l'adoption de cet amendement.

La commission mixte paritaire *adopte* l'amendement.

La commission mixte paritaire *adopte* l'article 36 *bis* A ainsi modifié.

Article 36 bis B

Protection du patient en cas de différence de prix entre le tarif de remboursement des dispositifs médicaux et leur prix de vente aux établissements

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

Article 36 bis

Dégressivité de l'indemnité de remboursement de l'allocation reçue au titre du contrat d'engagement de service public

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

Article 36 quinquies

Regroupements de pharmacies d'officine

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

Article 36 sexies

Substitution des « quasi-génériques »

M. Guy Lefrand, député. L'amendement que je propose vise à revenir au texte que nous avons adopté à l'Assemblée nationale, relatif à l'extension aux quasi-génériques du dispositif incitatif déjà applicable aux spécialités génériques, pour ce qui concerne les avantages consentis par les laboratoires aux pharmaciens.

Je précise que l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé sera le seul juge de l'inscription des quasi-génériques au répertoire des groupes génériques. Elle ne pourra procéder à cette inscription que si ces médicaments ne présentent pas de différences de sécurité ou d'efficacité avec la spécialité de référence. Il s'agit donc d'une décision non pas administrative ou technocratique, mais fondée sur des motivations scientifiques liées à l'évaluation thérapeutique de ces médicaments.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat. Le texte adopté par l'Assemblée nationale complétait en effet le dispositif adopté en 2008. La notion de quasi-générique – j'ai déjà dit que cette dénomination n'est pas très heureuse – se réfère à des médicaments qui ont une forme galénique différente de celle de la spécialité de référence. Il peut y avoir des médicaments dont la molécule est génériquée mais dont la forme pharmaceutique est protégée, et certains laboratoires en tirent avantage. Nous craignons, comme en 2008, que les quasi-génériques puissent susciter une certaine méfiance et freiner la progression des génériques. Mais la diffusion des quasi-génériques peut aussi favoriser quelques économies et nous y sommes sensibles.

Mme Catherine Lemorton, députée. Le terme de quasi-générique peut semer le doute chez certains de nos concitoyens réticents aux génériques, et peut-être pourrait-on préférer à ce terme l'expression de médicament « à libération modifiée ». Au cours des discussions dans nos assemblées respectives, nous prenons toutes sortes de précautions pour assurer l'équivalence entre les médicaments génériques et les princeps, mais dans les situations d'urgence, c'est ces précautions semblent disparaître : on peut évoquer le précédent du *Tamiflu*, en pleine pandémie grippale, lorsque notre ministre de la santé entendait imposer le recours aux comprimés pour tous – en lieu et place de la forme des gélules enrobées, pourtant sur le marché depuis dix ans –, à la seule fin d'écoulement des stocks. On ne peut avoir un double langage ! En tout état de cause, une forme de médicament à libération modifiée peut être aussi efficace que le principe de référence, le princeps.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. L'amendement que je propose est identique à celui de Guy Lefrand. Certes, la notion de quasi-générique a été élaborée pour contrer la technique des « *me too* », utilisée par les laboratoires pour contourner les génériques. Dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, nous avons institué ce dispositif, assorti de garanties, telle l'autorisation délivrée par la seule Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ; nous n'y revenons donc pas, nous ne faisons que le compléter par une mesure technique. J'ajoute que cet amendement vise à permettre aux pharmaciens de bénéficier de remises identiques à celles rendues possibles avec les génériques. L'économie globale attendue est estimée à 130 millions d'euros, ce qui n'est pas négligeable.

M. François Autain, sénateur. Le souci d'éviter que ne se reproduise l'erreur de l'*Inexium* m'incite à voter cet amendement...

La commission mixte paritaire *adopte* les deux amendements identiques.

L'article 36 *sexies* est ainsi rétabli dans la rédaction de l'Assemblée nationale.

Article 36 octies

Extension à la délivrance des dispositifs médicaux de l'encadrement applicable aux médicaments

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat. Le présent amendement, présenté conjointement avec Yves Bur, propose une nouvelle rédaction de l'article 36 *octies*. En effet, le Sénat avait jugé la rédaction de cet article un peu compliquée, ce qui conduisait à s'interroger sur sa portée et à se demander s'il ne pouvait être interprété, à tort, comme autorisant la substitution d'un produit par un autre. C'est pourquoi cet amendement vise à donner à cet article une rédaction plus ramassée, mais qui sera tout aussi opérationnelle, pour conférer une base législative à des dispositions réglementaires relatives à la durée de validité des prescriptions et aux conditions de délivrance des dispositifs médicaux, analogues à celles qui ont été prévues, pour les médicaments, en application de l'article L. 5123-7 du code de la santé publique.

La commission mixte paritaire *adopte* l'amendement et l'article 36 *octies* est ainsi rétabli.

Article 37

Conditions de la mise sous accord préalable des séjours en soins de suite et de rééducation prescrits par des établissements de médecine, chirurgie, obstétrique

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

Article 39

**Procédure d'indemnisation des victimes d'une infection
par le virus de l'hépatite C résultant d'une transfusion sanguine**

M. Jean-Pierre Door, député. L'amendement que je propose vise à répondre à une difficulté que l'on évoque – et c'est pour le moins étonnant – depuis bien des années : il s'agit de la question du risque que constitue pour un certain nombre de médecins libéraux, en particulier dans les domaines de l'obstétrique, l'anesthésie et la chirurgie, l'engagement de leur responsabilité civile en cas d'accident médical. En effet, les indemnités allouées aux victimes peuvent dépasser le plafond de garanties réglementaire, le praticien devant verser les sommes restantes sur ses fonds personnels. L'année dernière encore, le Parlement a eu à travailler sur ce sujet. Depuis, l'année écoulée peut être qualifiée de blanche, car aucune décision n'a été prise même s'il faut évoquer la remise du rapport de la mission Johanet.

Lors de la discussion à l'Assemblée nationale, j'avais moi-même interrogé la ministre sur cette question, qui avait indiqué en réponse que celle-ci serait traitée au Sénat, ce qui n'a finalement pas été le cas. Sans doute, une proposition de loi a-t-elle été déposée au Sénat par MM. Dominique Leclerc et Alain Milon, pour tenter de trouver une solution. Mais, cette proposition n'a pas été inscrite à l'ordre du jour. Aussi, le problème demeure et ce sont des spécialités entières, telles la chirurgie ou l'obstétrique, qui risquent de disparaître. Peut-être le présent dispositif ne satisfait-il pas aux exigences de l'article 40 de la Constitution, mais quoi qu'il en soit, le Gouvernement doit prendre ses responsabilités, sans quoi une proposition de loi devrait être rapidement discutée dans le cadre d'une niche parlementaire à l'Assemblée nationale ou au Sénat. Bref, c'est un véritable appel à l'aide que je lance aujourd'hui.

M. Pierre Méhaignerie, député, président. Je souscris à ce qui vient d'être dit. Nous assistons à une double dérive relative, à la fois, à l'évolution des indemnisations et à l'évolution de la démographie de certaines professions. On voit ici les limites du principe de précaution. C'est presque une question philosophique de mise en œuvre de la responsabilité.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat. Je partage également cette préoccupation. Nous l'avons dit au Gouvernement, en particulier l'année dernière, lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Si certaines avancées ont alors été réalisées, elles sont insuffisantes. La difficulté liée à la fixation du plafond de garantie à hauteur de 3 millions d'euros par sinistre subsiste, car certains contentieux peuvent porter sur des sommes beaucoup plus importantes.

En raison des difficultés liées aux questions de recevabilité financière, notre seule possibilité pour faire avancer les choses dans le cadre de ce projet de loi aurait été de prévoir la remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, nous a indiqué en séance que d'ici fin janvier, le Gouvernement disposerait du rapport de Gilles Johanet et nous communiquerait tous les éléments nécessaires pour une réflexion sur la mutualisation des systèmes assurantiels des médecins. De fait, si aucune initiative n'était prise par le Gouvernement au premier trimestre 2011, l'initiative parlementaire serait indispensable, sous la forme d'une proposition de loi. Compte tenu des engagements pris, nous pouvons faire confiance au Gouvernement.

M. Dominique Leclerc, sénateur. Des amendements comparables sont présentés depuis quatre ans. L'année dernière, Alain Milon et moi-même avons déposé une proposition de loi qui a recueilli 133 signatures, autrement dit qui a bénéficié d'un soutien dépassant celui de notre groupe. Cependant, celle-ci n'a pas été inscrite à l'ordre du jour. C'est pourquoi il est essentiel d'adresser un signal au Gouvernement avec cet amendement. Au Sénat, nous nous sommes heurtés à la difficulté de l'irrecevabilité financière ; il est pourtant essentiel de penser à la situation des professionnels concernés. Autrefois, les meilleurs de l'internat s'orientaient vers des spécialités comme la chirurgie ou la gynécologie-obstétrique ; aujourd'hui, ce sont plutôt les derniers qui le font. Le risque est que, comme cela se produit parfois à l'étranger, certains actes dits « à risque » finissent par ne plus être pratiqués par les praticiens libéraux.

M. Pierre Méhaignerie, député, président. Le débat que nous avons excède le seul champ de la santé publique. La question générale du partage des risques se pose en effet dans de nombreux secteurs d'activité. Les enjeux juridiques sont importants. Il me semble que, compte tenu de la multiplicité des facettes de ce débat, il est important de disposer d'une vision synthétique des choses. Pour cela, il pourrait être judicieux de créer un groupe de travail commun à nos deux assemblées, qui associe à la fois la commission des lois, la commission des finances et la commission des affaires sociales de chaque chambre. Notre expérience d'élus locaux confirme la judiciarisation qu'entend prendre en compte le présent amendement, mais qui gagne tous les domaines.

M. Bernard Cazeau, sénateur. C'est une excellente proposition.

J'ajoute que l'amendement de Jean-Pierre Door propose aussi – c'est un élément que nous n'avons pas encore évoqué – de mobiliser l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM).

M. François Autain, sénateur. Le sujet est complexe. Sans esprit de provocation, on peut se demander pourquoi les professions libérales, pour s'assurer, font appel à la collectivité publique. En outre, pourquoi ne pas imaginer, dès lors qu'il y a assurance, l'existence de contreparties ? Le Gouvernement a demandé que les spécialistes bénéficiant d'une aide publique exercent dans le secteur 1 : cela a suscité un tollé à l'époque, alors que c'est le minimum ! Aujourd'hui, on se retrouve dans une impasse. Quand on pense que l'hôpital souffre aussi d'un déficit de tels spécialistes, on songe à proposer à ces praticiens libéraux de rejoindre

l'hôpital. En tout état de cause, il me semble nécessaire de répondre avec modération aux demandes de prise en charge par la solidarité nationale.

M. Jean-Pierre Door, député. La direction de la Caisse nationale d'assurance maladie a constaté une augmentation importante du nombre des accouchements intervenus dans le secteur public, en raison de ces difficultés. Or, nous voulons conserver un véritable secteur libéral.

En outre, les médecins libéraux s'acquittent d'assurances pour des montants considérables, et ne sont finalement couverts que dans certaines limites : la référence, par cet amendement, à l'ONIAM, vise les cas de dépassement de ce plafond.

Le rapport établi par la mission Johanet fait des propositions intéressantes, relatives notamment à la mutualisation et à une diversification des financements. Mais avant que nous constations des résultats concrets, de l'eau va couler sous les ponts. Ce débat remonte à près de dix ans, avec la discussion de la loi About. Aujourd'hui, il existe un réel danger pour certaines spécialités du secteur libéral, desquelles se détournent les étudiants.

La proposition que nous a faite le président Pierre Méhaignerie est excellente. Mais, ne faut-il pas néanmoins voter cet amendement, quitte à ce qu'il soit par la suite supprimé en application de l'article 40 de la Constitution ?

M. Pierre Méhaignerie, député, président. Nous devons prendre nos responsabilités sans nous en remettre à la décision d'une autre instance...

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Je demande le retrait de cet amendement, qui aborde utilement un débat essentiel, mais qui propose une solution que l'on peut dire maximaliste. Les questions posées sont nombreuses : par exemple, par-delà le coût des assurances, il y a le problème des dépassements d'honoraires. La création d'un groupe de travail est une bonne idée, mais il ne faudra pas attendre la commission mixte paritaire sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année prochaine pour trancher !

L'amendement est *retiré*.

La commission mixte paritaire *adopte* l'article 39 dans la rédaction du Sénat.

Article 39 bis A

Plateaux d'imagerie mutualisés

M. Guy Lefrand, député. Je propose de supprimer cet article.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. La mutualisation des moyens en matière d'imagerie médicale est une démarche nécessaire.

L'article 39 *bis* A rend donc compte d'une bonne idée. Mais sa rédaction pose problème au regard de la jurisprudence du Conseil constitutionnel quant aux cavaliers sociaux et à l'encadrement des mesures expérimentales. Il est donc plus sage de supprimer cet article.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat. Favorable

La commission mixte paritaire *adopte* l'amendement et l'article 39 *bis* A est ainsi **supprimé**.

Article 40

Expérimentation des maisons de naissance

Mme Bérengère Poletti, députée. Je propose de rétablir l'expérimentation des « maisons de naissance ». Je suis consciente que c'est un sujet délicat, mais nous devons prendre en compte la demande de certaines femmes, qui veulent un accouchement plus naturel et physiologique, face à la tendance à l'hypermédicalisation de la naissance ; en l'absence de dispositif d'encadrement, ces femmes se laissent parfois attirer par des propositions vraiment dangereuses. Les maisons de naissance, telles que nous les proposons, seront en mesure de leur proposer un environnement tout à la fois naturel et sécurisé.

M. Jean-Pierre Door, député. Je soutiens également cette démarche. Je sais que certains voient dans les maisons de naissance le risque que certaines maternités ne soient fermées et plus généralement un retour en arrière, mais la demande exprimée par les femmes doit être prise en considération. Nous proposons le retour au texte adopté par l'Assemblée nationale, qui avait apporté un certain nombre de garanties par rapport au texte initial du Gouvernement : chaque maison de naissance devra être attenante à une maternité, avec laquelle elle devra passer une convention. Et si d'autres garanties doivent être apportées, comme une intervention de la Haute Autorité de santé (HAS), pourquoi pas ? Ce sera de toute façon une expérimentation bien cadrée ; on envisage la mise en place de cinq maisons de naissance.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat. Le Sénat a très largement rejeté le principe de cette expérimentation. Les garanties apportées par l'Assemblée nationale n'ont pas suffi à rassurer l'ensemble des sénateurs. Je me dois donc, à ce stade de la discussion, de donner un avis défavorable à son rétablissement, même si à titre personnel, j'avais considéré, en tant que rapporteur, que cette mesure était acceptable, sous réserve d'en renforcer encore la sécurité. En conséquence, si la commission mixte paritaire devait s'orienter vers le rétablissement de l'article 40, je proposerais des sous-amendements.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Je suis favorable au rétablissement de l'expérimentation des maisons de naissance, car cela répond

aux aspirations des femmes et un encadrement strict est prévu. En outre, le rapprochement qui est demandé entre ces maisons et les services d'obstétrique pourrait encourager ces services à participer à l'expérimentation.

Mme Marisol Touraine, députée. La position du groupe SRC a évolué pendant les débats. Nous n'avons jamais été opposés au principe des maisons de naissance, mais étions très inquiets sur leur encadrement. Au terme de ces débats, nous avons obtenu des garanties sérieuses dans plusieurs domaines. Tout d'abord sur la sécurité : il fallait éviter que l'on ne distingue *a priori* des grossesses qui seraient « à risque » et des grossesses qui ne le seraient pas ; l'adossement obligatoire des maisons de naissance à une maternité évitera ce travers. La deuxième crainte que nous avions portait sur le risque de fermeture de maternités de proximité ; à cet égard, la comptabilisation de l'activité des maisons de naissance au titre de leur maternité d'adossement évitera ce risque. Enfin, il s'agit d'une expérimentation qui sera surveillée et évaluée. Dans ces conditions, nous pouvons l'accepter.

M. André Lardeux, sénateur. Je reste sur ma position défavorable. Est-il besoin d'une loi pour créer ce qui apparaît comme une maternité « *bis* » au sein même des hôpitaux ; s'agit-il en fait d'y avoir, d'une part, des lits de maternité médicalisés, d'autre part, des lits de maternité non médicalisés ? De surcroît, je n'ai pas réussi à identifier tous les groupes de pression qui défendent le principe des maisons de naissance, dont certains, je le crois, présentent un caractère religieux.

M. Bernard Cazeau, sénateur. Il y a un groupe de pression qui est certain, c'est celui des sages-femmes. La position prise par le Sénat a été fondée sur des arguments que je rappelle : les dangers pour la sécurité des femmes ; le risque que cela n'accélère la fermeture de maternités. Au regard de ce qui vient d'être dit, notre position peut évoluer. L'intégration des maisons de naissance dans les maternités pourrait permettre de réaliser des économies.

M. Guy Fischer, sénateur. Pour ma part, je reste fidèle à la position choisie par le Sénat. Nous devons faire attention à tout ce qui concerne les maternités : la fermeture des petites maternités a souvent été le préalable à toutes les mesures de restructuration des pôles hospitaliers que nous déplorons. En outre, la rédaction qui nous est proposée laisse de nombreux points d'incertitudes : quel financement ? Quelle rémunération des actes ? Quelle optimisation des moyens ?

Mme Catherine Lemorton, députée. Pourquoi André Lardeux a-t-il évoqué un aspect « religieux » de la question ?

M. André Lardeux, sénateur. Je crains que ce type d'alternative aux maternités classiques ne soit l'occasion d'aller vers une médecine où des femmes pourraient refuser d'être examinées et traitées par des professionnels de sexe masculin.

M. Philippe Vitel, député. J'étais au départ hostile à cette expérimentation. J'ai fait, depuis, quelques recherches sur internet. Au Québec, par exemple, malgré une législation beaucoup plus souple que celle que nous envisageons, il n'y a apparemment que six structures du type « maison de naissance ». L'enjeu me semble donc assez marginal et je crois que nous pouvons approuver cette expérimentation très bien encadrée.

M. Guy Lefrand, député. Je me suis moi-même opposé à cette expérimentation lorsque nous en avons débattu à l'Assemblée nationale, mais les nouvelles garanties qui nous sont apportées me rassurent : en particulier, l'adossement obligatoire des maisons de naissance à une maternité existante empêchera qu'elles ne remplacent une maternité qui aurait été supprimée et la comptabilisation des naissances au titre de cette maternité d'adossement évitera que l'on ne prétexte de sa baisse d'activité pour la fermer.

Mme Muguette Dini, sénatrice, vice-présidente. J'ai fait partie au Sénat de la minorité qui était favorable à cette expérimentation. Je voterai naturellement pour son rétablissement.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat. La mesure ne peut être acceptée qu'avec un encadrement important. Cependant, nous devons faire attention à ne pas recréer, à force de rajouter des contraintes, une sorte de nouveau type de maternité de niveau 1. Je crois que nous aurions intérêt à nous déplacer à l'étranger pour voir les expériences des uns et des autres ; d'après ce que j'en sais, il n'y a pas de réels problèmes.

Je vous propose d'apporter une garantie supplémentaire au dispositif qui nous est proposé, consistant à inscrire ces expérimentations dans un cahier des charges défini par la Haute Autorité de santé, laquelle donnerait également un avis conforme à la liste des maisons de naissance expérimentales.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Je crois que nous pouvons tous être rassurés. La proposition de M. Vasselle va compléter les nombreuses garanties et on peut compter sur nos administrations sociales pour bien contrôler le dispositif. Nous avons aussi la chance, en France, d'avoir des sages-femmes très compétentes, ce qui n'est pas le cas partout.

M. Bernard Cazeau, sénateur. Compte tenu des nombreux aménagements qui sont proposés, notamment l'obligation d'adossement à une maternité et l'intervention de la Haute Autorité de santé, je crois que la position de mon groupe peut évoluer.

La commission mixte paritaire *adopte* le sous-amendement et l'amendement et l'article 40 est *ainsi rédigé*.

Article 40 bis

Sous-traitance à un dépositaire par les pharmacies à usage intérieur du stockage, de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments

M. Jean-Pierre Door, député. L'amendement de suppression de l'article que je vous sou mets est identique à ceux d'Yves Bur et de Guy Lefrand. Mon attention a été attirée, en particulier par le conseil de l'Ordre national des pharmaciens, sur le risque de rupture du circuit pharmaceutique dans les établissements hospitaliers et donc de fragilisation de la sécurité d'approvisionnement et de la qualité des soins que cet article pourrait susciter.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Je suis favorable à cet amendement de suppression, en ayant déposé un moi-même.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat. Je ne suis pas favorable à cette suppression. Alain Houpert, sénateur de la Côte d'Or et auteur de l'amendement ayant introduit l'article, m'a fait remarquer que ce dispositif s'applique déjà avec succès dans certains hôpitaux, dont le centre hospitalier de Rouen. Cette mesure peut être une source d'économies substantielles dans la gestion des stocks par les pharmacies centrales des hôpitaux, puisqu'elle permet de travailler à flux tendus. Elle prendrait tout son intérêt dans le cas de centres hospitaliers importants comme à Paris ou Lyon. Cet article additionnel ayant été adopté au Sénat malgré l'avis défavorable du rapporteur et du Gouvernement, son maintien devrait conduire ce dernier à s'engager en séance, en contrepartie de la suppression de l'article, à prendre par voie de circulaire les mesures d'adaptation du dispositif aux différents établissements hospitaliers.

M. Guy Lefrand, député. L'intervention d'Alain Vasselle montre la diversité des interprétations possibles de l'article, ce qui pose problème. La sous-traitance de la distribution des médicaments fait courir le risque d'une rupture de l'unicité de la chaîne du circuit du médicament et donc de remettre en cause la sécurité et la qualité des soins.

M. Gérard Dériot, sénateur. Ce dispositif serait en fait exclusivement réservé aux solutés massifs, de volume et de poids importants. Une remise est nécessaire pour les stocker, entre le laboratoire qui les élabore et l'hôpital. Il s'agit simplement de réglementer cette possibilité. Cependant la solution proposée me semble compliquée, le maintien de l'article ne se justifiant, comme le suggère Alain Vasselle, que pour permettre au Gouvernement de proposer des règles claires.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat. Le stockage des produits volumineux est difficile dans un hôpital. À Lyon, par exemple, la construction d'un hangar de stockage est en cours pour 5 millions d'euros. Le système proposé éviterait ainsi des dépenses inutiles d'investissement comme de fonctionnement. Il convient donc que le Gouvernement propose au moins une réglementation identique sur l'ensemble du territoire.

M. Jean-Pierre Door, député. Les petits hôpitaux ne disposent déjà pas de pharmacies centrales. Maintenir cet article ouvrirait la porte à une sous-traitance dont l'organisation semble peu claire. Il faut le supprimer et débattre de ce point en séance publique.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Je confirme ma demande de suppression de cet article. S'il est nécessaire de savoir faire évoluer certaines pratiques, on peut se demander, dans le cas précis et puisque des expériences existent, si la loi est encore utile. En outre, il m'a été précisé que certains centres hospitaliers qui utilisaient cette possibilité de sous-traitance, comme ceux de Caen et de Digne par exemple, l'ont abandonnée.

La commission mixte paritaire *adopte* les trois amendements et l'article 40 *bis* est ainsi *supprimé*.

Article 41 bis

Prise en compte des différences de charges sociales et fiscales dans le cadre de la convergence tarifaire

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. La problématique de l'écart entre les charges sociales et fiscales supportées par les établissements du secteur privé, notamment à but non lucratif et par ceux du secteur public a été relevée dans un rapport de l'IGAS. Cependant, la proposition qui est faite dans l'article adopté par le Sénat risque de rendre plus complexe encore un dispositif de tarification qui l'est déjà beaucoup. La création d'un coefficient *ad hoc* conduirait l'assurance maladie à devoir assumer des décisions prises par les opérateurs privés dans le cadre des conventions collectives. Si le différentiel de charges était pris en compte, il devrait, au minimum, se limiter à régler les situations déjà existantes et non devenir une règle qui rendrait impossible le contrôle et la maîtrise des dépenses. Les services du ministère estiment le surcoût entraîné par cette mesure de compensation à 100 millions d'euros pour les seuls établissements privés à but non lucratif et à 400 millions d'euros si tous les établissements privés devaient être concernés. La voie proposée ne me semble pas être la bonne. Une solution plus convenable pourrait, sous réserve d'une réelle volonté politique, passer par le volet contractualisation des Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Je ne dispose pas, à cette étape, d'une rédaction pertinente et vous propose donc, en accord avec le Gouvernement, de supprimer cet article, tout en mesurant bien la réalité du problème.

Cependant nous sommes, à chaque lecture d'un nouveau projet de loi de financement, saisis par un certain nombre d'associations professionnelles de problèmes récurrents, qui sont de véritables « marronniers ». Il est nécessaire de leur apporter une réponse construite et définitive. L'argument qui nous est régulièrement présenté par le Gouvernement pour repousser nos demandes est la nécessité d'approfondir les études sur ces points. On ne peut s'en satisfaire. Si je

vous demande la suppression de cet article, j'estime que la discussion doit s'engager avec le Gouvernement sur les solutions pérennes à apporter à ce différentiel de charges qui passent donc, pour moi, par les aides à la contractualisation.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat. Je suis d'accord avec le constat que fait Yves Bur de la nécessité d'apporter rapidement des réponses durables au différentiel de charges supportées par les établissements hospitaliers privés et publics. Les rapports publiés confirment ces écarts qui ne sont pas seulement la conséquence de mesures conventionnelles, mais aussi des dispositions législatives ou réglementaires qui s'imposent différemment à ces établissements. Seul manque le courage politique pour résoudre le problème. Le coût en est certes incontestable, faut-il alors s'engager dans la voie d'une généralisation des aides à la contractualisation à l'ensemble des établissements ? Peut-être. Nous pourrions d'ailleurs travailler ensemble à une solution satisfaisante. Je peux accepter une fois encore d'en repousser l'examen, mais il ne me semble pas que l'on puisse l'admettre longtemps.

Mme Catherine Lemorton, députée. Je suis d'accord avec l'analyse d'Alain Vasselle. L'écart des charges est reconnu. A Toulouse, par exemple, le seul établissement hospitalier du centre ville est à but non lucratif. Il accueille tout le monde, avec des tarifs opposables, sans dépassements d'honoraires. Il assure donc un vrai service public de la santé, mais est en grandes difficultés financières du fait de ce différentiel.

Mme Marisol Touraine, députée. Je m'inscris pleinement dans ce qui vient d'être dit. Nous sommes d'accord sur l'analyse, mais on nous demande de reporter la solution. La discordance est forte entre l'exposé des motifs de l'amendement de suppression et la présentation qui nous en est faite par le rapporteur de l'Assemblée nationale. Les établissements privés à but non lucratif ont des missions extrêmement proches de celles des établissements publics, même si le cadre juridique est différent. Il faut trouver une solution. Il me semble donc qu'il convient de maintenir l'article, le Gouvernement ayant tout loisir, s'il y trouve des difficultés insurmontables, d'apporter les corrections nécessaires pour obtenir l'accord du Parlement et de la majorité.

M. François Autain, sénateur. Je ne comprends pas le raisonnement d'Yves Bur, qui regrette la récurrence d'un certain nombre de problèmes dans chaque projet de loi de financement, dont fait partie le différentiel de charges entre les établissements hospitaliers, mais propose cependant la suppression d'un article introduit par le Sénat qui vise à le résoudre.

M. Pierre Méhaignerie, député, président. Je constate une grande convergence des points de vue sur ce point.

M. Jean-Luc Prél, député. On revient chaque année sur ce sujet et je crois que nous avons déjà voté en commission mixte paritaire une disposition semblable l'année dernière, qui a été supprimée en séance à la demande du Gouvernement. Le rapport de l'IGAS souligne la différence importante de charges sociales entre les établissements hospitaliers privés et publics. Le maintien de l'article adopté par le Sénat obligera le Gouvernement à expliquer clairement pourquoi il en demande la suppression.

M. Jean-Pierre Door, député. La commission mixte paritaire avait effectivement débattu de ce point l'année dernière, comme auparavant déjà. Nous avons le rapport de l'IGAS sur le différentiel de charges salariales, mais le Gouvernement fait remarquer qu'il ne dispose pas de celui sur les charges fiscales. Or, c'est un domaine où existent des situations très variées, y compris en matière d'assujettissement à la TVA. Il est donc important que nous demandions l'établissement de ce rapport.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Le Sénat est, je crois, bien conscient que la disposition qu'il a adoptée est d'application difficile et source de complexité. Une crainte existe, par ailleurs, chez les gestionnaires des établissements hospitaliers publics que les compensations accordées aux établissements privés le soient à leur détriment. Il ne me semble pas cependant que l'on puisse se contenter de la production d'un rapport supplémentaire, nous sommes sur ce point assez éclairés. Le débat doit donc avoir lieu avec le Gouvernement en séance, en s'intéressant en particulier aux solutions que pourraient apporter les aides à la contractualisation. En conséquence, je retire l'amendement de suppression de l'article.

La commission mixte paritaire *adopte* l'article 41 *bis* dans la rédaction du Sénat.

Article 41 ter

Convergence tarifaire ciblée

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Je propose la suppression de cet article.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat. Je suis opposé à cet amendement de suppression. Chaque année, je dépose des amendements pour tenter de « booster » la convergence tarifaire. L'an dernier, j'avais proposé d'avancer la date de la convergence totale de 2018 à 2014, mais j'avais été battu par les députés, rejoints par des membres de l'opposition. J'imagine que cela sera la même chose aujourd'hui, je ne me fais pas d'illusions. Je signale néanmoins que le dispositif que j'ai proposé cette année maintient la date de 2018, tout en instituant une règle de convergence « linéaire » d'au moins 10 % des tarifs par an. J'avais initialement prévu un amendement beaucoup plus modeste instituant un taux de

convergence progressif. Je pense que si nous ne faisons pas valoir auprès du Gouvernement la nécessité de faire avancer les études en la matière, la date de convergence intersectorielle finira par être repoussée à 2025, voire 2030. Il faut aller de l'avant, même si je suis conscient du fait qu'exiger une convergence de 10 % des tarifs par an est ambitieux. Cela étant, je suis prêt à me rallier à l'amendement de Jean-Pierre Door, qui doit être examiné juste après celui-ci.

M. Jean-Pierre Door, député. Je rejoins Alain Vasselle. Nous avons proposé, l'année dernière, que l'achèvement de la convergence intersectorielle soit atteint en 2018 tout en contrôlant chaque année le rythme de cette convergence. Un bilan devrait également être dressé chaque année en la matière. L'objectif d'une convergence tarifaire d'au moins 10 % des groupes homogènes de séjours (GHS) est louable. D'ailleurs, cette année, la convergence en a concerné une cinquantaine, pour un montant de 150 millions d'euros. Toutefois, prévoir une convergence complète pour la moitié de ces groupes, comme le souhaite le Sénat, conduit à un montant de 700 millions d'euros. Il me semble qu'il faut rester raisonnable, d'où mon amendement qui vise à supprimer la condition que la moitié des 10 % de GHS concernés chaque années par la convergence soit complètement rapprochée pour apporter de la souplesse au dispositif tout en garantissant un rythme de convergence soutenu.

Mme Marisol Touraine, députée. Je souhaite rappeler la position du groupe socialiste, radical et citoyen : nous sommes opposés à la convergence tarifaire intersectorielle. L'an dernier, nous avons soutenu le report de la date de la convergence complète de 2012 à 2018, qui nous a paru être un moindre mal, mais l'horizon de 2018 ne constitue en aucune manière une référence pour nous. Étant opposés à la convergence tarifaire intersectorielle, nous sommes évidemment opposés à l'accélération de celle-ci.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat. Je suis défavorable à l'amendement de suppression d'Yves Bur et favorable à l'amendement de Jean-Pierre Door.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Je maintiens mon amendement. La convergence tarifaire, chaque année, de 10 % au moins des GHM est peut-être souhaitable, mais elle est irréaliste. Notre objectif doit certes être de s'assurer que la convergence intersectorielle soit vraiment achevée en 2018, mais la démarche proposée par le Sénat représente un montant de 700 millions d'euros par an, ce qui pourrait conduire à une déstabilisation totale du secteur hospitalier public. Je suis donc défavorable à l'amendement de Jean-Pierre Door.

La commission mixte paritaire *adopte* l'amendement et l'article 41 *ter* est *ainsi supprimé*.

Article 42 bis A

Bilan national et régional de la prévalence des actes et interventions chirurgicales

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

Article 42 bis

Évolution des dépenses de médicaments remboursés sur l'enveloppe de soins de ville et prescrits à l'hôpital

M. Jean-Pierre Door, député. Je vous propose un amendement visant à revenir au texte de l'Assemblée nationale, dans un souci de précision rédactionnelle et de sécurité juridique accrue. Yves Bur présente d'ailleurs un amendement identique.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat. Je suis favorable à la première partie de ces amendements, mais pas à leur 6°. Je rappelle que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 prévoit que l'agence régionale de santé (ARS) peut conclure avec un établissement de santé un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins si les dépenses de médicaments, remboursées sur l'enveloppe de ville mais prescrites par ses médecins, connaissent une progression supérieure à un taux arrêté chaque année par l'État. Cette mesure est l'un des éléments permettant de mieux contrôler les interactions entre les différentes enveloppes de l'Ondam. Le 6° de l'article 42 *bis*, introduit à l'Assemblée nationale, tend à restreindre la possibilité de mise en œuvre de ce contrôle par l'ARS en posant une double condition : le dépassement doit découler du non-respect des obligations des médecins d'observer la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins, ainsi que des conditions de délivrance des médicaments en officine. Cette double condition est en fait extrêmement restrictive. Comment l'ARS pourra-t-elle prouver que les médecins et pharmaciens ont bien respecté leurs obligations légales pour les ordonnances qu'ils ont rédigées ou gérées ? Je propose donc de modifier l'amendement sur ce point en supprimant cette double condition et en reprenant la rédaction du Sénat.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Je suis favorable à une telle rectification.

La commission mixte paritaire *adopte* le sous-amendement et l'amendement et l'article 42 *bis* est *ainsi rédigé*.

Article 42 ter

Évaluation de la politique immobilière des établissements de santé

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

Article 42 quinquies

Coût des dépenses prescrites en établissement de santé et pesant sur l'enveloppe des soins de ville

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

Article 42 sexies

Information du Parlement sur le bilan et les perspectives de la CMU de base

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

Section 1 bis

Dispositions relatives au secteur social et médico-social

La commission mixte paritaire *adopte* un amendement présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, supprimant la section 1 *bis*.

Article 43 bis A

Exonération des aides versées aux délégués aux prestations sociales

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Je propose un amendement de suppression de cet article. Guy Lefrand a déposé un amendement identique.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat. Je suis favorable à ces deux amendements.

La commission mixte paritaire *adopte* ces deux amendements et l'article 43 *bis A* est *ainsi supprimé*.

Article 43 bis B

Placements financiers des établissements publics sociaux et médico-sociaux

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Je suis défavorable au placement libre de leur trésorerie par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) en raison du risque de dévoiement qui en résulte. C'est pourquoi je vous propose de supprimer cet article. À défaut, il me semblerait nécessaire d'en reporter l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2012.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat. Je pourrais être d'accord avec cette proposition si, dans le même temps, Yves Bur retirait l'amendement qu'il propose à l'article 43 *bis* et qui fixe entre 2 % et 4 % la fraction de la contribution de solidarité pour l'autonomie finançant les aides à l'investissement.

Je rappelle que, dans l'esprit du Sénat ces deux articles sont liés, la liberté de placement de la trésorerie devant permettre de dégager des ressources pour les investissements des EHPAD.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Je le répète : la liberté de placement de la trésorerie constitue selon moi un véritable danger, et n'a pas à être considérée comme une contrepartie des investissements. Je peux toutefois me ranger à l'avis du Sénat et je retire mon amendement à l'article 43 *bis*.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat. Je suis dès lors favorable à l'amendement de suppression de l'article 43 *bis* B.

Mme Bérengère Poletti, députée. Les plans d'aide à l'investissement sont des instruments importants, qu'il faut maintenir en raison de l'impact positif qu'ils ont sur le reste à charge des personnes résidant en établissement. Il me semble nécessaire d'entériner les apports positifs du Sénat sur ce point.

Mme Danièle Hoffman-Rispal, députée. Je partage l'analyse de Bérengère Poletti. Je souhaite que nous en restions à la version du Sénat concernant les aides à l'investissement.

La commission mixte paritaire *adopte* l'amendement et l'article 43 *bis* B est *ainsi supprimé*.

Article 43 bis

Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer et Plan d'aide à l'investissement

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

Article 43 ter

Rapport au Parlement préalable à la correction en fin d'année de l'objectif global des dépenses

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Je propose de supprimer le 2° de cet article, car il ne me semble pas cohérent de moduler le forfait soins en fonction de critères géographiques alors qu'il ne finance en rien l'hébergement, mais seulement des personnels dont le coût ne varie que très peu d'une localité à l'autre.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat. J'émet un avis de sagesse favorable.

La commission mixte paritaire *adopte* l'amendement, puis l'article 43 *ter* ainsi modifié.

Article 43 sexies

Pharmacies à usage intérieur dans les groupements de coopération sanitaire

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Je propose de supprimer cet article. Il me semble nécessaire de laisser la possibilité pour les groupements de coopération sanitaire de disposer d'une pharmacie à usage intérieur. Des démarches ont été engagées. Je peux comprendre que des inquiétudes soient apparues en milieu rural, mais il me semble malvenu de supprimer une telle possibilité sur l'ensemble du territoire. Il existe aujourd'hui une centaine de groupements de coopération. Nous devons avancer progressivement dans la mise en œuvre de cette mesure, qui permettra de faire des économies en matière de dispensation des médicaments.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat. Je suis opposé à cet amendement de suppression. Un compromis entre le Sénat et le Gouvernement a été dégagé, en prévoyant une expérimentation sur un site unique et une évaluation dans deux ans avant d'envisager sa généralisation. Un tel dispositif ne serait en effet pas sans risque pour les pharmacies en milieu rural. Il me semble nécessaire de faire preuve de prudence avant de le généraliser, tout en comprenant les objectifs qu'il poursuit.

M. Gérard Dériot, sénateur. Le dispositif proposé est très dangereux pour l'avenir de la répartition des officines de pharmacie sur le territoire. Des regroupements d'EHPAD sont tout à fait envisageables en zones rurales. Si ceux-ci créaient une pharmacie à usage intérieur, ils risqueraient de susciter de réelles difficultés pour les officines de pharmacie existantes dont le chiffre d'affaires serait forcément impacté. Au final, les économies réalisées seraient, selon moi, inexistantes, tandis que le réseau d'officines serait totalement déstructuré alors qu'il a, jusqu'à présent, grâce au système de licence, réussi à se maintenir. Lors de la création d'une officine, on tient compte du nombre d'habitants et donc d'usagers potentiels. Les résidents des EHPAD en font partie. La possibilité pour ces établissements de créer une pharmacie à usage intérieur conduira à supprimer la clientèle actuelle des officines existantes. Il ne faudra donc pas s'étonner si les pharmaciens, demain, demandent des subventions pour maintenir leur activité. J'ai été pharmacien, je sais ce qu'il en est. Non seulement le dispositif prévu ne sera pas source d'économies, mais il contribuera à dégrader le service rendu : par exemple, le week-end, la pharmacie à usage intérieur ne sera pas forcément ouverte. Enfin, il est dit dans l'exposé sommaire de l'amendement que la problématique abordée est « *déconnectée de celle relative à l'expérimentation de l'intégration des médicaments dans le forfait soins* ». Je ne suis pas d'accord avec cette analyse.

Mme Bérengère Poletti, députée. Les EHPAD peuvent aujourd'hui déjà constituer des pharmacies à usage intérieur. Pourquoi refuser une telle possibilité à des groupements de tels établissements ? Je ne comprends pas en quoi un tel dispositif poserait problème.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Je comprends les difficultés rencontrées par les officines de pharmacie, notamment en milieu rural, mais ce ne sont pas les maisons de retraite qui y mettront un terme. Un choix devra forcément être opéré pour aider les officines situées en zone rurale ou en zone urbaine sensible à faire face à leurs obligations de service public. Toutefois, accepter la rédaction proposée par le Sénat pour cet article, c'est-à-dire une unique expérimentation sur l'ensemble du territoire, me paraît ridicule : autant dire, plus clairement, que vous n'en voulez pas ! Je maintiens donc mon amendement de suppression. Sinon, il faudrait au moins augmenter le nombre de sites sur lesquels de telles expérimentations pourraient être menées.

La commission mixte paritaire *rejette* l'amendement.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Je vous propose d'autoriser non pas une seule mais dix expérimentations sur le territoire national.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat. Je n'y suis pas favorable.

La commission mixte paritaire *rejette* l'amendement. Puis, elle *adopte* l'article 43 *sexies* dans la rédaction du Sénat.

Article 43 septies

Rapport au Parlement sur les écarts de charges entre les différentes catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux

La commission mixte paritaire *adopte* un amendement de précision rédactionnelle de M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, puis l'article 43 *septies* ainsi modifié.

Article 44

Actions de formation professionnelle continue ou d'accompagnement vers le retour à l'emploi durant un arrêt maladie

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

Article 45

Dotations pour 2011 des régimes obligatoires d'assurance maladie à divers établissements publics

M. Guy Lefrand, député. Cet amendement vise à rétablir l'article 45 dans sa rédaction issue de l'Assemblée nationale. En effet, supprimer la contribution de 20 millions d'euros de l'assurance maladie à l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) privera cet établissement de 40 millions d'euros puisqu'il bénéficie d'un financement paritaire de l'État et de l'Assurance

maladie. Cependant, la rédaction des amendements présentés par Jean-Pierre Door et Yves Bur étant plus satisfaisante, je retire mon amendement.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat. Je suis défavorable à cet amendement, ainsi qu'à celui de Jean-Pierre Door. J'ai toujours considéré que l'EPRUS devrait être financé intégralement par le budget de l'État. Nous avons en son temps accepté un financement à parité entre l'État et l'assurance-maladie. Or, il apparaît que cette dernière assure en réalité la trésorerie de l'établissement, puisque ses contributions se révèlent trop élevées et dépassent celles de l'État.

M. Jean-Pierre Door, député. Je partage d'une certaine façon le point de vue du rapporteur du Sénat. Cependant, la dotation de 20 millions d'euros à l'EPRUS est primordiale. En effet, cet établissement joue un rôle majeur en matière de préparation et de réponse aux crises sanitaires et il est nécessaire aujourd'hui de le renforcer, notamment pour financer l'acquisition de médicaments et la constitution de réserves sanitaires.

Mme Marisol Touraine, députée. L'EPRUS assure une mission essentielle, mais je rejoins l'avis du rapporteur du Sénat car sa mission relève de la politique de santé publique : il doit donc être financée par l'État et non par l'assurance-maladie.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Je suis favorable à cet amendement. Sur la période 2010-2012, l'État assure tout à fait son rôle en finançant l'EPRUS à hauteur de 274 millions d'euros, la contribution de l'assurance-maladie étant de 200 millions d'euros. Il n'y a donc pas de déséquilibre entre l'État et l'assurance maladie.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat. Ces chiffres sont exacts mais une grande partie de la dotation de l'État finance en réalité des investissements. Je rappelle que le financement paritaire ne concerne que l'acquisition des produits de santé. Nous constatons que la contribution de l'assurance maladie à l'EPRUS pour 2010 – 170 millions d'euros – crée un nouveau déséquilibre à son détriment.

La commission mixte paritaire *rejette* les deux amendements et *adopte* l'article 45 dans la rédaction du Sénat.

Article 45 bis A

Fixation de la dotation nationale et des dotations régionales de financement des MIGAC

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Les trois amendements suivants visent à supprimer les articles 45 bis A, 45 bis B et 45 bis C adoptés par le Sénat. En effet, on comprend l'intention du Sénat de garantir une information du Parlement *a priori* au moment du vote de la loi de financement de la

sécurité sociale, s'agissant des Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), de l'Objectif des dépenses d'assurance maladie (ODAM) et de l'Objectif quantifié national (OQN). Cependant, il apparaît que la situation actuelle, qui voit la fixation de ces montants quinze jours après la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale, permet de disposer d'un délai de quatre mois à compter de l'élaboration du projet de loi de financement, et que ce délai est indispensable pour déterminer un objectif au plus près des dépenses constatées l'année en cours et donc pour calibrer le plus justement possible les objectifs pour l'année suivante, et ainsi limiter au maximum les risques de dépassements.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat. Je suis d'accord pour supprimer les articles 45 *bis* B et 45 *bis* C qui concernent l'ODAM et l'OQN. En revanche, je suis attaché au maintien de l'article 45 *bis* A, car si le Gouvernement est capable d'évaluer le montant de l'ONDAM pour l'année à venir, il peut faire de même pour les MIGAC.

Mme Marisol Touraine, députée. Ce débat est très complexe. Néanmoins il me donne l'occasion de rappeler notre préoccupation sur l'évolution des MIGAC. Leur gel a, en effet, été annoncé, et s'il faut conserver une certaine souplesse dans la fixation de leur montant, il apparaît en réalité que cet ajustement se fait toujours à la baisse. Il faut impérativement un dispositif pour sécuriser et donner davantage de lisibilité au financement des MIGAC.

M. Jean-Luc Préel, député. Il est essentiel de garantir une certaine souplesse. La détermination par la loi de financement de ces objectifs empêcherait toute fongibilité.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Je pense qu'un délai de quatre mois est nécessaire pour rassembler le maximum de données sur les dépenses de l'année en cours et fixer un montant réaliste des MIGAC. L'année dernière, les dépenses ont augmenté brusquement lors du second semestre : fixer le montant des MIGAC en fonction de données portant sur les six premiers mois seulement amènerait donc à des erreurs d'évaluation. Les trois articles formant un ensemble cohérent, il est donc logique de les supprimer tous les trois.

M. François Autain, sénateur. Il est souhaitable que le Parlement connaisse le montant des MIGAC au moment du vote de la loi de financement de la sécurité sociale. Je suis donc favorable au maintien de l'article 45 *bis* A.

La commission mixte paritaire *rejette* l'amendement et *adopte* l'article 45 *bis* A dans la rédaction du Sénat.

Article 45 bis B

Fixation de l'objectif des dépenses d'assurance maladie (ODAM)

La commission mixte paritaire *adopte* l'amendement proposé par M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, et l'article 45 *bis* B est *ainsi supprimé*.

Article 45 bis C

Vote de l'objectif quantifié national par le Parlement

La commission mixte paritaire *adopte* l'amendement proposé par M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, et l'article 45 *bis* C est *ainsi supprimé*.

Article 45 bis

Transmission au Parlement du bilan d'activité du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

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

Article 45 ter

Fongibilité des crédits des parts régionales du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés et du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins – Utilisations diverses de ressources de l'assurance maladie

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. L'amendement que je présente avec Alain Vasselle poursuit un double objectif : rétablir le mécanisme de fongibilité des fonds délégués aux agences régionales de santé, que l'Assemblée a adopté en première lecture à l'initiative du président Méhaignerie, et conserver le dispositif adopté par le Sénat qui consiste à restituer aux caisses les fonds déchus du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), ce qui constitue une mesure de bonne gestion.

La commission mixte paritaire *adopte* l'amendement et l'article 45 *ter* ainsi modifié.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Section 3

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

Article 49 A

Rapport sur le stress post-traumatique

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Cet amendement vise à supprimer cet article car le délai proposé pour que le Gouvernement présente au Parlement un rapport sur la possibilité d'inscrire le stress post-traumatique dans les tableaux de maladies professionnelles et d'assouplir les critères de reconnaissances des maladies professionnelles dans le cadre de la procédure complémentaire apparaît trop court. En outre, un groupe de travail vient de constituer au sein du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) sur ce sujet complexe des risques psychosociaux et il conviendrait d'attendre ses conclusions.

M. Gérard Dériot, sénateur. Je suis favorable à cet amendement de suppression, car il faut laisser le groupe de travail mener ses réflexions sur ce sujet complexe.

La commission mixte paritaire *adopte* l'amendement et l'article 49 A est *ainsi supprimé*.

Article 49 bis

Lutte contre la fraude en matière de déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles

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

Article 49 ter

Harmonisation des droits à pension pour invalidité

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

Article 49 quater

Conventions entre les services de prévention des risques professionnels des caisses de sécurité sociale et les services de santé au travail

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

Article 51 bis

Financement par le FCAATA des départs anticipés des bénéficiaires de l'ACAATA

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

Article 52

Contribution au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

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

Article 52 bis

Financement par la branche AT-MP du dispositif de compensation de la pénibilité

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

Article 52 ter

Contribution de la branche AT-MP au Fonds national de soutien relatif à la pénibilité

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

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

Article 54

Suppression de la rétroactivité des aides au logement

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

Article 55 bis A

**Ouverture du prêt à l'amélioration de l'habitat aux assistants maternels
travaillant en maison d'assistants maternels**

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

Article 55 bis B

**Expérimentation de l'annualisation du temps de travail des praticiens
hospitaliers à temps partiels outre-mer**

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

Article 55 ter

**Conditions de versement des allocations familiales en cas d'intervention de
l'aide sociale à l'enfance**

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. La part des allocations familiales relative à un enfant confié aux services de l'aide sociale à l'enfance, qui dépendent des départements, est versée à ces derniers. Le juge peut néanmoins décider de maintenir ce versement à la famille, d'office ou sur saisine du président du conseil général. Mon amendement propose d'encadrer cette possibilité, en prévoyant que le juge ne peut verser à la famille de l'enfant placé plus de 40 % du montant des allocations familiales. Toutefois, le conseil général peut prendre la décision de laisser le juge majorer ce versement s'il le juge utile au retour de l'enfant dans la famille.

M. André Lardeux, sénateur. J'adopterai une position de sagesse sur cet amendement, car je ne suis pas sûr qu'il relève du domaine de la loi de financement de la sécurité sociale et je suis dubitatif sur la dernière phrase de cet amendement qui précise que ce plafond peut être majoré sur proposition du président du conseil général. En effet, il appartient au juge, et non au président du conseil général, de fixer ce plafond.

M. Guy Fischer, sénateur. Je suis très défavorable à cet amendement qui stigmatise des familles en difficultés. Cet amendement répond à la volonté des conseils généraux de limiter certaines dépenses, mais se fait au détriment de familles défavorisées.

Mme Bérengère Poletti, députée. Les allocations familiales ont pour fonction d'aider les familles à éduquer leurs enfants : il ne faut donc pas les considérer comme des aides sociales. Si les familles n'ont plus d'enfant à charge, il n'y a pas de raison qu'elles continuent à toucher les allocations familiales, surtout si l'enfant leur a été retiré pour cause de maltraitance.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Je souhaite modifier mon amendement afin de préciser que le plafond peut être majoré sur demande, et non sur proposition, du président du conseil général.

Mme Marisol Touraine, députée. Je comprends la logique de cet amendement. Cependant, qu'en est-il quand les familles se voient retirer un enfant et conservent d'autres enfants à charge ? Le juge n'est-il pas le mieux placé pour juger de la situation et décider de maintenir le versement des allocations familiales à la famille ?

M. André Lardeux, sénateur. Le dispositif proposé par l'amendement permet de moduler le montant des allocations versées aux familles.

M. Bernard Cazeau, sénateur. Je comprends mal la logique de cet amendement : soit, on considère que la famille est encore impliquée dans l'éducation de l'enfant et elle doit continuer à percevoir les allocations familiales, soit on considère que ce n'est pas le cas et le versement est alors suspendu. Pourquoi fixer un plafond de 40 % ? Il faut apprécier la situation de ces familles dans toute leur complexité et comprendre comment elles en sont arrivées à cette situation avant de suspendre le versement des allocations.

M. André Lardeux, sénateur. En tant que membre du conseil général du Rhône, j'ai été confronté quotidiennement à de telles situations : il s'agit de situations très complexes et délicates à gérer qui demandent une réponse plus adaptée que celle que propose l'amendement. C'est pourquoi, je voterai vigoureusement contre cet amendement.

M. Pierre Méhaignerie, député, président. Le retrait d'un enfant représente une réelle souffrance pour une famille et les politiques sur ce sujet varient d'un conseil général à l'autre. Cependant, même si ces situations sont très délicates, cela ne remet pas en cause le dispositif proposé par le rapporteur de l'Assemblée nationale, dispositif qui est très équilibré.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Je précise que si un seul enfant est retiré à une famille, seules les allocations familiales le concernant sont concernées par le dispositif, et non celles concernant les autres enfants.

La commission mixte paritaire *adopte* l'amendement et l'article 55 *ter* est rétabli.

Article 55 quater

Rapport du Gouvernement sur le coût des grossesses pathologiques

La commission mixte paritaire *maintient la suppression* de cet article.

Article 56

Objectifs de dépenses de la branche famille pour 2011

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

Section 5

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 57

Transfert au fonds de solidarité vieillesse du financement d'une fraction du minimum contributif versé par le régime général, la caisse centrale de la mutualité sociale agricole et le régime social des indépendants

M. Dominique Leclerc, sénateur. Je défends cet amendement de Denis Jacquat, député, relatif à la question du minimum contributif. Il s'agit de prévoir l'entrée en vigueur du minimum contributif « tous régimes » au 1^{er} janvier 2012, et non dès le mois de septembre 2011, de manière à tenir compte des conclusions du rapport consacré aux polypensionnés.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Je suis favorable à l'adoption de cet amendement.

La commission mixte paritaire *adopte* l'amendement et l'article 57 *ainsi modifié*.

Article 57 bis

Minimum contributif du régime des cultes

La commission mixte paritaire *adopte* un amendement de conséquence de M. Denis Jacquat, député, et l'article 57 *bis ainsi modifié*.

Article 57 ter

Information sur la possibilité pour les assurés du RSI d'effectuer des versements complémentaires pour valider des trimestres pour la retraite

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

Section 6

Dispositions relatives à la gestion du risque, à l'organisation ou à la gestion interne des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement

Article 59

Fonds de performance de la sécurité sociale

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Je présente un amendement qui tend à rétablir cet article 59 dans la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale, qui correspond d'ailleurs aussi à la rédaction retenue l'année dernière. Cet amendement ajoute cependant certaines précisions : les actions soutenues par le fonds de performance de la sécurité sociale comprennent notamment le pilotage de projets transversaux ; les dépenses du fonds sont imputées sur les différents budgets dans le respect des conventions d'objectifs et de gestion ; les caisses sont explicitement associées, aux côtés de l'État, au pilotage du fonds. Il s'agit, en particulier, de mutualiser les différentes démarches réalisées par les caisses, de manière à optimiser la gestion de l'ensemble des branches, ce qui ne va pas, il est vrai, sans quelques réticences de la part de celles-ci.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat. Sur ce sujet, il semble bien qu'Yves Bur se soit laissé endormir ! Autant j'ai fait part au Gouvernement de mon accord sur la réalisation d'audits ou d'études, autant il ne revient pas à l'assurance maladie de financer un tel dispositif de performance, ce qui traduirait un désengagement de l'État. Je l'ai rappelé au directeur de la sécurité sociale. C'est pourquoi nous nous sommes unanimement prononcés contre la création, dans ces conditions, de ce fonds.

La commission mixte paritaire *rejette* l'amendement et *maintient la suppression* de l'article 59.

Section 7

Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude

Article 60

Pénalisation de l'exercice d'activités rémunérées pendant les arrêts maladie

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

Article 60 bis

Sanctions en matière de tarification à l'activité

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

Article 61

Droits des agents de contrôle de la sécurité sociale d'obtenir des informations permettant de lutter contre la fraude profitant à des tiers

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

Article 62

Instauration d'une pénalité contre les tiers refusant de communiquer les informations demandées

La commission mixte paritaire *maintient la suppression* de cet article.

Article 63

Obligation de déclaration de revenus pour les auto-entrepreneurs

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

Article 65

Prise en charge des cotisations des professionnels de santé par l'assurance maladie

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

Article 66

Limitation des sanctions dues par les établissements de santé en cas de manquement aux règles de facturation

La commission mixte paritaire *maintient la suppression* de cet article.

Article 66 bis

Harmonisation de la jurisprudence des organismes locaux d'assurance maladie en matière de pénalités financières et de mise sous accord préalable

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

Article 71

Minimum vieillesse

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Cet amendement, que je présente conjointement avec Alain Vasselle, est presque un amendement de précision : il tend à rétablir le texte adopté par l'Assemblée nationale, afin d'appliquer aux anciennes allocations composant le minimum vieillesse la définition de la notion de résidence en France adoptée pour l'allocation de solidarité aux personnes âgées, qui s'est substituée au minimum vieillesse.

M. Guy Fischer, sénateur. Cet amendement ne vise rien moins qu'à supprimer les allocations dont bénéficient les anciens chibanis. Dans notre ville, ils sont nombreux, et, de façon générale, une telle disposition porte préjudice à ceux qui ont donné leur vie pour notre pays, en particulier son développement industriel, et qui y résident. Aujourd'hui, on vient mégoter sur les allocations qui leur sont servies. Cette nouvelle mesure relève de la même logique que celle que nous venons d'examiner sur les prestations familiales. J'y suis résolument opposé.

M. Bernard Cazeau, sénateur. Je partage ce point de vue.

La commission mixte paritaire *adopte* l'amendement et l'article 71 *ainsi modifié*.

*

La commission mixte paritaire *adopte* l'ensemble du projet de loi dans la rédaction résultant de ses travaux.

TABLEAU COMPARATIF

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat
Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011	Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011
PREMIÈRE PARTIE	PREMIÈRE PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2009	DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2009
Articles 1 ^{er} et 2	
..... Conformes	
DEUXIÈME PARTIE	DEUXIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2010	DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2010
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 à 5	
..... Conformes	
Section 2 Dispositions relatives aux dépenses	Section 2 Dispositions relatives aux dépenses
Articles 6 à 8	
..... Conformes	
TROISIÈME PARTIE	TROISIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2011	DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2011
Section 1 Reprise de dette	Section 1 Reprise de dette
Article 9	Article 9
I. – L'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifiée :	
1° L'article 2 est ainsi rédigé :	
« Art. 2. – La Caisse d'amortissement de la dette	

Texte adopté par l'Assemblée nationale

sociale a pour mission d'apurer la dette mentionnée à l'article 4 et d'effectuer les versements prévus par ce même article. » ;

2° L'article 4 est ainsi modifié :

a) Le dernier alinéa du II *ter* est remplacé par des II *quater* et II *quinquies* ainsi rédigés :

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

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

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

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

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

b) Il est ajouté un VII ainsi rédigé :

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

Texte adopté par le Sénat

« II *quater*. – ...

... mentionnées aux 1°, 3° et 4° de l'article ...

... mentionnées aux 1°, 3° et 4° de l'article ...

... d'euros.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

3° L'article 6 est ainsi rédigé :

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

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

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

« 3° à 5° (*Supprimés*)

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

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

« 8° (*Supprimé*) »

4° Le premier alinéa de l'article 7 est ainsi rédigé :

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

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

1° Après le 10° de l'article L. 135-3, sont insérés des 10° bis à 10° sexies ainsi rédigés :

« 10° bis Les sommes issues de l'application du livre III de la troisième partie du code du travail et reçues en consignation par la Caisse des dépôts et consignations ou résultant de la liquidation des parts de fonds commun de placement par les organismes gestionnaires, des titres émis par des sociétés d'investissement à capital variable, des actions émises par les sociétés créées par les salariés en vue de la reprise de leur entreprise ou des actions ou coupures d'actions de l'entreprise, n'ayant fait l'objet de la part des ayants droit d'aucune opération ou réclamation depuis trente années ;

« 10° ter Les sommes acquises à l'État conformément au 5° de l'article L. 1126-1 du code général de la propriété des personnes publiques ;

« 10° quater Le produit des parts fixes des redevances dues au titre de l'utilisation des fréquences 1900-1980 mégahertz et 2110-2170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application

Texte adopté par le Sénat

Texte adopté par l'Assemblée nationale

du code des postes et des communications électroniques ;

« 10° *quinquies* Une fraction égale à 35 % du produit de l'ensemble des parts variables des redevances payées chaque année au titre de l'utilisation des fréquences 880-915 mégahertz, 925-960 mégahertz, 1710-1785 mégahertz, 1805-1880 mégahertz, 1900-1980 mégahertz et 2110-2170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques ;

« 10° *sexies* Le produit de la contribution instituée à l'article L. 137-5 du présent code. » ;

2° L'article L. 135-6 est ainsi modifié :

a) Le troisième alinéa est complété par les mots : « ainsi que du fonds mentionné à l'article L. 135-1 » ;

b) Le quatrième alinéa est ainsi rédigé :

« Les sommes affectées au fonds sont mises en réserve jusqu'au 1^{er} janvier 2011. À compter de cette date et jusqu'en 2024, le fonds verse chaque année, au plus tard le 31 octobre, 2,1 milliards d'euros à la Caisse d'amortissement de la dette sociale afin de participer au financement des déficits, au titre des exercices 2011 à 2018, des organismes mentionnés à l'alinéa précédent. Le calendrier et les modalités de ces versements sont fixés par convention entre les deux établissements. » ;

3° Les 1°, 5°, 7°, 8° et 11° de l'article L. 135-7 sont abrogés ;

4° L'article L. 135-8 est ainsi modifié :

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

b) La troisième phrase du dernier alinéa est complétée par les mots : « , et en particulier leur adéquation avec les obligations de versements prévues à l'article L. 135-6 » ;

Texte adopté par le Sénat

4° bis A (nouveau) L'article L. 135-11 est ainsi rédigé :

« Art. L.135-11. – Les règles prudentielles auxquelles est soumis le fonds sont déterminées par arrêté conjoint des ministres chargés de l'économie, du budget et de la sécurité sociale. » ;

4° bis B (nouveau) Au deuxième alinéa de l'article L. 135-12, les mots : « émettent un rapport d'examen limité sur les comptes intermédiaires semestriels du fonds » sont supprimés ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale

4° *bis (nouveau)* Le IV de l'article L. 136-8 est ainsi modifié :

a) Au 1°, le taux : « 1,1 % » est remplacé par le taux : « 0,82 % » et le taux : « 1,08 % » est remplacé par le taux : « 0,8 % » ;

b) Au 5°, les mots : « 0,2 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I » sont remplacés par le taux : « 0,48 % » ;

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

5° *bis (nouveau)* L'article L. 241-6 est complété par des 5° à 7° ainsi rédigés :

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

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

« 7° Le prélèvement résultant de l'aménagement des règles d'imposition aux prélèvements sociaux de la part en euro des contrats d'assurance vie multi-supports. » ;

6° Le II de l'article L. 245-16 est ainsi rédigé :

« II. – Le produit des prélèvements mentionnés au I est ainsi réparti :

« – une part correspondant à un taux de 0,3 % au fonds mentionné à l'article L. 135-1, dont une part correspondant à un taux de 0,2 % à la section mentionnée à l'article L. 135-3-1 ;

« – une part correspondant à un taux de 1,3 % à la Caisse d'amortissement de la dette sociale ;

« – une part correspondant à un taux de 0,6 % à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés. »

III. – Le IV de l'article 45 de la loi n° 2005-1719 du 30 décembre 2005 de finances pour 2006 est abrogé.

Section 2

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

Article 10

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

1° Le 10° de l'article L. 135-3 est ainsi rédigé :

« 10° Le produit des contributions mentionnées aux

Texte adopté par le Sénat

Section 2

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

Article 10

Texte adopté par l'Assemblée nationale

articles L. 137-11 et L. 137-11-1 ; »

2° À l'intitulé de la section 5 du chapitre VII du titre III du livre I^{er}, le mot : « Contribution » est remplacé par le mot : « Contributions » ;

3° Le I de l'article L. 137-11 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « , au profit du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du présent code, » sont supprimés ;

b) Au 1^o, les mots : « , pour la partie excédant un tiers du plafond mentionné à l'article L. 241-3 » sont supprimés et les mots : « et précomptée par l'organisme payeur » sont remplacés par les mots : « , versée par l'organisme payeur et recouvrée et contrôlée dans les mêmes conditions que la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 due sur ces rentes » ;

3° bis (nouveau) Après la deuxième phrase du II du même article, sont insérées trois phrases ainsi rédigées :

« Pour les régimes existant à la date de publication de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2011 qui ont opté préalablement pour l'assiette mentionnée au 1^o du I de l'article L. 131-11, l'option peut être exercée à nouveau entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2011. L'employeur qui exerce cette option est redevable d'un montant équivalent à la différence, si elle est positive, entre, d'une part, la somme des contributions qui auraient été acquittées depuis le 1^{er} janvier 2004 ou la date de création du régime si elle est postérieure s'il avait choisi l'assiette définie au 2^o du même I dans les conditions prévues au II du même article et, d'autre part, la somme des contributions effectivement versées depuis cette date. L'employeur acquitte cette somme au plus tard concomitamment au versement de la contribution due sur les sommes mentionnées au 2^o du I du même article de l'exercice 2011 ou de manière fractionnée, sur quatre années au plus, selon des modalités définies par arrêté ;

4° Après l'article L. 137-11, il est inséré un article L. 137-11-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 137-11-1. – Les rentes dont la valeur est supérieure à 300 € par mois versées dans le cadre des régimes mentionnés au I de l'article L. 137-11 sont soumises à une contribution à la charge du bénéficiaire. Le taux de cette contribution est fixé à 14 % pour les rentes dont la valeur est supérieure à 500 € par mois. Pour les rentes dont la valeur mensuelle est comprise entre 300 et 500 € par mois, ce taux est fixé à 7 %. Ces valeurs sont revalorisées chaque année en fonction de l'évolution du plafond défini à l'article L. 241-3 et arrondies selon les règles définies à l'article L. 130-1. La contribution est précomptée et versée par les organismes débiteurs des rentes et recouvrée et contrôlée dans les mêmes conditions que la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 due sur ces rentes. »

Texte adopté par le Sénat

« Pour ...

... du I *du présent* article, l'option ...

... prévues au *présent* II et, ...

... au 2^o *dudit* I

... par arrêté ;

« Art. L. 137-11-1. – ...

... à 500 € par mois ...

... à 700 € par mois....

... entre 500 € et 700 € par mois, ...

... rentes. »

Texte adopté par l'Assemblée nationale

II (*nouveau*). – Au premier alinéa du III de l'article 15 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010, l'année : « 2010 » est remplacée par l'année : « 2011 ».

Article 11

I. – À la première phrase du II de l'article L. 137-13 du code de la sécurité sociale, le taux : « 10 % » est remplacé par le taux : « 14 % ».

II. – Au premier alinéa de l'article L. 137-14 du même code, le taux : « 2,5 % » est remplacé par le taux : « 8 % ».

Texte adopté par le Sénat

Article 11

I. – La première ...
... sociale est ainsi rédigée :

« Le taux de cette contribution est fixé à 14 % lorsqu'elle est due sur les options mentionnées au I et à 10 % lorsqu'elle est due sur les actions mentionnées au I. »

II. – Le premier ...
... code est ainsi modifié :

1° Les mots : « de 2,5 % » sont supprimés ;

2° Sont ajoutés les mots : « , dont le taux est fixé à 8 % pour les premiers et à 2,5 % pour les seconds ».

Article 12

Conforme

Article 12 bis (nouveau)

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

1° Le premier alinéa de l'article L. 131-7 est complété par les mots : « , à l'exception des mesures prévues aux articles L. 241-13, dans sa rédaction issue de la loi n° de financement de la sécurité sociale pour 2011, et L. 241-6-4 et dans les conditions d'éligibilité à cette date compte tenu des règles de cumul fixées par ces articles » ;

2° L'article L. 131-8 est ainsi rédigé :

« Art. L. 131-8. – Les organismes de sécurité sociale perçoivent le produit d'impôts et taxes dans les conditions fixées ci-dessous :

« 1° Le produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code, est versé :

« – à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 59,9 % ;

« – à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 23,4 % ;

« – au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour une fraction correspondant à 16,7 % ;

« 2° Le produit de la taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire, mentionnée à l'article L. 137-1, est versé à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 ;

Article 12 bis

1° Le premier alinéa de l'article L. 131 est complété par les mots : « , à l'exception des mesures prévues aux articles L. 241-13 et L. 241-6-4 dans leur rédaction en vigueur au 1^{er} janvier 2011 et dans ...

... articles » ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale

« 3° Le produit de la taxe sur les primes d'assurance automobile, mentionnée à l'article L. 137-6, est versé à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 ;

« 4° Le produit de la taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par les commerçants de gros en produits pharmaceutiques est versé à la branche mentionnée au même 1° ;

« 5° Le produit de la taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par les fournisseurs de tabacs, dans des conditions fixées par décret, est versé à la branche mentionnée au même 1° ;

« 6° Le produit du droit de licence sur la rémunération des débitants de tabacs mentionné à l'article 568 du code général des impôts est versé à la branche mentionnée au même 1° ;

« L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser le produit des taxes et des impôts mentionnés, dans les conditions prévues au présent article. »

Texte adopté par le Sénat

« 3° Le produit ...

... au 4° de l'article L. 200-2 ;

« L'Agence ...

... centraliser *et de répartir* le produit ...

... article. »

I bis (nouveau). – À titre dérogatoire, le produit des exercices 2011 et 2012 de la taxe sur les primes d'assurance automobile, mentionnée à l'article L. 137-6 du code de la sécurité sociale, est versé à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du même code.

I ter (nouveau). – Le f de l'article 61 de la loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005 est ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale

II. – L'article 61 de la loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005 est ainsi modifié :

1° *Le f* est ainsi rédigé :

« *f* Le produit d'une fraction égale à 32,83 % est versé :

« 1° À la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale, pour une part correspondant à un taux égal à 8,02 % ;

« 2° À la branche mentionnée au 2° du même article, pour une part correspondant à un taux égal à 1,58 % ;

« 3° À la branche mentionnée au 4° du même article, pour une part correspondant à un taux égal à 12,57 % ;

« 4° Au régime des salariés agricoles, pour une part correspondant à un taux égal à 10,00 % ;

« 5° À l'Établissement national des invalides de la marine, à la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires, aux régimes de sécurité sociale d'entreprise de la Société nationale des chemins de fer français et de la Régie autonome des transports parisiens et à la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines, pour une part correspondant à un taux égal à 0,66 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres en charge de la sécurité sociale et du budget. » ;

2° Au *i*, le taux : « 2,92 % » est remplacé par le taux : « 3,45 % ».

III. – Le présent article entre en vigueur à compter du 15 février 2011.

Article 12 ter (nouveau)

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

II. – Le I est applicable exclusivement aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Article 12 quater (nouveau)

Après le mot : « tirent », la fin de l'article L. 722-4 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée : « de leurs

Texte adopté par le Sénat

II. – À titre dérogatoire, l'article 61 de la loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005 est ainsi modifié pour les années 2011 et 2012 :

2° *Le i* est abrogé

II bis (nouveau). – Chaque année, l'annexe 5 au projet de loi de financement de la sécurité sociale établit le bilan financier comparatif, par branche, des mesures d'allègement de cotisations sociales mentionnées à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, et du produit des taxes mentionnées aux I et II. Si ce produit est inférieur aux pertes résultant, pour les organismes de sécurité sociale, des allègements de cotisations précités, l'annexe comporte des propositions de mesures destinées à rétablir l'équilibre.

Article 12 ter

II. – *Supprimé*

Article 12 quater

Après ...

Texte adopté par l'Assemblée nationale

activités professionnelles, appréciés conformément aux deuxième à quatrième alinéas de l'article L. 131-6. »

Article 13

Le même code est ainsi modifié :

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

« La contribution due au titre des rémunérations mentionnées aux articles L. 7121-8 et L. 7123-6 du code du travail est acquittée par l'employeur ou par l'utilisateur mentionné à ces articles au titre des sommes qu'il verse à l'artiste ou au mannequin. » ;

2° À l'article L. 137-16, le taux : « 4 % » est remplacé par le taux : « 6 % ».

Texte adopté par le Sénat

... l'article L. 131-6 *et calculés dans la limite d'un plafond, dans les conditions déterminées par le décret prévu au premier alinéa de l'article L. 612-4.* »

Article 13

1° *Supprimé*

Article 13 bis

..... Conforme

Article 13 ter (nouveau)

La première phrase du douzième alinéa de l'article L. 242-1 du même code est ainsi rédigée :

« Est exclue de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa, dans la limite d'un montant fixé à quatre fois la valeur annuelle du plafond mentionné à l'article L. 241-3, la part des indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail qui n'est pas imposable en application de l'article 80 *duodecies* du code général des impôts. »

Article 13 ter

I. –

« Est exclue ...

... fixé à trois

fois ...

... travail ou de la cessation forcée des fonctions de mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 *ter* du code général des impôts qui n'est pas imposable ...

... 80 *duodecies* du même code. »

II (nouveau). – À la fin de la deuxième phrase du 5° du II de l'article L. 136-2 du même code, les mots : « à l'impôt sur le revenu en application de l'article 80 *duodecies* du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « aux cotisations de sécurité sociale en application du douzième alinéa de l'article L. 242-1 ».

III (nouveau). – À titre transitoire, par dérogation aux dispositions du douzième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, la limite d'exclusion d'assiette visée au même article est fixée à un montant égal à six fois la valeur annuelle du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du même code dans les cas suivants :

– pour les indemnités versées en 2011 au titre d'une rupture ayant pris effet le 31 décembre 2010 au plus tard, ou intervenant dans le cadre d'un projet établi en application de l'article L. 1233-61 du code du travail et notifié dans les conditions prévues à l'article L. 1233-46 du même code le 31 décembre 2010 au plus tard ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Article 13 quater (nouveau)

Le Gouvernement présente au Parlement, avant le 30 juin 2011, un rapport sur les simplifications qui peuvent être apportées au régime social applicable aux indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail.

Article 13 quater

Supprimé

– pour les indemnités versées en 2011 au titre d'une rupture prenant effet en 2011 dans la limite du montant prévu par la convention ou l'accord collectif en vigueur au 31 décembre 2010.

Articles 14 et 15

..... Conformes

Article 16

Le même code est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 242-1-2, il est inséré un article L. 242-1-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 242-1-4. – Toute somme ou avantage alloué à un salarié à raison de son activité professionnelle par une personne qui n'est pas son employeur est une rémunération au sens de l'article L. 242-1.

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

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

« La personne tierce remplit les obligations relatives aux déclarations et aux versements de la contribution libératoire ou des cotisations et contributions sociales relatifs

Article 16

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

« Dans les cas ...

... sommes au salarié au titre de cette activité, les cotisations des assurances sociales, d'allocations familiales ...

... conventionnelle.

« La personne ...

Texte adopté par l'Assemblée nationale

à ces rémunérations selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les salaires. Elle informe l'employeur des sommes ou avantages versés à son salarié.

« Le deuxième alinéa n'est ni applicable, ni opposable aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du présent code si la personne tierce et l'employeur ont accompli des actes ayant pour objet d'éviter, en totalité ou en partie, le paiement des cotisations et contributions sociales. Dans ce cas, l'article L. 243-7-2 est applicable à l'employeur en cas de constat d'opérations litigieuses.

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

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

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

3° L'article L. 311-3 est complété par un 31° ainsi rédigé :

« 31° Les salariés au titre des sommes ou avantages mentionnés au premier alinéa de l'article L. 242-1-4. »

Article 16 bis (nouveau)

Le même code est ainsi modifié :

1° L'article L. 613-1 est complété par un 7° ainsi rédigé :

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

2° L'article L. 622-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

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

Texte adopté par le Sénat

... sommes *versées* à son salarié.

« Un décret ...

... sommes *versées* aux salariés.

Article 16 bis

« 7° Sous réserve ...

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

« Sous réserve ...

... tourisme dont le revenu imposable de l'activité

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

est supérieur au seuil d'exonération de faibles revenus professionnels non salariés non agricoles applicable en matière de cotisations d'allocations familiales. » ;

Article 16 ter

..... Conforme

Article 17

Article 17

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

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

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

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

« Sont également pris en compte dans l'assiette des cotisations les revenus perçus par une personne en contrepartie de la location des terres, biens immobiliers à utilisation agricole et biens mobiliers qui leur sont attachés lorsque ces terres et ces biens sont mis à la disposition d'une exploitation ou d'une entreprise agricole sous forme individuelle ou sociétaire aux travaux de laquelle elle participe effectivement. Cette majoration ne s'applique pas lorsque cette personne ne procède pas à la déduction du revenu cadastral des terres prévue au cinquième alinéa de l'article L. 731-14. »

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

1° A (*nouveau*) Après la première occurrence du mot : « code », la fin du 4° du II de l'article L. 136-2 est ainsi rédigée : « et de celles destinées au financement des régimes de retraite visés au I de l'article L. 137-11 ; »

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

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

2° Supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

lorsque le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ne procède pas à la déduction du revenu cadastral des terres prévue au cinquième alinéa de l'article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime. » ;

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

III. – Le présent article est applicable aux revenus perçus à compter du 1^{er} janvier 2011.

Articles 17 bis, 17 ter, 18 et 19

..... Conformes

Article 20

Le même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa de l'article L. 138-1 est complété par les mots : « , sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à un seuil, compris entre 30 et 40 millions d'euros, fixé par accord-cadre entre le Comité économique des produits de santé et un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises concernées » ;

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

a) Au premier alinéa du I, après le mot : « précité », sont insérés par deux fois les mots : « sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à un seuil, compris entre 30 et 40 millions d'euros, fixé par accord-cadre entre le Comité économique des produits de santé et un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises concernées » ;

Article 20

I. – Le ... L. 138-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « dont le chiffre d'affaires hors taxes n'excède pas trente millions d'euros. »

II. – L'article L. 138-10 du même code ainsi modifié :

A. – Le I est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa :

a) Les mots : « à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 précité » sont supprimés deux fois ;

b) Les mots : « de l'article L. 596 du code de la santé publique et n'ayant pas passé convention avec le Comité économique des produits de santé, dans les conditions mentionnées au troisième alinéa ci-après, » sont remplacés par les mots : « des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique » ;

2° Après le premier alinéa, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :

« Ne sont pas pris en compte, pour la détermination de l'assiette de la contribution :

« – le chiffre d'affaires hors taxes réalisé par les entreprises mentionnées au premier alinéa ayant passé convention avec le Comité économique des produits de santé dans les conditions définies au sixième alinéa du présent I,

« – lorsqu'il n'excède pas trente millions d'euros, le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au titre de tout médicament orphelin au sens du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, précité, inscrit sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17. » ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale

b) Au premier alinéa du II, après les mots : « les médicaments orphelins » et après le mot : « précité », sont insérés les mots : « sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à un seuil, compris entre 30 et 40 millions d'euros, fixé par accord-cadre entre le Comité économique des produits de santé et un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises concernées » ;

3° Le 3° du II de l'article L. 245-2 est complété par les mots : « , sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à un seuil, compris entre 30 et 40 millions d'euros, fixé par accord-cadre entre le Comité économique des produits de santé et un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises concernées » ;

4° L'accord-cadre précité doit être conclu au plus tard le 1^{er} avril 2011. À défaut, le seuil est fixé à 30 millions d'euros. Le présent article s'applique pour la première fois aux contributions dues au titre de l'année 2011.

Article 21

I. – Le même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 134-1, les mots : « de l'assurance maladie et maternité au titre des prestations en nature et » sont supprimés ;

1° bis (nouveau) À l'intitulé de la section 2 du chapitre IV du titre III du livre 1^{er}, les mots : « des gens de mer, » sont supprimés ;

1° ter (nouveau) L'article L. 134-4 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « des gens de mer, »

Texte adopté par le Sénat

B. – Le II est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa :

a) Les mots : « à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, » sont supprimés deux fois ;

b) Les mots : « et n'ayant pas passé convention avec le Comité économique des produits de santé dans les conditions mentionnées au quatrième alinéa ci-après, » sont supprimés ;

2° Après le premier alinéa, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :

« Ne sont pas pris en compte, pour la détermination de l'assiette de la contribution :

« – le chiffre d'affaires hors taxes réalisé par les entreprises mentionnées au premier alinéa ayant passé convention avec le Comité économique des produits de santé dans les conditions définies au sixième alinéa du présent II ;

« – lorsqu'il n'exécède pas trente millions d'euros, le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au titre de tout médicament orphelin au sens du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, précité, inscrit sur une des listes mentionnées au premier alinéa du présent II. »

III. – Le 3° du II de l'article L. 245-2 du même code est complété par les mots : « , à l'exception de ceux dont le chiffre d'affaires hors taxes excède trente millions d'euros. »

Article 21

Texte adopté par l'Assemblée nationale

sont supprimés ;

b) Le début du dernier alinéa est ainsi rédigé : « La caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines, et la Régie autonome... (*le reste sans changement*). » ;

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

1° *quinquies (nouveau)* La section 3 du chapitre IV du titre III du livre I^{er} est ainsi rédigée :

« Section 3

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

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

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

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

« Les soldes qui en résultent entre ce régime et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sont fixés dans les conditions définies par le dernier alinéa de l'article L. 134-1.

« Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret. » ;

2° Le 5° de l'article L. 612-1 est abrogé ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 651-1, les mots : « , au profit du régime social des indépendants mentionné à l'article L. 611-1, ainsi qu'au profit du fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1 et du Fonds de

Texte adopté par le Sénat

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

réserve pour les retraites mentionné à l'article L. 135-6, » sont supprimés ;

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

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

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

c) Le dernier alinéa est supprimé.

II. – Le 10° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime est ainsi rédigé :

« 10° Une fraction égale à 30,89 % du produit de la contribution sociale de solidarité mentionnée à l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale ; ».

III. – L'article 61 de la loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, l'année : « 2010 » est remplacée par l'année : « 2011 » ;

2° Au a, le taux : « 18,68 % » est remplacé par le taux : « 15,44 % » ;

3° Au c, le taux : « 38,81 % » est remplacé par le taux : « 42,05 % ».

b) Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Le solde du produit de la contribution résultant de l'application du premier alinéa est affecté au fonds ...

... budget. La répartition de la contribution peut faire l'objet d'acomptes provisionnels. » ;

3° Au ...
... taux : « 45,50 % »

Articles 22 et 23

..... Conformes

Section 3
Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Section 3
Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 24

Article 24

Pour l'année 2011, les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, sont fixées :

Annexe C modifiée

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

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Maladie	172,2
Vieillesse	193,7
Famille	53,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,1

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Toutes branches (hors transferts entre branches)	426,6
--	-------

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

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Maladie	147,8
Vieillesse	100,0
Famille	52,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	306,6

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

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	18,0

Article 25

Pour l'année 2011, 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	172,2	183,5	-11,3
Vieillesse	193,6	202,3	-8,5
Famille	53,1	55,7	-2,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,1	12,9	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	426,6	448,9	-22,3

Article 26

Pour l'année 2011, 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	147,8	159,3	-11,5
Vieillesse	100,0	106,8	-6,9
Famille	52,6	55,2	-3,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,7	11,6	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	306,6	327,5	-20,9

Texte adopté par le Sénat

Article 25

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	172,2	183,5	-11,3
Vieillesse	193,6	202,3	-8,5
Famille	53,1	55,8	-2,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,1	12,9	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	426,6	449,0	-22,4

Article 26

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	147,8	159,3	-11,5
Vieillesse	100,0	106,8	-6,9
Famille	52,6	55,3	-2,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,7	11,6	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	306,6	327,6	-20,9

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Article 27

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

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	18,0	21,9	-3,8

Texte adopté par le Sénat

Article 27

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	18,0	21,9	-3,9

Article 28

..... Conforme

Article 29

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2011 à 2014), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes, ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Section 4

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

Article 29

Annexe B modifiée

Section 4

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

Article 30

..... Conforme

Article 30 bis A (nouveau)

I. – L'article L. 8221-5 du code du travail est complété par un 3° ainsi rédigé :

« 3° Soit de ne pas accomplir auprès des organismes de recouvrement des contributions et cotisations sociales les déclarations relatives aux salaires ou aux cotisations sociales assises sur ceux-ci. »

II. – L'article L. 8222-1 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « s'acquitte » sont supprimés ;

2° Au début du 1°, sont ajoutés les mots : « S'acquitte » ;

3° Après le 1°, il est inséré un 1° bis ainsi rédigé :

« 1° bis Est à jour de ses obligations de déclaration et de paiement auprès des organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du code de la

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Article 30 bis (nouveau)

I. – L'article L. 243-1-2 du même code est ainsi modifié :

1° À la première phrase, après le mot : « France », sont insérés les mots : « ou, s'il est un particulier, qui n'est pas considéré comme domicilié en France pour l'établissement de l'impôt sur le revenu et souhaite bénéficier de cette faculté, » ;

2° La dernière phrase est supprimée ;

3° Sont ajoutés des II à IV ainsi rédigés :

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

« Lorsque le salarié est employé pour une durée maximale fixée par décret et que sa rémunération n'excède

sécurité sociale et L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime dans les conditions définies à l'article L. 243-15 du code de la sécurité sociale ; »

4° Au début du 2°, sont ajoutés les mots : « S'acquitte ».

III. – Le chapitre III du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale est complété par une section 6 ainsi rédigée :

« Section 6

« Délivrance des attestations relatives aux obligations déclaratives et de paiement prévues à l'article L. 8222-1 du code du travail

« Art. L. 243-15. – L'attestation mentionnée au 1° bis de l'article L. 8222-1 du code du travail est délivrée dès lors que l'employeur acquitte les cotisations et contributions dues à leur date d'exigibilité et, le cas échéant, a souscrit et respecte un plan d'apurement des cotisations et contributions restant dues ou conteste leur montant par recours contentieux, à l'exception des recours faisant suite à une verbalisation pour travail dissimulé. Les modalités selon lesquelles sont délivrées ces attestations et leur contenu sont fixées par décret. »

Article 30 bis

« Lorsque ...

... durée

n'excédant pas un plafond fixé par décret ...

Texte adopté par l'Assemblée nationale

pas un montant fixé par ce même décret, les cotisations et contributions sociales dues peuvent être payées par avance auprès de l'organisme mentionné au I et sur une base forfaitaire, en fonction de la durée totale de la période d'emploi ou du séjour en France. Dans ce cas, les articles L. 133-7 et L. 241-10 ne sont pas applicables.

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

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

II. – Le dernier alinéa du II de l'article L. 243-1-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du I du présent article entre en vigueur à des dates fixées par décret et au plus tard le 1^{er} janvier 2012.

Texte adopté par le Sénat

... applicables.

Articles 30 ter, 31 et 32

..... Conformes

Article 32 bis (nouveau)

I. – Au sixième alinéa de l'article L. 651-5 du code de la sécurité sociale, les mots : « exonérés de la taxe sur les conventions d'assurances en application des 15° et 16° de l'article 995 du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative à la condition que l'organisme ne recueille pas d'informations médicales auprès de l'assuré au titre de ce contrat ou des personnes souhaitant bénéficiaire de cette couverture, que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1, ou de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire à la condition que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées au même article L. 871-1. ».

II. – Le I s'applique à compter du 1^{er} janvier 2011.

Article 32 ter (nouveau)

L'article L. 141-3 du code des juridictions financières est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Pour l'application de l'article L.O. 132-2-1 du présent code, les membres et personnels de la Cour des comptes peuvent demander aux commissaires aux comptes des organismes et régimes de sécurité sociale visés par

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

l'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale et de l'organisme visé par l'article L. 135-6 du même code tous renseignements sur les entités dont ces derniers assurent la mission de certification des comptes ; ils peuvent en particulier se faire communiquer, pour l'exercice comptable sous revue, les dossiers et documents établis en application des dispositions législatives et réglementaires relatives à la profession et au statut des commissaires aux comptes.

« Au titre de la mission visée à l'article L.O. 132-2-1 du présent code, les membres et personnels de la Cour des comptes sont habilités à communiquer aux commissaires aux comptes des organismes et régimes de sécurité sociale visés par l'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale tous renseignements sur les opérations effectuées pour le compte de ces derniers par les organismes, branches ou activités visés par l'article L.O. 132-2-1, et sur les vérifications qu'ils ont opérées, en tant qu'ils sont utiles à leur mission légale de certification des comptes de l'exercice sous revue et sous réserve des dispositions de l'article L. 120-3 du présent code. Ils disposent d'une faculté identique à l'égard des commissaires aux comptes d'autres entités dont une partie des opérations est gérée par les organismes, branches ou activités visés par l'article L.O. 132-2-1 du même code.

« Les conditions d'application des deuxième et troisième alinéas sont fixées par décret en Conseil d'État. »

Article 33

..... Conforme

QUATRIÈME PARTIE

QUATRIÈME PARTIE

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES POUR
L'ANNEE 2011**

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES POUR
L'ANNEE 2011**

Section 1

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 34

Article 34

L'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Chaque année, au plus tard le 15 avril, le comité rend un avis public dans lequel il analyse les anticipations de réalisation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'année précédente en se fondant sur les données statistiques disponibles. Il en déduit les conséquences sur le respect de l'objectif de l'exercice en cours. » ;

2° Il est ajouté deux alinéas ainsi rédigés :

« Le comité contrôle également les éléments ayant

2° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Le comité rend un avis, au plus tard le 15 octobre,

Texte adopté par l'Assemblée nationale

permis l'élaboration de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie envisagé pour l'année à venir. S'il constate, compte tenu des données dont il dispose, que cet objectif ne peut manifestement pas être respecté au vu de l'évolution prévisionnelle de la dépense, il rend un avis expliquant ses réserves, au plus tard le 15 octobre.

« Cet avis est rendu public et transmis au Parlement. »

Texte adopté par le Sénat

dans lequel il contrôle les éléments ayant permis l'élaboration de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie envisagé pour l'année à venir et présente ses réserves s'il constate, compte tenu des données dont il dispose, que cet objectif ne peut pas être respecté au vu de l'évolution prévisionnelle des dépenses d'assurance maladie.

Articles 34 bis et 35

..... Conformes

Article 35 bis (nouveau)

À la dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale, après les mots : « Ils fournissent également », sont insérés les mots : « , à compter du 1^{er} juillet 2011, ».

Article 36

..... Conforme

Article 36 bis A (nouveau)

I. – L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un 2^o ainsi rédigé :

« 2^o Le cas échéant, la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage, de prévention, la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. La contrepartie financière est fonction de l'atteinte des objectifs par le professionnel de santé. »

II. – L'article L. 162-32-1 du même code est complété par un 9^o ainsi rédigé :

« 9^o Le cas échéant, la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements individualisés du centre de santé peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. Le versement de la contrepartie financière au centre de santé est fonction de l'atteinte des objectifs par celui-ci. »

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Article 36 bis (nouveau)

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

1° À la première phrase, après le mot : « médecins », sont insérés les mots : « ou les étudiants » et les mots : « égale les » sont remplacés par les mots : « dégressif est au plus égal aux » ;

2° Il est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Le recouvrement de cette indemnité est assuré, pour les médecins, par la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle le médecin exerce à titre principal et, pour les étudiants, par le centre national de gestion. »

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

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

Article 36 bis B (nouveau)

L'article L. 165-7 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

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

Article 36 bis

1° À ...

... « dégressif égale au plus les » ;

Articles 36 ter et 36 quater

..... Conformes

Article 36 quinquies (nouveau)

Le premier alinéa de l'article L. 5125-15 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

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

Article 36 sexies (nouveau)

Après le mot : « au », la fin de la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 138-9 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée : « a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique et pour les spécialités inscrites au répertoire des groupes génériques en application de la dernière phrase du b du 5° du même article. »

Article 36 quinquies

*La première phrase du dernier alinéa ...
... rédigée :*

Article 36 sexies

Supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Article 36 septies

Conforme

Article 36 octies (nouveau)

La sous-section 1 de la section 1 du chapitre V du titre VI du livre I^{er} du même code est complétée par un article L. 165-10 ainsi rédigé :

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

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

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

Article 36 octies

Supprimé

Article 36 nonies

Conforme

Article 37

I. – L'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa :

a) La première phrase est complétée par les mots : « ainsi que les prestations d'hospitalisation mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 pour les soins de suite ou de réadaptation » ;

a bis) (nouveau) Après la première phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« La mise sous accord préalable des prestations d'hospitalisation pour les soins de suite ou de réadaptation est effectuée sur la base d'un programme régional établi par le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition de l'organisme local d'assurance maladie. » ;

b) La deuxième phrase est ainsi rédigée :

« Dans le cas où l'établissement de santé, informé par l'agence régionale de santé de la soumission à la procédure d'accord préalable du prescripteur, délivre des prestations d'hospitalisation malgré une décision de refus de prise en charge, il ne peut pas les facturer au patient. » ;

c) À la troisième phrase, après les mots : « sans hébergement », sont insérés les mots : « ou sans hospitalisation » ;

Article 37

Texte adopté par l'Assemblée nationale

d) À fin de la dernière phrase, les mots : « dans les mêmes conditions que celles prévues pour les pénalités applicables pour non-respect des objectifs quantifiés mentionnées à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « dans des conditions prévues par décret » ;

2° Au second alinéa, les mots : « attestée par l'établissement » sont remplacés par les mots : « attestée par le médecin ou par l'établissement de santé prescripteur ».

II. – La procédure contradictoire à laquelle renvoie le premier alinéa de l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi s'applique pour les prestations d'hospitalisation prévues au 1° de l'article L. 162-22-6 du même code jusqu'à l'entrée en vigueur du décret prévu au premier alinéa de l'article L. 162-1-17 de ce même code dans sa rédaction résultant de la présente loi et au plus tard jusqu'au 1^{er} juillet 2011.

Texte adopté par le Sénat

III (nouveau). – Un rapport est établi et remis au Parlement le 1^{er} octobre 2011 concernant l'évaluation de la mesure d'accord préalable prévu à l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale pour les activités de soins de suite et de réadaptation. Le rapport comporte l'analyse de l'impact sur le parcours de soins et la fluidité de la filière de prise en charge des patients en termes de délais de mise en œuvre des traitements et des transferts, de qualité de la prise en charge et du rapport bénéfices/risques pour le patient, ainsi que sur le coût de gestion administrative de la mesure pour les établissements concernés, les services des agences régionales de la santé, et les organismes d'assurance maladie.

Article 38

..... Conforme

Article 39

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

1° Au neuvième alinéa (6°), après le mot : « articles », est insérée la référence : « L. 1221-14, » ;

2° Au douzième alinéa (2°), après le mot : « articles », est insérée la référence : « L. 1221-14, » ;

3° Au treizième alinéa (3°), les mots : « aux mêmes articles » sont remplacés par les références : « aux articles L. 1142-14 et L. 1142-15 » ;

4° Au quatorzième alinéa (4°), après le mot : « articles », est insérée la référence : « L. 1221-14, » ;

5° Le 7° est abrogé.

Article 39

5° Supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

II. – L'article L. 1221-14 du même code est ainsi modifié :

1° A (*nouveau*) Au premier alinéa, après le mot : « indemnisées », sont insérés les mots : « au titre de la solidarité nationale » ;

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

« Il procède à toute investigation sans que puisse lui être opposé le secret professionnel. » ;

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

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

3° L'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé :

« L'action subrogatoire prévue à l'article L. 3122-4 peut être exercée par l'office, même sans faute lorsqu'elle est réalisée au titre des indemnisations versées en application du présent article. » ;

4° Après l'avant-dernier alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque l'office ou les tiers payeurs fondent leurs recours sur la responsabilité des structures reprise par l'Établissement français du sang en vertu du B de l'article 18 de la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, de l'article 60 de la loi de finances rectificative pour 2000 (n° 2000 1353 du 30 décembre 2000) et de l'article 14 de l'ordonnance n° 2005 1087 du 1^{er} septembre 2005 relative aux établissements publics nationaux à caractère sanitaire et aux contentieux en matière de transfusion sanguine, leur action subrogatoire ne peut être engagée directement que contre les assureurs de ces structures.

« Ces actions subrogatoires sont portées devant la juridiction administrative. »

III. – L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales se substitue à l'Établissement français du sang dans les contentieux en cours à la date d'entrée en vigueur de la présente loi, au titre des préjudices mentionnés au premier alinéa de l'article L. 1221-14 du code de la santé publique, dirigés initialement par les tiers payeurs contre l'Établissement français du sang et n'ayant pas donné lieu à une décision irrévocable.

L'action subrogatoire de l'office au titre de ces

1°A *Supprimé*

« La transaction ...

... l'assureur, *sans que celui-ci puisse mettre en œuvre la clause de direction du procès éventuellement contenue dans les contrats d'assurance applicables*, ou, le montant des sommes réclamées. *L'office et l'Établissement français du sang peuvent en outre...*

... acquis. » ;

3° *Supprimé*

4° *Supprimé*

III. – *Supprimé*

Texte adopté par l'Assemblée nationale

créances s'exerce dans les conditions prévues aux huitième et neuvième alinéas du même article L. 1221-14.

Texte adopté par le Sénat

Article 39 bis A (nouveau)

Après l'article L. 6122-18 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6122-18-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 6122-18-1. – Un régime d'autorisation expérimental est mis en place par les agences régionales de santé sur la base du volontariat, de manière à constituer au sein des territoires de santé des plateaux d'imagerie complets, mutualisés, faisant intervenir des équipes spécialisées. »

Article 39 bis

..... Conforme

Article 40

Au code de la santé publique, il est rétabli un article L. 6122-19 ainsi rédigé :

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

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

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

« Le décret en Conseil d'État visé au dernier alinéa du présent article précise notamment que la maison de naissance doit être attenante à une structure autorisée à l'activité de gynécologie-obstétrique avec laquelle elle doit obligatoirement passer une convention.

« L'activité de la maison de naissance est comptabilisée avec celle de la structure autorisée à l'activité de gynécologie-obstétrique autorisée attenante.

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

Article 40

Supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

« Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner à titre expérimental en fonction notamment de l'intérêt et de la qualité du projet pour l'expérimentation et de son intégration dans l'offre de soins régionale en obstétrique. La suspension de fonctionnement d'une maison de naissance inscrite sur la liste peut être prononcée par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les motifs et dans les conditions prévues par l'article L. 6122-13. Le retrait d'inscription à la liste est prononcé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en cas de manquement grave et immédiat à la sécurité ou lorsqu'il n'a pas été remédié aux manquements ayant motivé la suspension.

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

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

Texte adopté par le Sénat

Article 40 bis (nouveau)

Avant le dernier alinéa de l'article L. 5126-2 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les pharmacies à usage intérieur peuvent confier, par un contrat écrit, à un dépositaire au sens du 4° de l'article R. 5124-2, le stockage, la préparation des approvisionnements et la distribution des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1, des dispositifs médicaux stériles, des produits officinaux divisés mentionnés au 4° de l'article L. 5121-1 ainsi que des préparations visées au huitième alinéa de l'article L. 5126-2 qui sont destinés à l'usage particulier des malades dans les établissements où elles sont constituées ou qui sont nécessaires à la réalisation de leur mission. »

Article 41

..... Conforme

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Article 41 bis (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 de financement de la sécurité sociale pour 2004, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Cette mesure tient notamment compte des écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges sociales et fiscales supportées par les catégories d'établissements visés à l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, lorsqu'à défaut de la correction desdits écarts de coûts, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I du même article sont identiques pour les établissements visés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 dudit code d'une part, et lorsque des tarifs nationaux des prestations pour l'ensemble des catégories d'établissements visés à l'article L. 162-22-10 du même code sont établis sur la base d'une convergence totale, à périmètre tarifaire comparable, d'autre part. »

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

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

« 4° Un coefficient correcteur, s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés aux 1° et 2° du présent I, correspondant aux écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale, lorsqu'à défaut de la correction desdits écarts de charges financières, les tarifs nationaux des prestations et les forfaits annuels susvisés sont identiques pour les établissements visés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 d'une part, et lorsque des tarifs nationaux des prestations pour l'ensemble des catégories d'établissements visés au présent article sont établis sur la base d'une convergence totale, à périmètre tarifaire comparable, d'autre part. » ;

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 41 ter (nouveau)

Le VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« À compter de 2011, au moins 10 % des tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale font l'objet, chaque année, de la convergence mentionnée au premier alinéa ; elle est complète pour au moins la moitié d'entre eux. »

Article 42

Conforme

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Article 42 bis (nouveau)

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

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

« La sous-section 4 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 162-30-2 ainsi rédigé : » ;

2° Le début du premier alinéa est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-30-2. – Sur la base ... (le reste sans changement). » ;

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

4° Au deuxième alinéa, après la dernière occurrence du mot : « médicaments », sont insérés les mots : « mentionnés à l'article L. 162 17 du présent code et les produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165 1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste » ;

5° Le premier alinéa est complété par les mots : « et des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 » ;

6° Au deuxième alinéa, après le mot : « taux », sont insérés les mots : « , non justifiée au regard de son activité et de sa patientèle, et que ce dépassement résulte notamment du non-respect des obligations prévues aux articles L. 162 2 1 du présent code et L. 5125-23 du code de la santé publique » ;

7° Au 1°, après le mot : « établissement », sont insérés les mots : « , corrélée à son activité et à sa patientèle, ».

Article 42 ter (nouveau)

Les données de cadrage, les objectifs et les indicateurs du programme de qualité et d'efficacité visé au 1° du III de

Article 42 bis A (nouveau)

Avant le dernier alinéa de l'article L. 221-I du code de la sécurité sociale, il est inséré un 9° ainsi rédigé :

« 9° De publier annuellement un bilan national et comparatif par région, quantitatif et qualitatif, de la prévalence des actes et interventions chirurgicales réalisés par les établissements de santé. »

Article 42 bis

3° Aux premier,...

... occurrence *du mot* : « médicaments » ,...

... liste. »

4° Supprimé

6° Au ...

... patientèle » ;

Article 42 ter

Le programme ...

Texte adopté par l'Assemblée nationale

l'article L.O. 111 4 du code de la sécurité sociale relatif à la branche Maladie comportent des éléments relatifs à la politique immobilière des établissements de santé.

Texte adopté par le Sénat

... Maladie *comporte* des éléments ...
... de santé.

Article 42 quater

Conforme

Article 42 quinquies (nouveau)

Le programme de qualité et d'efficacité de la branche maladie prévu par le 1° du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale présente un bilan des actes, prestations et médicaments prescrits dans les établissements de santé et dont le coût pèse sur l'enveloppe de soins de ville.

Article 42 sexies (nouveau)

Le programme de qualité et d'efficacité visé au 1° du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale relatif à la branche maladie présente un bilan du dispositif de la couverture maladie universelle, tel que défini à l'article L. 381-1 du même code, ainsi que les perspectives d'évolution notamment financières.

Article 43

Conforme

Section 1 bis

**Dispositions relatives au secteur social et médico-social
(division et intitulés nouveaux)**

Section 1 bis

Dispositions relatives au secteur social et médico-social

Article 43 bis A (nouveau)

I. – L'article L. 222-4 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les aides financières prévues au dernier alinéa de l'article L. 222-3, versées sous forme d'allocations mensuelles ou de secours exceptionnels dans les conditions fixées aux premier et deuxième alinéas du présent article ne sont pas soumises à cotisations sociales. »

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

Article 43 bis B (nouveau)

Le second alinéa de l'article L. 315-19 du code de l'action sociale et des familles est remplacé par des 1° et 2° ainsi rédigés :

« 1° Les établissements publics sociaux et médico-sociaux peuvent déroger à l'obligation de dépôt auprès de l'État pour les fonds qui proviennent :

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Article 43 bis (nouveau)

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

1° Au premier alinéa du I, après la référence : « L. 314-3-1 », sont insérés les mots : « ainsi qu'au financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3 et des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 qui respectent un cahier des charges fixé par arrêté du ministre chargé des personnes handicapées » ;

2° La première phrase du 1 du I est complétée par les mots : « , ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 » ;

3° Après le mot : « services », la fin du b du 1 du I est ainsi rédigée : « et les contributions aux budgets des agences régionales de santé pour le financement des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3. » ;

4° Le même b du 1 du I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ces contributions sont arrêtées par décision du

Article 43 bis

I. – L'article L. 14-10-5 du même code ...
... modifié :

« a) Des dépôts de garantie reçus des résidents ;

« b) Des fonds déposés par les résidents ;

« c) Des recettes des activités annexes ;

« d) Des recettes d'hébergement perçues du résident dans la limite d'un mois des recettes de l'espèce.

« Les placements sont effectués en titres nominatifs, en titres pour lesquels est établi le bordereau de référence nominative prévu à l'article L. 211-9 du code monétaire et financier, ou en valeurs admises par la Banque de France en garantie d'avance.

« Les produits financiers réalisés sont affectés en réserves des plus-values nettes afin de financer les opérations d'investissement ;

« 2° Les décisions mentionnées au 1° du présent article et au III de l'article L. 1618-2 du code général des collectivités territoriales relèvent de la compétence du directeur de l'établissement public social et médico-social qui informe chaque année le conseil d'administration des résultats des opérations réalisées. »

2° bis (nouveau) Au a du même I, le pourcentage : « 10 % » est remplacé par le pourcentage : « 8 % » et le pourcentage : « 14 % » est remplacé par le pourcentage : « 12 % » ;

3° Après la fin du b du même 1 ...

... L. 114-3. » ;

4° Le même b est ...

... rédigé :

Texte adopté par l'Assemblée nationale

directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant inscrit au budget de la section. » ;

5° La première phrase du 2 du I est complétée par les mots : « , ainsi qu'aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3 » ;

6° Le b du 2 du I est complété par les mots : « et les contributions au budget des agences régionales de santé pour le financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des personnes malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3 » ;

7° Le même *b* est complété par un alinéa ainsi rédigé :
« Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant inscrit au budget de la section. »

II. – Le chapitre III du titre I^{er} du livre I^{er} du même code est ainsi modifié :

1° L'article L. 113-3 devient l'article L. 113-4 ;

2° Il est rétabli un article L. 113-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 113-3.* – Les institutions et les professionnels de santé intervenant dans le secteur social, médico-social et sanitaire, sur un même territoire, auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie

Texte adopté par le Sénat

5° bis (nouveau) *Au b du même 2, le pourcentage : « 40 % » est remplacé par le pourcentage : « 38 % » ;*

6° Le même *b* ...

... L.113-3. »

8° (nouveau) *Avant le dernier alinéa, il est inséré un VII ainsi rédigé :*

« VII. – Une section consacrée à l'aide à l'investissement. Elle retrace :

« a) En ressources, 4 % du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 ;

« b) En charges, le financement d'opérations d'investissement immobilier portant sur la création de places, la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements et des services mentionnés à l'article L. 314-3-1, ainsi que le financement des intérêts des emprunts contractés pour le financement des investissements immobiliers dans les établissements relevant des 2°, 3° et 4° de l'article L. 342-1 et les établissements habilités à l'aide sociale pour la totalité de leurs places relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 ayant conclu la convention prévue au I de l'article L. 313-12. »

I bis (nouveau). – Le a de l'article L. 14-10-9 du même code est abrogé.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

apparentée ou en perte d'autonomie, coordonnent leurs activités au sein de maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer.

« Les conditions de leur fonctionnement répondent à un cahier des charges approuvé par décret, qui fixe notamment les modalités selon lesquelles sont évalués les besoins ainsi que les méthodes mises en œuvre pour assurer le suivi des personnes concernées. »

III. – Le 2° de l'article L. 1431-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le *a* est ainsi rédigé :

« *a*) Elles contribuent à évaluer et à promouvoir les formations des professionnels de santé, des personnels qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées ou dans les établissements mentionnés aux 1° et 3° de l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles une assistance dans les actes quotidiens de la vie ainsi que les formations des aidants et des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 du même code ; »

2° Le *b* est complété par les mots : « ; elles attribuent également les financements aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 du même code et s'assurent du respect des cahiers des charges mentionnés respectivement à l'article L. 113-3 et au I de l'article L. 14-10-5 du même code ».

IV. – Le 3° de l'article L. 1432-6 du même code est complété par les mots : « ou les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées ».

Article 43 ter (nouveau)

La dernière phrase du troisième alinéa du I de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles est complétée par les mots : « , sur la base d'un rapport public remis chaque année par le Gouvernement au Parlement au plus tard le 1^{er} octobre ».

Texte adopté par le Sénat

Article 43 ter

L'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° La seconde phrase ...

... octobre. »

2° (nouveau) Le second alinéa du II est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces règles tiennent compte de coefficients correcteurs géographiques, s'appliquant aux tarifs plafonds, adaptés aux écarts de charges financières qui doivent être assumés par les établissements implantés dans certaines zones afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines charges

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

immobilières et de prestations dans la zone considérée. »

Articles 43 quater et 43 quinquies

..... Conformes

Article 43 sexies (nouveau)

À la fin du III de l'article 54 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010, l'année : « 2011 » est remplacée par l'année : « 2013 ».

Article 43 sexies

I. –

II. – *Dans le cadre de l'expérimentation prévue au huitième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, un unique groupement de coopération sociale et médico-sociale peut être constitué afin de disposer d'une pharmacie à usage intérieur et d'exercer cette activité pour le compte des établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles qui en sont membres, dans les conditions définies par le code de la santé publique.*

Article 43 septies (nouveau)

Un rapport est établi par le Gouvernement et remis au Parlement, dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi, sur les écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale entre les différentes catégories d'établissements et services sociaux et médico-sociaux concernés par la mise en œuvre de tarifs plafonds ou de mécanismes de convergence tarifaire.

Article 43 septies

Un rapport de l'inspection générale des finances, de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale de l'administration est transmis dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi sur la procédure d'agrément des conventions collectives dans le secteur social et médico-social prévue en application de l'article L.314-6 du code de l'action sociale et des familles.

Article 44

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
1° Après l'article L. 323-3, il est inséré un article L. 323-3-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 323-3-1. – Le versement de l'indemnité journalière ne fait pas obstacle à ce que l'assuré demande, avec l'accord du médecin traitant, à accéder aux actions de formation professionnelle continue prévues au 10° de l'article L. 6313-1 du code du travail ou à des actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil auxquelles la caisse primaire participe, sous réserve qu'après avis du médecin conseil, la durée de ces actions soit compatible avec la durée prévisionnelle de l'arrêt de travail. La caisse fait part de son accord à l'assuré et, le cas échéant, à l'employeur, ce dernier en informant le médecin du

Article 44

« Art. L. 323-3-1. – ...

... prévues à l'article ...

... travail. » ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

travail » ;

2° Le quatrième alinéa de l'article L. 433-1 est ainsi rédigé :

« L'article L. 323-3-1 est applicable aux arrêts de travail résultant d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle. »

II. – Le code du travail est ainsi modifié :

1° La section 1 du chapitre VI du titre II du livre II de la première partie est complétée par un article L. 1226-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1226-1-1.* – Le contrat de travail d'un salarié atteint d'une maladie ou victime d'un accident non professionnel demeure suspendu pendant les périodes au cours desquelles il suit les actions mentionnées à l'article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale dans les conditions prévues à ce même article. » ;

2° L'avant-dernier alinéa de l'article L. 1226-7 est ainsi rédigé :

« Le contrat de travail est également suspendu pendant les périodes au cours desquelles le salarié suit les actions mentionnées à l'article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale dans les conditions prévues à ce même article, en application du quatrième alinéa de l'article L. 433-1 du même code. »

Article 45

Article 45

I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins est fixé à 250 millions d'euros pour l'année 2011. Le montant maximal des dépenses de ce fonds est fixé à 296 millions d'euros pour l'année 2011.

II. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est fixé à 347,71 millions d'euros pour l'année 2011.

III. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires est fixé à 20 millions d'euros pour l'année 2011.

IV. – Le montant de la dotation globale pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales est fixé à 45 millions d'euros pour l'année 2011.

V. – Le montant de la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des agences régionales de santé est fixé à 151 millions d'euros au titre de leur budget de gestion et à 40 millions d'euros au titre de

III. – *Supprimé*

IV. – Le montant ...

... à 10 millions 2011.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

leurs actions de prévention pour l'année 2011, selon une répartition entre les régimes fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture.

Article 45 bis (nouveau)

Le dernier alinéa du V de l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ce bilan d'activité est transmis au Parlement avant le 1^{er} septembre. »

Texte adopté par le Sénat

VI (nouveau). – Le montant de la subvention de l'assurance maladie à l'Établissement français du sang mentionnée à l'article L. 1222-8 du code de la santé publique est fixé à 35 millions d'euros pour l'année 2011.

VII (nouveau). – Le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées est fixé à 52 millions d'euros pour l'année 2011, selon une répartition fixée par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et des personnes handicapées.

Article 45 bis A (nouveau)

Le troisième alinéa de l'article L. 162-22-13 du même code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Le montant de la dotation nationale est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. L'État détermine, après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés, le montant des dotations régionales et la part des dotations régionales affectée à l'ensemble des missions d'intérêt général ou à une ou plusieurs de ces missions ainsi que les critères d'attribution aux établissements. »

Article 45 bis B (nouveau)

À la première phrase du onzième alinéa de l'article L. 174-1-1 du même code, les mots : « l'État » sont remplacés par les mots : « la loi de financement de la sécurité sociale ».

Article 45 bis C (nouveau)

À la première phrase du second alinéa du I de l'article L. 162-22-2 du même code, les mots : « arrêté par l'État en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « fixé par la loi de financement de la sécurité sociale ».

Article 45 bis

I. –

II (nouveau). – Le VIII de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Article 45 ter (nouveau)

I. – L'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000 1257 du 23 décembre 2000) est ainsi modifié :

1° Le III bis est ainsi rétabli :

« III bis. – Le fonds peut prendre en charge, dans la limite et selon des modalités définies par décret, le coût des ressources de conseil, de pilotage et d'accompagnement de la mise en œuvre des actions visant à améliorer la performance hospitalière. » ;

2° Après le V, il est inséré un V bis ainsi rédigé :

« V bis. – L'attribution des financements relatifs aux actions prévues au II, au III pour les dépenses d'investissements immobiliers dont le montant est inférieur à un seuil fixé par arrêté du ministre chargé de la santé et au III bis est confiée aux agences régionales de santé dans des conditions fixées par décret. Ils peuvent être attribués sur une base pluriannuelle.

« Ces financements peuvent être affectés au financement des actions visées par l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale. »

II. – Après le 5° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, il est inséré un 6° ainsi rédigé :

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

III. – Le VI de l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les aides du fonds déconcentrées aux agences régionales de santé peuvent être affectées au financement des actions mentionnées au V bis de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000). »

du 23 décembre 2000) est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le rapport annuel mentionné au premier alinéa ainsi que l'avis de la commission de surveillance du fond, sont transmis par le Gouvernement au Parlement avant le 1^{er} octobre de chaque année. »

Article 45 ter

Le IV de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 *précitée* est ainsi modifiée :

1° Au deuxième alinéa, les mots : « à son profit » sont supprimés ;

Alinéa supprimé

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les sommes prescrites en application des deux alinéas précédents sont restituées aux régimes obligatoires d'assurance-maladie. Elles sont versées à la Caisse nationale de l'assurance-maladie des travailleurs salariés qui les répartit entre les régimes dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget. »

Alinéa supprimé

II. – *Supprimé*

III. – *Supprimé*

Articles 46 et 47

..... Conformes

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Article 48

Conforme

Section 3

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

Section 3

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

Article 49 A

Avant le 30 septembre 2011, le Gouvernement présente au Parlement un rapport sur la possibilité d'inscrire le stress post-traumatique dans les tableaux de maladies professionnelles et d'assouplir les critères de reconnaissance des maladies professionnelles dans le cadre de la procédure complémentaire.

Article 49

Conforme

Article 49 bis (nouveau)

I. – Le dernier alinéa de l'article L. 471-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après la première phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Il en est de même lorsque la victime se trouvait en situation de travail dissimulé au sens des articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail. » ;

2° La dernière phrase est ainsi rédigée :

« Si, à l'occasion des faits mentionnés au présent alinéa, il est constaté l'un des faits prévus au premier alinéa du présent article, la caisse peut prononcer la pénalité prévue à l'article L. 162-1-14, sans préjudice d'autres sanctions, le cas échéant. »

II. – L'article L. 162-1-14 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa du I est complété par les mots : « ou de la caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 » ;

2° Le II est ainsi modifié :

a) Au 5°, après le mot : « médical », sont insérés les mots : « ou de la caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 » ;

b) Le 9° est ainsi rédigé :

« Toute fausse déclaration portée sur la déclaration d'accident du travail ou tout non-respect par les employeurs des obligations relatives à ladite déclaration ou à la remise de la feuille d'accident à la victime ; »

3° À la première phrase du premier alinéa du IV, après le mot : « maladie », sont insérés les mots : « ou de la

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 » ;

4° La première phrase du premier alinéa du V est complétée par les mots : « ou de la caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 » ;

5° Le VI est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « maladie », sont insérés les mots : « ou plusieurs caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 » ;

b) Au second alinéa, après le mot : « maladie », sont insérés les mots : « ou une autre caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 » ;

6° Au 1° du VII, après le mot : « maladie », sont insérés les mots : « ou les caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 ».

Article 49 ter (nouveau)

Le deuxième alinéa de l'article L. 172-1 du même code est complété par les mots suivants : « , ainsi que les conditions dans lesquelles sont calculés ces droits, lorsque le montant de la pension servie par le régime représente une fraction annuelle des revenus moyens correspondant aux cotisations versées au cours des dix années civiles d'assurance les plus avantageuses. »

Article 49 quater (nouveau)

La section 2 du chapitre II du titre II du livre IV du même code est complétée par un article L. 422-6 ainsi rédigé :

« Art. L. 422-6 – Des conventions, soumises à l'avis préalable de l'autorité administrative, sont conclues entre les organismes de sécurité sociale compétents et les services de santé au travail mentionnés à l'article L. 4622-7 du code du travail. Elles fixent les modalités des actions conjointes ou complémentaires conduites par les services de santé au travail et les services de prévention des risques professionnels des caisses de sécurité sociale dans le respect de leurs missions respectives. À cet effet, ces services échangent toutes informations utiles au succès de ces actions de prévention à l'exclusion des informations personnelles relatives aux salariés, venues à la connaissance des médecins du travail. »

Articles 50 et 51

..... Conformes

Article 51 bis (nouveau)

Après la première phrase du premier alinéa du III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale

Texte adopté par l'Assemblée nationale

antérieurement au mois de la demande » et les mots : « l'allocation est versée dans la limite des trois mois précédant celui » sont remplacés par les mots : « l'allocation est due à compter du premier jour du mois ».

II. – Au début du dernier alinéa du I de l'article L. 351-3-1 du code de la construction et de l'habitation, les mots : « Lorsque les conditions d'ouverture du droit sont réunies antérieurement à la date de la demande, l'aide n'est due que dans la limite des trois mois précédant celui » sont remplacés par les mots : « Lorsque les conditions d'ouverture du droit sont réunies antérieurement au mois de la demande, l'aide n'est due qu'à compter du premier jour du mois ».

Article 55

Supprimé

Texte adopté par le Sénat

III (nouveau). – Le quatrième alinéa de l'article L. 542-2 et le premier alinéa de l'article L. 831-4-1 du code de la sécurité sociale sont complétés par une phrase ainsi rédigée :

« Pour les personnes accueillies dans les établissements sociaux ou médico-sociaux visés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, lorsque les conditions d'ouverture du droit sont réunies antérieurement à la demande, l'allocation est versée dans la limite des trois mois précédant celui au cours duquel la demande est déposée. »

IV (nouveau). – Le dernier alinéa du I de l'article L. 351-3-1 du code de la construction et de l'habitation est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Pour les personnes accueillies dans les établissements sociaux ou médico-sociaux visés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, lorsque les conditions d'ouverture du droit sont réunies antérieurement à la demande, l'allocation est versée dans la limite des trois mois précédant celui au cours duquel la demande est déposée. »

Article 55

Suppression maintenue

Article 55 bis A (nouveau)

L'article L. 542-9 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 542-9. – Les régimes de prestations familiales peuvent accorder :

« 1° À leurs allocataires des prêts destinés à l'amélioration de l'habitat dans des conditions et des limites fixées par décret ;

« 2° Aux assistants maternels, mentionnés aux articles

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

L. 421-1 et L. 424-1 du code de l'action sociale et des familles, des prêts destinés à l'amélioration du lieu d'accueil de l'enfant, qu'il soit au domicile de l'assistant maternel ou au sein d'une maison d'assistants maternels, dans des conditions et des limites fixées par décret. »

Article 55 bis B (nouveau)

Le chapitre II du titre V du livre 1er de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 6152-7 ainsi rédigé :

« Art. L. 6152-7. – Des expérimentations relatives à l'annualisation du temps de travail des praticiens des hôpitaux à temps partiel peuvent être prévues dans les établissements de santé publics des départements et régions d'outre-mer et des collectivités d'outre-mer du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2014. »

« Un décret en Conseil d'État précise les modalités de ces expérimentations, les établissements qui en sont chargés ainsi que les conditions de leur mise en œuvre et de leur évaluation. »

Article 55 bis

..... Conforme

Article 55 ter

I. – Le quatrième alinéa de l'article L. 521-2 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le montant de ce versement ne peut excéder 20 % du montant total des allocations familiales. »

II. – Avant le 30 septembre 2011, le Gouvernement remet au Parlement un rapport dressant le bilan de la mise en œuvre de la majoration du montant des allocations familiales lorsque l'enfant à charge atteint l'âge de quatorze ans.

Article 55 quater

Un rapport est réalisé par le Gouvernement sur le nombre de semaines de congé accordées pour grossesse pathologique et sur leur coût pour l'assurance maladie. Ce rapport est remis au Parlement au plus tard le 31 décembre 2011.

Article 56

Pour l'année 2011, les objectifs de dépenses de la branche Famille sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 55,7 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 55,2 milliards d'euros.

Article 55 ter

Supprimé

Article 55 quater

Supprimé

Article 56

1° Pour ...
... à 55,8 milliards d'euros ;

2° Pour ...
... à 55,3 milliards d'euros

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Section 5

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

Article 57

I. – À l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale, il est rétabli un 2° ainsi rédigé :

« 2° Une partie, fixée par la loi de financement de la sécurité sociale, des sommes correspondant au service par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales de la majoration mentionnée à l'article L. 351-10 ; ».

II. – En 2011, les dépenses de prise en charge mentionnées au 2° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale sont fixées à 3 milliards d'euros pour le régime général, 400 millions d'euros pour le régime des salariés agricoles et 100 millions d'euros pour les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales.

II *bis* (nouveau). – Après l'article L. 135-3 du même code, il est inséré un article L. 135-3-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 135-3-1. – Le fonds est en outre chargé de la mise en réserve de recettes pour le financement des dispositifs prévus aux III et IV de l'article 20 de la loi n° du portant réforme des retraites. Cette mission est suivie au sein d'une nouvelle section qui retrace :

« I. – En recettes :

« 1° Une part fixée au 2° de l'article L. 137-16 de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 ;

« 2° Une part fixée à l'article L. 245-16 des prélèvements mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 ;

« 3° Les produits financiers résultant du placement des disponibilités excédant les besoins de trésorerie de cette section.

« II. – En dépenses, à partir de 2016, les versements du fonds au régime général, au régime des salariés agricoles et aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, au titre des dépenses que ces régimes engagent pour les dispositifs mentionnés au premier alinéa. Le montant annuel de ces versements est fixé par la loi de financement de la sécurité sociale.

« Les excédents constatés chaque année au titre de cette section donnent lieu à report automatique sur les exercices suivants. »

III. – À la fin de la seconde phrase du V de l'article 80

Texte adopté par le Sénat

Section 5

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

Article 57

III. – À ...

Texte adopté par l'Assemblée nationale

de la loi n° 2008 1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009, la date : « 1^{er} janvier 2011 » est remplacée par la date : « 1^{er} juillet 2011 ».

IV (*nouveau*). – Au premier alinéa de l'article L. 634-2 du code de la sécurité sociale, les références : « aux 4^o et 6^o de » sont remplacées par le mot : « à ».

Article 57 bis (*nouveau*)

I. – Au premier alinéa de l'article L. 173-2 du même code, la référence : « à l'article L. 200 2 » est remplacée par les références : « aux articles L. 200-2, L. 382-15 ».

II. – Le I est applicable aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2011.

Texte adopté par le Sénat

...« 1^{er} septembre 2011 ».

Article 57 bis

II. – Le I ...

... du 1^{er} septembre 2011.

Article 57 ter (*nouveau*)

Après le deuxième alinéa du I de l'article L. 634-2-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'assuré est informé de cette possibilité chaque année jusqu'à expiration du délai pendant lequel ce versement complémentaire est autorisé. »

Article 58

..... Conforme

Section 6

Dispositions relatives à la gestion du risque, à l'organisation ou à la gestion interne des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement

Article 59

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le chapitre IV *ter* du titre I^{er} du livre I^{er}, il est inséré un chapitre IV *quater* ainsi rédigé :

*« CHAPITRE IV QUATER
« Performance du service public de
la sécurité sociale*

« Art. L. 114-23. – Le fonds de performance de la sécurité sociale finance des actions concourant à la modernisation et à l'amélioration de la performance du service public de la sécurité sociale, notamment la réalisation d'études, d'audits ou de projets, et contribue aux dépenses de fonctionnement résultant des missions de contrôle et d'évaluation des organismes de sécurité sociale.

Section 6

Dispositions relatives à la gestion du risque, à l'organisation ou à la gestion interne des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement

Article 59

Supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale

« Les dépenses du fonds sont imputées sur les budgets de gestion des caisses nationales du régime général, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de la Caisse nationale du régime social des indépendants, de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole ainsi que des régimes spéciaux dans des conditions fixées chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

« Les modalités de gestion du fonds sont déterminées par décret. » ;

2° L'article L. 224-5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

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

Texte adopté par le Sénat

Article 59 bis

..... Conforme

Section 7

Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude

Article 60

L'avant-dernier alinéa de l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les mots : « , à titre de pénalité, » sont supprimés ;

2° Il est ajouté une phrase ainsi rédigée :

« En outre, si l'activité mentionnée au 4° a donné lieu à une rémunération, à des revenus professionnels ou à des gains, il peut être prononcé une pénalité financière dans les conditions prévues à l'article L. 162 1 14. »

Article 61 (nouveau)

Après le 2° de l'article L. 114-19 du même code, il est inséré un 3° ainsi rédigé :

« 3° Aux agents de contrôle assermentés des organismes de sécurité sociale pour recouvrer des prestations versées indûment à des tiers. »

Section 7

Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude

Article 60

L'avant-dernier ...

... est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« En cas d'observation volontaire de ces obligations, le bénéficiaire restitué à la caisse les indemnités versées correspondantes.

Alinéa supprimé

Article 60 bis (nouveau)

La première phrase du troisième alinéa de l'article L. 162-22-18 du même code est complétée par les mots : « et du caractère réitéré des manquements ».

Article 61

L'article L. 114-19 du même code est ainsi modifié :

1° Après le troisième alinéa, il est inséré un 3° ainsi rédigé :

2° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Le refus de déférer à une demande relevant du présent article est puni d'une amende de 7 500 €. »

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Article 62

Le même article L. 114-19 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Le refus de déférer à une demande relevant du présent article est puni d'une amende de 7 500 €.

« Le délit prévu à l'alinéa précédent peut faire l'objet de la procédure simplifiée de l'ordonnance pénale prévue aux articles 495 à 495 6 du code de procédure pénale. »

Article 63 (nouveau)

L'article L. 133-6-8 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« En l'absence de chiffre d'affaires ou de recettes, le travailleur indépendant est tenu de transmettre le formulaire prévu à l'article R. 133-30-2 à l'organisme chargé du calcul et de l'encaissement des cotisations et contributions sociales, dans des conditions fixées par décret. »

Article 62

Supprimé

Article 63

I. – L'article L. 133-6-8-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 133-6-8-1. – Le travailleur indépendant qui a opté pour le régime prévu à l'article L. 133-6-8 déclare chaque mois, ou au maximum chaque trimestre, son chiffre d'affaires ou de recettes, y compris lorsque leur montant est nul. Les modalités d'application des dispositions prévues aux chapitres III et IV du titre IV du livre II, et notamment les majorations et pénalités applicables en cas de défaut ou de retard de déclaration, sont déterminées par décret en Conseil d'État.

« Lorsqu'il déclare un montant de chiffres d'affaires ou de recettes nul pendant une période de vingt-quatre mois civils ou de huit trimestres civils consécutifs, le travailleur indépendant perd le bénéfice du régime. »

II. – Le I est applicable à compter du 1^{er} janvier 2011.

Article 64

..... Conforme

Article 65 (nouveau)

Au 5° du I de l'article L. 162-14-1 du même code, les mots : « la cotisation à sa charge dans un délai fixé » sont remplacés par les mots : « l'ensemble des cotisations de sécurité sociale à sa charge, ou bénéficie de délais de paiement octroyés par les organismes chargés du recouvrement des cotisations sociales, dans un délai et des conditions de vérification du paiement effectif des cotisations fixés ».

Article 66 (nouveau)

Le premier alinéa de l'article L. 162-22-18 du même code est ainsi modifié :

Article 65

Au 5° ... du code de la sécurité sociale, les mots : « a versé la ...

... mots : « est à jour du versement des cotisations et contributions sociales dues aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 et à l'article L. 752-4, ou a souscrit et respecte un plan d'apurement accordé par eux dans des conditions fixées ».

Article 66

Supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

1° Après le mot : « manquement », est inséré le mot : « délibéré » ;

2° Après le mot : « codage », sont insérés les mots : « imputable à l'établissement, réitérée malgré la notification à l'établissement de santé des règles de codage et de facturation opposables afférentes aux activités concernées ».

Article 66 bis (nouveau)

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

1° Après le VII de l'article L. 162-1-14, il est inséré un VII bis ainsi rédigé :

« VII bis. – Les pénalités prononcées en application du présent article sont notifiées après avis conforme du directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou de son représentant désigné à cet effet. Son avis est réputé conforme dans un délai précisé par voie réglementaire. » ;

2° Après le neuvième alinéa de l'article L. 162-1-14-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les sanctions prononcées en application du présent article sont notifiées après avis conforme du directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou de son représentant désigné à cet effet. Son avis est réputé conforme dans un délai précisé par voie réglementaire. » ;

3° L'article L. 162-1-14-2 est ainsi modifié :

a) Après la référence : « L. 162-1-14, », la fin du deuxième alinéa est ainsi rédigée : « pénalité qui est notifiée dans les conditions prévues au même article » ;

b) La première phrase du troisième alinéa est ainsi rédigée :

« Le montant de cette pénalité est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues. » ;

4° Après le II de l'article L. 162-1-15, il est inséré un II bis ainsi rédigé :

« II bis. – La décision mentionnée au premier alinéa est notifiée après avis conforme du directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou de son représentant désigné à cet effet. Son avis est réputé conforme dans un délai précisé par voie réglementaire. »

II. – Le I est applicable à compter de la publication des textes réglementaires pris pour son application et au plus tard à compter du 1^{er} juillet 2011.

Articles 67 à 70

..... Conformes

Texte adopté par l'Assemblée nationale

—

Article 71

L'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse est complété par les mots : « sous réserve de l'application des articles L. 815-11, L. 815-12 et R. 115-6 du code de la sécurité sociale ».

Texte adopté par le Sénat

—

Article 71

Supprimé

ANNEXES

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

ANNEXE A

.....Conforme.....

ANNEXE B

ANNEXE B

RAPPORT DÉCRIVANT LES PRÉVISIONS DE RECETTES ET LES OBJECTIFS DE DÉPENSES PAR BRANCHE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU RÉGIME GÉNÉRAL, LES PRÉVISIONS DE RECETTES ET DE DÉPENSES DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES RÉGIMES AINSI QUE L'OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE POUR LES QUATRE ANNÉES À VENIR

Hypothèses d'évolution moyenne sur la période 2011-2014
(en %)

	2010	2011	2012	2013	2014
PIB (volume)	1,5	2,0	2,5	2,5	2,5
Masse salariale privée	2,0	2,9	4,5	4,5	4,5
Inflation	1,5	1,5	1,75	1,75	1,75
Objectif national de dépenses d'assurance maladie (en valeur)	3,0	2,9	2,8	2,8	2,8

Hypothèses d'évolution moyenne sur la période 2011-2014
(en %)

	2010	2011	2012	2013	2014
PIB (volume)	1,5	2,0	2,5	2,5	2,5
Masse salariale privée	2,0	2,9	4,5	4,5	4,5
Inflation	1,5	1,5	1,75	1,75	1,75
Objectif national de dépenses d'assurance maladie (en valeur <i>en milliards d'euros</i>)	162,4	167,1	171,8	176,6	181,6

Les recettes, les dépenses et le solde des régimes de base de Sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement sont influencés par l'environnement économique général. Les projections quadriennales des comptes de ces régimes et fonds à l'horizon 2014 présentées dans la présente annexe sont fondées sur des hypothèses macro-économiques identiques à celles retenues dans le projet de loi de programmation des finances publiques et dans le programme de stabilité 2010-2013 transmis par le gouvernement à la Commission européenne le 1^{er} février 2010.

Alors que l'année 2009 a été la plus défavorable en termes de croissance depuis la seconde guerre mondiale, avec une diminution de 2,6 % du produit intérieur brut en volume, le scénario macro-économique sous-jacent aux projections quadriennales prévoit une reprise progressive de la croissance à partir de 2010. Le produit intérieur brut en volume progresserait de 1,5 % en 2010, puis de 2,0 %

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

en 2011 et de 2,5 % de 2012 à 2014. La masse salariale du secteur privé, principale assiette des recettes de la Sécurité sociale, suivrait la reprise de l'activité économique et de l'emploi avec un certain décalage en 2010 et 2011, puis rattraperait une partie de son retard sur le PIB à partir de 2012 : la masse salariale du champ ACOSS progresserait en valeur de 2,0 % en 2010 et de 2,9 % en 2011, puis de 4,5 % de 2012 à 2014, soit un quart de point de croissance de plus que le PIB durant ces trois années. Ce scénario est donc réaliste en ce qu'il traduit un rattrapage très partiel des pertes considérables de croissance enregistrées en 2009 et au cours de la première partie de l'année 2010.

Le cheminement des comptes des régimes de Sécurité sociale décrit dans les projections quadriennales présentées dans la présente annexe est conforme à la trajectoire annoncée par le Gouvernement dans le projet de loi de programmation des finances publiques, à savoir la limitation du déficit des administrations publiques en-deçà de 3 % du PIB en 2013 et de 2 % du PIB en 2014. Pour les administrations de Sécurité sociale – ensemble formé des régimes de Sécurité sociale et des fonds concourant à leur financement, des régimes d'indemnisation du chômage, des régimes obligatoires de retraite complémentaire et des hôpitaux publics -, ce scénario implique un redressement rapide, leur solde devant passer de -1,7 % du PIB en 2010 à -0,8 % en 2013 et à -0,5 % en 2014. C'est là un objectif très ambitieux eu égard à l'inertie de la dépense sociale, particulièrement dans les temps présents où elle subit des pressions à la hausse du fait du vieillissement progressif de la population.

La réalisation de cette cible de redressement des soldes des comptes sociaux à l'horizon 2014 constituera une étape vers l'atteinte d'un objectif plus général : le retour le plus rapide possible à l'équilibre financier des régimes de Sécurité sociale, sous la contrainte de préserver les ressorts de la croissance économique. Les années 2011 à 2014 doivent donc être mises à profit pour préparer les conditions économiques générales et mettre en place les incitations aux acteurs du système de protection sociale qui permettent de poursuivre le redressement des comptes sociaux au-delà de 2014. Le renforcement des efforts de maîtrise des dépenses sociales, afin qu'elles continuent à rendre aux Français des services de qualité pour un coût sans cesse réduit, sera à cet égard décisif (I). En outre, la stratégie de redressement des comptes sociaux sera complétée par des actions visant à sécuriser les recettes sociales (II). Enfin, cette stratégie pourra produire ses effets d'autant plus rapidement qu'elle reposera sur une situation assainie de la Sécurité sociale en termes d'endettement (III).

I - Une maîtrise accrue des dépenses sociales

L'amélioration significative de la situation financière du régime général sera due en majeure partie à un ralentissement important des dépenses. La projection quadriennale des comptes du régime général reprend

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

l'objectif de dépenses retenu pour hypothèse sous-jacente à la trajectoire de l'article 8 I. de la loi de programmation des finances publiques qui prévoit en effet une croissance annuelle moyenne des dépenses du régime de 3,3 % entre 2010 et 2014, inférieure en volume de près d'un point à celle du produit intérieur brut.

L'amélioration de la situation de la branche vieillesse reposera pour une part essentielle sur une correction significative de la trajectoire tendancielle des dépenses de retraite. L'élévation de l'âge de la retraite constituera à cet égard le levier essentiel, ce d'autant plus qu'il permet de répartir de la façon la plus équitable possible entre générations l'effort d'adaptation de nos régimes de retraites aux changements démographiques.

La projection quadriennale des comptes de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, présentée dans les tableaux ci-dessous, fait état d'un déficit de cette branche en 2014 certes plus faible qu'en 2010, mais encore important (7,7 Md€). Ce résultat ne doit cependant pas masquer l'effort de redressement à laquelle la réforme des retraites contribuera, qui peut être évalué à 10 Md€ à l'horizon 2014 en écart à la trajectoire tendancielle des dépenses de retraites, c'est-à-dire en l'absence de réforme.

En outre, la réforme des retraites, qui vise à assurer l'équilibre financier du système de retraite par répartition à l'horizon 2018, anticipe le traitement des déficits de la branche vieillesse du régime général sur la période de montée en charge de la réforme. Aussi, le projet de loi de financement prévoit le financement de l'amortissement par la CADES des déficits de la branche vieillesse du régime général ainsi que du fonds de solidarité vieillesse, et ce grâce à la mobilisation des ressources et des actifs du Fonds de réserve pour les retraites. Par conséquent, puisque le déficit de la branche vieillesse fait l'objet d'une gestion spécifique jusqu'à 2018 (cf. infra), le redressement financier du régime général de la Sécurité sociale est plus fidèlement reflété par l'évolution du déficit hors branche vieillesse : celui-ci passerait de 14,5 Md€ en 2010 à 7,6 Md€ en 2014, soit presque une réduction de moitié.

Ce résultat découle directement des perspectives d'évolution des dépenses d'assurance maladie décrites dans la projection quadriennale des comptes des régimes de Sécurité sociale présentée ci-dessous. Conformément aux objectifs fixés par le Président de la République lors de la deuxième conférence des déficits publics du 20 mai 2010, la projection retient l'hypothèse d'un strict respect en 2010 de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté par le Parlement à l'automne 2009, en progression de 3,0 % par rapport à 2009, suivi d'une progression de 2,9 % en 2011 et de 2,8 % en 2012. Par ailleurs, la loi de programmation des finances publiques prolonge ce rythme de progression ralentie de l'ONDAM à 2,8 % par an pour les années 2013 et 2014.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Il s'agit d'un objectif ambitieux, si l'on en juge par l'observation du passé, au cours duquel jamais la dépense d'assurance maladie n'a progressé à un rythme inférieur à 3 % deux années de suite. L'année 2010 marquera à cet égard un tournant, avec une croissance de l'ONDAM particulièrement modérée (+3,0 %) qui permettra le strict respect de l'objectif de dépenses voté par le Parlement à l'automne 2009, pour la première fois depuis 1997.

Les objectifs fixés en matière d'assurance maladie consistent donc à stabiliser la progression des dépenses au rythme très modéré qu'elles connaissent actuellement, sans remettre en cause le haut niveau de qualité des soins. En particulier, les outils créés par la réforme de l'assurance maladie de 2004, notamment la maîtrise médicalisée des dépenses de santé négociée avec les représentants des professionnels de santé, et la mise en œuvre depuis 2004 de la tarification à l'activité des établissements de santé, ont permis de modifier durablement les comportements en matière de recours aux soins des assurés et de production de soins des offreurs. Ces changements de comportements se reflètent dans le ralentissement très significatif du rythme d'évolution des dépenses d'assurance maladie depuis 2005, d'autant plus remarquable qu'il intervient dans le contexte des pressions à la hausse qu'exerce le vieillissement de la population sur les dépenses. Partant il est vrai d'un niveau élevé, la France est ainsi l'un des pays membres de l'OCDE dans lesquels la croissance des dépenses publiques de santé est la plus faible depuis 2005 : +1,1 % en euros constants, contre +1,8 % en Allemagne et +3,9 % au Royaume-Uni.

Un calcul simple montre l'ampleur des efforts qu'il faudra déployer pour respecter l'ONDAM au cours des prochaines années. Partant d'une estimation à 4,2 % de la croissance tendancielle des dépenses d'assurance maladie – en l'absence de mesures de maîtrise –, et d'une base des dépenses sous ONDAM d'environ 160 Md€, limiter la progression des dépenses à 2,8 % requiert de réaliser 2,3 Md€ d'économies chaque année, et davantage encore si la construction de l'ONDAM comporte des mesures positives en matière de prise en charge des soins ou de revalorisations des tarifs des actes pratiqués par les professionnels de santé.

Ainsi, en 2011, le respect de l'ONDAM proposé à 167,1 Md€, en progression de 2,9 % par rapport à 2010, impose de réaliser, en écart à l'évolution tendancielle des dépenses, un montant d'économies de 2,1 Md€. Compte tenu de l'effet report des mesures mises en œuvre en 2010 et des provisions à constituer au titre des revalorisations prévues en 2011 des tarifs de certaines professions de santé (médecins généralistes, sages-femmes, dentistes, transports) et de marges prudentielles, ce sont en réalité 2,4 Md€ d'économies qui devront être réalisées. Les annexes 7 et 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 détaillent la répartition de ces mesures d'atténuation des dépenses entre les différents sous-objectifs de l'ONDAM.

Texte adopté par le Sénat

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Sur la période considérée, l'atteinte de ces objectifs d'économies passera par la mobilisation de différents outils :

Premier levier d'économies, une action systématique d'adaptation des prix et tarifs des différents offreurs et producteurs de soins au travers :

– d'une adaptation des prix des produits de santé, permettant à l'assurance maladie de bénéficier d'économies liées à leur cycle de vie;

– d'un ajustement des tarifs des actes médicaux permis par les gains de productivité réalisés par certaines professions médicales;

– de nouvelles étapes de convergences ciblées de la tarification hospitalière

Ces outils de tarification devront également être mobilisés pour orienter les évolutions de l'organisation des soins, en particulier : favoriser des prises en charge à domicile moins coûteuses (dialyse, chimiothérapie) et inciter au développement de la chirurgie ambulatoire.

Deuxième levier d'économies, le déploiement de la politique de maîtrise médicalisée des dépenses et de gestion du risque sur l'ensemble des segments de l'offre de soins : ambulatoire, hospitalier, secteur médico-social.

Les actions de sensibilisation, d'accompagnement et de contrôle des prescripteurs devront permettre de lutter contre les disparités de prise en charge et le non respect des référentiels scientifiques, source de dépenses injustifiées. Elles s'appuieront également sur le développement d'incitations à la performance, sur le modèle du CAPI (contrat d'amélioration des pratiques individuelles) auquel adhèrent aujourd'hui près de 15 000 médecins généralistes. Les programmes nationaux de gestion du risque, mis en œuvre par l'assurance maladie et intégrés dans les programmes pluriannuels régionaux de gestion du risque des ARS déclineront l'ensemble de ces dispositifs.

Troisième levier, l'amélioration de l'organisation des soins, à la fois au sein de chaque type d'offreur de soins, mais aussi au travers des passerelles entre ces différents champs. L'amélioration de la performance hospitalière (gestion des achats, organisation interne...), la structuration de l'offre de soins ambulatoire avec notamment le développement de maisons de santé pluri-professionnelles ainsi que le développement de parcours de soins constitueront des priorités d'action pour les agences régionales de santé.

Texte adopté par le Sénat

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

La fixation d'objectifs rigoureux de progression des dépenses d'assurance maladie impose également d'améliorer les outils et les procédures de suivi et de régulation de l'exécution de l'ONDAM. A cet égard, le Gouvernement entend mettre en œuvre l'intégralité des propositions de M. Raoul Briet dans son rapport sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie remis au Président de la République en mai 2010. Ces propositions comportent notamment :

– l'augmentation du nombre d'avis émis par le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie prévu à l'article L.114-4-1 du code de la Sécurité sociale, et l'attribution à ce comité d'une mission d'expertise externe sur les hypothèses techniques sous-tendant la construction de l'ONDAM avant le vote de la LFSS ; en outre, le seuil d'alerte sera progressivement abaissé à 0,5 % de l'objectif voté, contre 0,75 % actuellement ;

– la création d'un comité de pilotage de l'ONDAM, chargé du pilotage intégré de l'ensemble des secteurs de l'ONDAM, regroupant les directeurs d'administration centrale ou d'organismes chargés de la gestion des risques maladie, et présidé en certaines occasions par les ministres chargés de la santé et des comptes publics ; il est assisté d'un groupe de suivi statistique qui centralise les informations disponibles sur l'évolution conjoncturelle des dépenses d'assurance maladie ;

– l'instauration de mécanismes systématiques de mise en réserve en début d'année des dotations s'apparentant à des crédits budgétaires, les décisions de dégel total ou partiel, ou d'annulation, étant prises en cours d'année par le comité de pilotage ; le III de l'article 8 de la loi de programmation des finances publiques met en œuvre cette préconisation ; cette mesure a été appliquée par anticipation dès cette année afin d'assurer le respect de l'ONDAM 2010 : plus de 500 millions d'euros de crédits ont été mis en réserve à cet effet et il est prévu une mise en réserve de 530 M€ de crédits en 2011 ;

– le renforcement du caractère pluriannuel de la programmation de l'ONDAM : le II de l'article 8 de la loi de programmation des finances publiques fixe le montant en niveau de l'ONDAM pour chaque année de la période de programmation ;

– l'enrichissement de l'information du Parlement sur l'exécution de l'ONDAM de l'année en cours et sur les hypothèses techniques faites pour la construction de l'ONDAM de l'année à venir : le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 comporte d'ores et déjà un approfondissement des données et commentaires habituellement fournis dans l'annexe 7 anticipant ainsi sur l'enrichissement de son contenu apporté par la loi organique n°2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à gestion de la dette sociale.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

II - Un effort accru de sécurisation des recettes de la sécurité sociale

La stratégie de redressement des comptes de la sécurité sociale présentée dans la loi de programmation des finances publiques comporte des engagements importants en matière de dynamique des recettes sociales, nécessaire pour assurer la préservation du haut niveau de protection sociale dont bénéficient les Français. La projection associée au présent projet de loi de financement fait état d'une progression moyenne de 4,1 % par an des produits nets du régime général. Cette évolution découle notamment des hypothèses macro-économiques retenues dans les projections qui accompagnent le présent projet de loi de financement, et de celle relative à la masse salariale du secteur privé, principale assiette des ressources de la sécurité sociale, caractérisées par une accélération progressive de la croissance de l'activité économique (cf. *supra*).

Au-delà de la dynamique propre des ressources du régime général, la réforme des retraites comporte un volet « recettes » important, avec l'affectation au Fonds de solidarité vieillesse de produits supplémentaires pour un montant de 4,3 Md€ en 2014 : ces mesures permettront la prise en charge par le Fonds de solidarité vieillesse de dépenses de solidarité aujourd'hui supportées par la Caisse nationale d'assurance vieillesse. La CNAV bénéficiera également du surcroît de cotisations liées aux rémunérations versées aux salariés qui seront appelés à prolonger leur activité. Malgré l'affectation de ressources dont le produit, initialement destiné à la Caisse d'amortissement de la dette sociale, ira en s'amenuisant, la Caisse nationale des allocations familiales bénéficiera de l'affectation définitive à la sécurité sociale des recettes fiscales compensant jusqu'alors la réduction générale de cotisations sociales ; La politique familiale devra en outre être définie au regard du cadre décrit dans les perspectives à long terme présentées par le Haut conseil de la famille, qui ne prévoient pour la branche famille de retour à l'équilibre qu'en 2017 et à une situation financière créditrice qu'en 2024.

Par ailleurs, il est prévu en 2011 un relèvement de 0,1 point du taux de cotisation des employeurs au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, qui permettra le retour à l'équilibre de cette branche puis le financement de la mesure positive liée à la prise en charge de la pénibilité, décidée dans le cadre de la réforme des retraites. Ainsi, les comptes de la branche refléteront-ils plus fidèlement sa vocation assurantielle, qui commande que les contributions des employeurs soient effectivement calibrées à l'équilibre avec les coûts de l'indemnisation des sinistres.

D'une façon plus générale, le sentier de redressement des comptes du régime général à l'horizon 2014 prévoit la poursuite de la stratégie de réduction des

Texte adopté par l'Assemblée nationale

dispositifs d'exemption et d'exonération des cotisations sociales (« niches sociales »). La projection quadriennale associée au projet de loi de programmation des finances publiques retient ainsi l'hypothèse d'un montant annuel de 3 Md€ de ressources supplémentaires sur la période 2012-2014 au moyen de la réduction des « niches » fiscales et sociales, dont le volet social permettra d'améliorer le financement de la sécurité sociale. Au-delà de leur impact en termes de réduction du déficit du régime général, ces mesures permettront d'améliorer l'équité et la lisibilité du prélèvement social, en dissuadant les comportements d'optimisation des cotisants.

III - Les reprises de dette et la gestion des déficits de la branche vieillesse du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse jusqu'en 2018

Les déficits cumulés des exercices 2009 et 2010 pour le régime général et le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) devraient atteindre près de 51 Md€, soit un niveau sans précédent en raison notamment de l'impact très négatif de la crise économique sur les recettes de la sécurité sociale.

Les organismes de sécurité sociale n'ont pas la possibilité de gérer des encours de dettes importants et permanents, ce d'autant moins que les dépenses sociales d'une année sont des dépenses courantes qui doivent être financées au moyen de recettes prélevées au cours de la même année. Dans ce contexte, une solution doit être trouvée aux difficultés créées par l'importance des déficits accumulés par la sécurité sociale en 2009 et 2010 (respectivement 20,3 et 23,1 Md€ pour le régime général).

Le schéma de reprise de dette portée par le projet de loi de financement repose sur un allongement, à la fois limité et encadré, de la durée de vie de la CADES, permis par le projet de loi organique relatif à la gestion de la dette sociale en cours d'examen par le Parlement. Cet allongement limité s'accompagne d'un apport important de ressources à la Caisse. Ainsi pourra être assurée la reprise des déficits cumulés du régime général et du FSV sur les exercices 2009 et 2010, ainsi que des déficits prévisionnels 2011 des branches maladie et famille du régime général, soit un total prévisionnel maximal de 68 Md€.

Par ailleurs, le traitement durable de la dette requiert la réduction des déficits courants du régime général, grâce à la mise en œuvre progressive de réformes structurelles. Dans la phase de montée en charge de la réforme des retraites, afin d'apporter une solution globale aux besoins de financement de la branche vieillesse, le Gouvernement a d'ores et déjà prévu, dans la limite de 62 Md€, les modalités de reprise des dettes de cette dernière et du Fonds de solidarité vieillesse sur la période 2011-2018. Les ressources et les actifs du Fonds de réserve pour les retraites (FRR) seront mobilisés à cet effet.

Texte adopté par le Sénat

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Au total, le transfert annoncé de 130 Md€ de dette sociale à la CADES, qui verra ainsi plus que doubler son objectif d'amortissement, contribuera, sur la période couverte par la loi de programmation, à redonner des bases saines au pilotage des finances sociales et à soulager significativement les besoins de trésorerie de l'ACOSS.

Régime général

Régime général

(en milliards d'euros)

(en milliards d'euros)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Maladie							
Recettes	140,7	139,7	143,2	147,8	154,1	160,7	167,5
Dépenses	145,2	150,3	154,6	159,3	164,0	169,1	174,5
Solde	-4,4	-10,6	-11,4	-11,5	-9,9	-8,5	-7,0
Accidents du travail/Maladies professionnelles							
Recettes	10,8	10,4	10,9	11,7	12,2	12,7	13,3
Dépenses	10,5	11,1	11,3	11,6	11,8	12,1	12,3
Solde	0,2	-0,7	-0,5	0,1	0,4	0,7	1,0
Famille							
Recettes	57,2	56,1	50,7	52,6	54,3	55,2	57,2
Dépenses	57,5	57,9	53,3	55,2	56,8	58,6	60,2
Solde	-0,3	-1,8	-2,6	-2,6	-2,5	-3,3	-3,0
Vielllesse							
Recettes	89,5	91,5	93,8	100,0	103,6	107,6	112,1
Dépenses	95,1	98,7	102,4	106,8	110,7	115,2	119,3
Solde	-5,6	-7,2	-8,6	-6,9	-7,1	-7,6	-7,3
Toutes branches consolidées							
Recettes	293,1	292,4	293,3	306,6	318,7	330,5	344,1
Dépenses	303,3	312,7	316,5	327,5	337,8	349,2	360,4
Solde	-10,2	-20,3	-23,1	-20,9	-19,2	-18,7	-16,2

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Maladie							
Recettes	140,7	139,7	143,2	147,8	154,1	160,2	167,0
Dépenses	145,2	150,3	154,6	159,3	164,0	169,2	174,6
Solde	-4,4	-10,6	-11,4	-11,5	-9,9	-9,0	-7,6
Accidents du travail/Maladies professionnelles							
Recettes	10,8	10,4	10,9	11,7	12,2	12,6	13,2
Dépenses	10,5	11,1	11,3	11,6	11,9	12,1	12,4
Solde	0,2	-0,7	-0,5	0,1	0,3	0,5	0,8
Famille							
Recettes	57,2	56,1	50,7	52,6	54,3	56,0	57,9
Dépenses	57,5	57,9	53,3	55,3	56,9	58,6	60,2
Solde	-0,3	-1,8	-2,6	-2,7	-2,6	-2,7	-2,3
Vielllesse							
Recettes	89,5	91,5	93,8	100,0	103,6	107,6	112,1
Dépenses	95,1	98,7	102,4	106,8	110,7	115,3	119,4
Solde	-5,6	-7,2	-8,6	-6,9	-7,1	-7,7	-7,3
Toutes branches consolidées							
Recettes	293,1	292,4	293,3	306,6	318,7	330,6	344,2
Dépenses	303,3	312,7	316,5	327,6	337,9	349,4	360,5
Solde	-10,2	-20,3	-23,1	-20,9	-19,2	-18,8	-16,3

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Maladie							
Recettes	164,0	163,2	167,1	172,2	179,5	187,1	195,1
Dépenses	168,1	173,6	178,4	183,5	189,3	195,3	201,8
Solde	-4,1	-10,4	-11,2	-11,3	-9,8	-8,3	-6,7
Accidents du travail/Maladies professionnelles							
Recettes	12,3	11,8	12,2	13,1	13,6	14,2	14,7
Dépenses	12,1	12,5	12,7	12,9	13,2	13,4	13,7
Solde	0,2	-0,6	-0,4	0,1	0,4	0,7	1,1
Famille							
Recettes	57,7	56,6	51,2	53,1	54,8	55,7	57,7
Dépenses	58,0	58,4	53,8	55,7	57,3	59,1	60,7
Solde	-0,3	-1,8	-2,6	-2,6	-2,5	-3,3	-3,1
Vieillesse							
Recettes	175,3	179,4	184,0	193,7	199,4	205,5	212,1
Dépenses	180,9	188,4	194,6	202,3	208,0	214,7	221,1
Solde	-5,6	-8,9	-10,5	-8,5	-8,6	-9,2	-9,0
Toutes branches consolidées							
Recettes	404,2	405,6	409,3	426,6	441,6	456,7	473,6
Dépenses	414,0	427,3	434,1	448,9	462,1	476,7	491,2
Solde	-9,7	-21,7	-24,8	-22,3	-20,5	-20,1	-17,6

Fonds de solidarité vieillesse

(en milliards d'euros)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Recettes	15,4	12,9	13,3	18,0	18,7	19,4	20,5
Dépenses	14,5	16,0	17,6	21,9	22,5	22,7	23,1
Solde	0,8	-3,2	-4,3	-3,8	-3,8	-3,3	-2,5

Texte adopté par le Sénat

Ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Maladie							
Recettes	164,0	163,2	167,1	172,2	179,5	186,6	194,5
Dépenses	168,1	173,6	178,4	183,5	189,3	195,4	201,8
Solde	-4,1	-10,4	-11,2	-11,3	-9,8	-8,8	-7,3
Accidents du travail/Maladies professionnelles							
Recettes	12,3	11,8	12,2	13,1	13,6	14,0	14,6
Dépenses	12,1	12,5	12,7	13,0	13,2	13,4	13,7
Solde	0,2	-0,6	-0,4	0,1	0,4	0,5	0,9
Famille							
Recettes	57,7	56,6	51,2	53,1	54,8	56,5	58,4
Dépenses	58,0	58,4	53,8	55,8	57,4	59,1	60,8
Solde	-0,3	-1,8	-2,6	-2,7	-2,6	-2,7	-2,3
Vieillesse							
Recettes	175,3	179,4	184,0	193,7	199,4	205,5	212,1
Dépenses	180,9	188,4	194,6	202,3	208,0	214,7	221,1
Solde	-5,6	-8,9	-10,5	-8,5	-8,6	-9,2	-9,0
Toutes branches consolidées							
Recettes	404,2	405,6	409,3	426,6	441,6	456,7	473,6
Dépenses	414,0	427,3	434,1	449,0	462,2	476,8	491,3
Solde	-9,7	-21,7	-24,8	-22,4	-20,6	-20,2	-17,7

Fonds de solidarité vieillesse

(en milliards d'euros)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Recettes	15,4	12,9	13,3	18,0	18,7	19,4	20,5
Dépenses	14,5	16,0	17,6	21,9	22,5	22,7	23,1
Solde	0,8	-3,2	-4,3	-3,9	-3,8	-3,3	-2,6

ANNEXE C

ANNEXE C

ÉTAT DES RECETTES, PAR CATÉGORIE ET PAR
BRANCHE, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE
BASE DE SÉCURITÉ SOCIALE
ET DU RÉGIME GÉNÉRAL DE SÉCURITÉ SOCIALE
AINSI QUE DES RECETTES, PAR CATÉGORIE, DES
ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT
DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE SÉCURITÉ
SOCIALE

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

Exercice 2009

(en milliards d'euros)

	Maladie	Veillesse	Famille	AT-MP	Toutes branches
Cotisations effectives	73,4	94,9	31,9	8,7	209,0
Cotisations fictives	1,0	38,3	0,1	0,3	39,7
Cotisations prises en charge par l'État	1,7	1,5	0,7	0,0	3,9
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	1,1	0,0	0,3	0,0	1,4
Contributions publiques	0,4	6,4	6,5	0,1	13,3
Impôts et taxes affectés	80,5	15,6	16,2	2,1	114,4
<i>dont CSG</i>	<i>58,3</i>	<i>0,0</i>	<i>12,0</i>	<i>0,0</i>	<i>70,3</i>
Transferts reçus	2,1	21,0	0,0	0,1	17,7
Revenus des capitaux	0,0	0,7	0,0	0,0	0,8
Autres ressources	3,0	1,0	0,8	0,6	5,4
Total par branche	163,2	179,4	56,6	11,8	405,6

Exercice 2010 (prévisions)

(en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Toutes branches
Cotisations effectives	75,5	98,5	32,7	9,1	215,7
Cotisations fictives	1,0	38,3	0,1	0,3	39,8
Cotisations prises en charge par l'État	1,8	1,5	0,7	0,1	4,1
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	1,3	0,0	0,3	0,0	1,7
Contributions publiques	0,1	6,5	0,0	0,1	6,7
Impôts et taxes affectées	82,1	15,6	16,5	2,2	116,5
<i>dont CSG</i>	<i>59,0</i>	<i>0,0</i>	<i>12,1</i>	<i>0,0</i>	<i>71,1</i>
Transferts reçus	2,2	22,3	0,0	0,1	19,3
Revenus des capitaux	0,0	0,6	0,0	0,0	0,6
Autres ressources	3,0	0,7	0,8	0,5	5,0
Total par branche	167,1	184,0	51,2	12,2	409,3

Exercice 2011 (prévisions)

(en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Toutes branches
Cotisations effectives	78,4	101,4	33,9	11,7	225,4
Cotisations fictives	1,1	39,7	0,1	0,3	41,3
Cotisations prises en charge par l'État	1,5	1,3	0,6	0,1	3,4
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	1,4	0,0	0,3	0,0	1,8
Contributions publiques	0,1	7,1	0,0	0,1	7,2
Impôts et taxes affectées	84,7	16,0	17,3	0,4	118,4
<i>dont CSG</i>	<i>60,6</i>	<i>0,0</i>	<i>9,2</i>	<i>0,0</i>	<i>69,9</i>
Transferts reçus	2,4	26,8	0,0	0,1	23,7
Revenus des capitaux	0,0	0,6	0,0	0,0	0,6
Autres ressources	2,7	0,7	0,8	0,5	4,7
Total par branche	172,2	193,7	53,1	13,1	426,6

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

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

Exercice 2009

(en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Toutes branches
Cotisations effectives	65,5	61,0	31,7	8,0	166,2
Cotisations fictives	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'État	1,5	1,2	0,7	0,0	3,4
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	1,1	0,0	0,3	0,0	1,4
Contributions publiques	0,4	0,0	6,5	0,0	6,9
Impôts et taxes affectées	66,3	10,1	16,1	1,9	94,5
<i>dont CSG</i>	50,9	0,0	12,0	0,0	62,8
Transferts reçus	2,3	18,9	0,0	0,0	15,9
Revenus des capitaux	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres ressources	2,6	0,3	0,7	0,5	4,1
Total	139,7	91,5	56,1	10,4	292,4

Exercice 2010 (prévisions)

(en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Toutes branches
Cotisations effectives	67,5	62,1	32,4	8,3	170,3
Cotisations fictives	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'État	1,5	1,2	0,7	0,0	3,4
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	1,3	0,0	0,3	0,0	1,7
Contributions publiques	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
Impôts et taxes affectées	67,6	10,0	16,5	2,1	96,2
<i>dont CSG</i>	51,1	0,0	12,1	0,0	63,2
Transferts reçus	2,5	20,2	0,0	0,0	17,5
Revenus des capitaux	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres ressources	2,6	0,2	0,7	0,4	4,0
Total	143,2	93,8	50,7	10,9	293,3

Exercice 2011 (prévisions)

(en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Total par catégorie
Cotisations effectives	70,2	64,5	33,6	11,0	179,3
Cotisations fictives	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'État	1,1	1,0	0,6	0,0	2,7
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	1,4	0,0	0,3	0,0	1,8
Contributions publiques	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
Impôts et taxes affectées	70,4	10,2	17,3	0,2	98,0
<i>dont CSG</i>	52,7	0,0	9,2	0,0	61,9
Transferts reçus	2,2	24,1	0,0	0,0	20,9
Revenus des capitaux	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres ressources	2,4	0,2	0,8	0,4	3,8
Total par branche	147,8	100,0	52,6	11,7	306,6

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

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

Exercice 2009

(en milliards d'euros)

	Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives	0,0
Cotisations fictives	0,0
Cotisations prises en charge par l'État	0,0
Contributions publiques	0,0
Impôts et taxes affectées	10,0
<i>dont CSG</i>	9,1
Transferts reçus	2,9
Revenus des capitaux	0,0
Autres ressources	0,0
Total	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
Contributions publiques	0,0
Impôts et taxes affectées	9,7
<i>dont CSG</i>	9,3
Transferts reçus	3,6
Revenus des capitaux	0,0
Autres ressources	0,0
Total	13,3

Exercice 2011 (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
Contributions publiques	0,0
Impôts et taxes affectées	13,7
<i>dont CSG</i>	9,6
Transferts reçus	4,4
Revenus des capitaux	0,0
Autres ressources	0,0
Total	18,0

Exercice 2011 (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
Contributions publiques	0,0
Impôts et taxes affectées	13,6
<i>dont CSG</i>	9,5
Transferts reçus	4,4
Revenus des capitaux	0,0
Autres ressources	0,0
Total	18,0